

Anexă
la Hotărârea Curții de Conturi
nr.20 din 26.05.2022



CURTEA DE CONTURI A REPUBLICII MOLDOVA

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

RAPORTUL

auditului financiar al Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării
obligatorii de asistență medicală în anul 2021

LISTA ACRONIMELOR

AOAM	Asigurare obligatorie de asistență medicală
FAOAM	Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
IMSP	Instituție medico-sanitară publică
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CS	Centrul de sănătate
CCSM	Centru Comunitar de Sănătate Mintală
CSPT	Centru Comunitar de Sănătate Prietenos Tinerilor
AMT	Asociație Medicală Teritorială
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
AMP	Asistență medicală primară
AMSA	Asistență medicală specializată de ambulatoriu
AMU	Asistență medicală urgentă prespitalicească
SAOAM	Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
DRG	Diagnosis related group
ICM	Indicele de complexitate
SIA	Sistem informațional automatizat
MS	Ministerul Sănătății
CNAMUP	Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească
PIB	Produsul Intern Brut
BPN	Bugetul Public Național

I. OPINIE

Am auditat Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2021, care cuprind Formularele CNAM nr.1; nr.1.1; nr.1.2; nr.2; nr.4; nr.4.1 și descrierea narativă¹, inclusiv un sumar al politicilor contabile semnificative.

În opinia noastră, Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală oferă, sub toate aspectele semnificative, o imagine corectă și fidelă privind executarea FAOAM în anul 2021, în conformitate cu cadrul de raportare financiară aplicabil².

II. BAZA PENTRU OPINIE

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

III. ASPECTE-CHEIE DE AUDIT

Aspectele-cheie de audit sunt acele aspecte care, în baza raționamentului nostru profesional, au avut cea mai mare importanță pentru auditul Raportului Guvernului privind executarea FAOAM în anul 2021. Aceste aspecte au fost abordate în contextul auditului Raportului Guvernului privind executarea FAOAM în ansamblu și în formarea opiniei noastre asupra acestora și nu oferim o opinie separată la aceste aspecte. Considerăm că aspectele descrise mai jos, deși nu au influențat opinia noastră de audit, reprezintă aspectele-cheie de audit care trebuie comunicate în Raportul nostru.

3.1. Finanțarea volumului de asistență urgentă prespitalicească s-a efectuat conform metodei „*bugetul global*” și necesită aprobarea indicatorilor de rezultat (1 011,8 mil.lei). Începând cu anul 2022, acestea au fost contractate pe principiul „*per capita*”.

Pentru subprogramul „*Asistența medicală urgentă prespitalicească*”, în anul 2021 au fost prevăzute/aprobate mijloace financiare în sumă de 1 074, 4 mil.lei⁴, care au fost executate în sumă

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

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

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

⁴ „Buget global AMU” – 985,9 mil.lei, „Buget global cu destinație specială COVID-19” – 88,6 mil.lei.

de 1 011,8 mil. lei, cu 221,0 mil. lei mai mult față de suma executată pentru anul 2020. Potrivit principiilor de contractare, în anii 2020⁵ și 2021⁶ finanțarea instituției medicale CNAMUP a fost stabilită prin metoda „*buget global*”.

Astfel, se denotă că contractarea și finanțarea „*bugetului global*” oferă posibilitatea de a contracta și finanța instituția în lipsa unor criterii, necesități și argumentări corelate cu volumul serviciilor medicale prestate cetățenilor.

Stabilirea volumului de finanțare a acestor servicii în lipsa unor criterii corelate cu volumul de asistență medicală prestată reiese din analiza și evaluarea specificului raportării acestor servicii, și anume a solicitărilor efectuate de către CNAMUP.

Tabelul nr.1

Solicitările efectuate și volumul de asistență medicală urgentă prespitalicească facturată și achitată în anul 2021

(mii lei)

Anul 2021	Numărul de solicitări efectuate	Volumul de asistență medicală urgentă prespitalicească facturată și achitată
Total trimestrul I	202 048	260 286,7
Total trimestrul II	186 732	255 007,6
Total trimestrul III	206 858	249 011,8
Total trimestrul IV	208 209	250 258,1
TOTAL:	803 847	1 014 564,1

Sursa: Dărilor de seamă privind volumul acordat de asistență medicală urgentă prespitalicească, facturile prezentate de CNAMUP și ordinele de plată ale CNAM.

Astfel, auditul denotă că, deși numărul de solicitări efectuate și numărul de persoane cărora li s-a acordat asistență medicală de urgență evoluează de la un trimestru la altul, finanțarea s-a efectuat indiferent de volumul de servicii real prestate.

Volumul serviciilor medicale de urgență prestate populației în anul 2021 a constituit 803,8 mii de solicitări, cu 14,7 mii mai mult comparativ cu cele efectuate de către CNAMUP în anul 2020 (789,1 mii de solicitări). În acest context se denotă că, potrivit informației prezentate⁷, au fost raportate 803 847 de solicitări, care s-au efectuat pe parcursul anului, informație redată în tabelul de mai jos:

⁵ Art.4 pct.18 din Ordinul comun al MS și CNAM nr.1515/375-A din 31.12.2019 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2020”.

⁶ Art.4 pct.20 din Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1311/377-A din 30.12.2020 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021”.

⁷ Formular nr.1-28/d, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.90/16A din 28.01.2020.

Tabelul nr.2

Informație privind numărul de solicitări efectuate în anul 2021

Denumirea substației	Numărul de solicitări efectuate						
	Urgențe medico-chirurgicale majore	Urgențe medico-chirurgicale de gr.II	Urgențe medico-chirurgicale de gr.III	Transport medical asistat	Total pe substație, anul 2021	Total din Formularul nr.1-18/, inclusiv solicitările inutile	Numărul solicitărilor clasificate ca fiind „inutile”
Regiunea AMU Chișinău	58318	131774	7734	5625	203451	213126	9675
Regiunea AMU Nord	53213	151763	5025	5839	215840	221530	5690
Regiunea AMU Centru	70969	158843	3898	2661	236371	243727	7356
Regiunea AMU Sud	12183	38680	996	894	52753	54239	1486
Regiunea AMU Găgăuzia	9562	29162	1088	369	40181	40923	742
SRL „Calmet-Nalcas”	2825	19164	373	0	22362	22511	149
SRL „Alvimed”	1681	3648	39	16	5384	5448	64
IMSP Policlinica de Stat	304	1997	0	42	2343	2343	0
Total	-	-	-	-	778685	803847	25162

Sursa: Elaborat de audit în baza dării de seamă (Formularul 1-08/d); date prezentate de CNAMUP.

Se relevă că 25 162 de solicitări înregistrate ale cetățenilor privind serviciile medicale urgente, deși au fost prestate de către CNAMUP, potrivit cerințelor au fost clasificate și raportate ca „solicitări inutile”⁸. Motivul și structura solicitărilor inutile sunt prezentate în tabelul de mai jos:

Tabelul nr.3

Serviciile medicale urgente clasificate ca solicitări inutile

Indicator	Total solicitări neîntemeiate/inutile	Inclusiv	
		Urban	Rural
Lipsa pacientului la adresa indicată în solicitare	8031	5712	2319
Refuz de examinare	1492	1046	446
Refuz de ajutor	2631	2040	591
Solicitare falsă	879	502	377
Solicitare anulată	4945	2422	2523
Solicitare suspendată	261	161	100
Practic sănătos	787	439	348
Deces până la sosirea echipei AMU	5717	3156	2561
Nu se poate ajunge la locul solicitării	206	63	143
Total IMSP CNAMUP	24 949	15 541	9 408
Solicitări neîntemeiate efectuate de SRL „Calmet-Nalcas” și „Alvimed”	213	x	x
TOTAL:	25 162	x	x

Sursa: Informații prezentate de către CNAMUP.

De menționat că, conform informațiilor prezentate de CNAMUP, acesta a achiziționat servicii de acordare a asistenței medicale urgente prespitalicești în sumă de 23 999,5 mii lei, prin

⁸ Ordinul ministrului SMPS nr.989 din 03.11.2020 „Cu privire la aprobarea rapoartelor statistice medicale de ramură pentru anul 2020”.

procedura de achiziție publică, licitație deschisă⁹, precum și a încheiat un contract bilateral, date prezentate în tabelul de mai jos:

Tabel nr.4

Informația privind contractarea serviciilor medicale urgente prespitalicesti în anul 2021

(mii lei)

Denumirea instituției medicale private	Anul 2021			Suma totală contractată pentru anul 2021
	Populația contractată	tarif "buget global"	Valoarea contractului	
	Licitație deschisă			
SRL „Calmet-Nalcas”	X	X	18 799,1	18 799,1
SRL „Alvimed”	X	X	3 826,4	3 826,4
Denumirea instituției medicale publice	Contract bilateral			
IMSP Policlinica de Stat	X	X	1 374,0	1 374,0
Total:	X	X	23 999,50	23 999,50

Sursa: Elaborat de audit în baza informațiilor prezentate de CNAMUP.

Astfel, în anul 2021, CNAMUP a contractat servicii de acordare a asistenței medicale urgente de la două instituții medicale private, care urmau să presteze servicii de asistență urgentă pentru unele teritorii din mun. Chișinău și mun. Bălți.

Prevederile normative¹⁰ stabilesc că prestatorul – CNAMUP, se obliga să acorde persoanelor asistență medicală calificată și de calitate, în volumul prevăzut de Programul unic și de Contractul menționat (cu anexele respective), inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori, *în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestuia*, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și cerințelor Protoalelor Clinice Naționale.

La acest aspect CNAMUP a prezentat informații și a motivat prin: (i) lipsa personalului medical calificat și a mijloacelor de transport dotate cu aparataj medical performant; (ii) lipsa spațiilor suficiente pentru dislocarea instituției; (iii) acoperirea insuficientă a populației municipiilor menționate cu echipe de AMUP. Astfel, în mun. Chișinău activau în medie doar 48 echipe de urgență, din normativul de 95,8, iar în mun. Bălți – 12 echipe de urgență, norma fiind de 18,3.

Este relevant de menționat că, potrivit prevederilor normative¹¹, CNAMUP este unicul prestator de asistență medicală urgentă prespitalicască, care dispune de capacități suficiente pentru prestarea serviciilor respective pentru toată populația Republicii Moldova.

Astfel, deși CNAMUP a fost contractat de CNAM ca fiind unicul prestator de servicii de asistență medicală urgentă prespitalicască, acesta a achiziționat servicii medicale urgente

⁹ Contractul nr.79 din 24.12.2020 și contractul nr.15 din 26.02.2021 privind achiziționarea serviciilor de asistență medicală urgentă prespitalicască pentru anul 2021, prin procedura de achiziție publică licitație deschisă.

¹⁰ Pct.3.1 din Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin HG nr.1636 din 18.12.2002.

¹¹ Pct.19 din Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021, aprobat prin Ordinul ministrului SMPS nr.1311/377 din 30.12.2020.

prespitalicești de la două instituții medicale private, nedispunând de suficiente capacități de prestare a serviciilor pentru toată populația Republicii Moldova.

Notă: Începând cu anul 2022, la recomandarea echipei de audit, entitatea nu a încheiat contracte de prestări servicii cu prestatorii privați de asistență medicală urgentă prespitalicească. În același timp, începând cu anul 2022, asistența medicală urgentă prespitalicească a trecut de la principiul de finanțare „buget global” la contractarea pe principiul „per capita” reieșind din numărul populației și tariful aferent.

3.2. Centrele Comunitare de Sănătate Mintală și Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor au fost finanțate diferențiat, în lipsa unor criterii exhaustive (73,4 mil.lei).

Pentru asigurarea dezvoltării serviciilor comunitare în toate subdiviziunile administrativ-teritoriale ale republicii, precum și în scopul asigurării accesului populației la aceste servicii, CNAM a contractat în baza „*bugetului global*” și a alocat mijloace financiare în sumă de 73,4 mil.lei, după cum urmează: 31,7 mil.lei – pentru 41 de Centre de Sănătate Prietenoase Tinerilor, 41,7 mil.lei – pentru 40 de Centre Comunitare de Sănătate Mintală.

Auditul a constatat că aceste structuri au fost contractate și finanțate în lipsa obiectivelor și indicatorilor ce urmează a fi realizați, raportarea activității efectuându-se în baza numărului de vizite, ceea ce nu oferă informații privind realizarea scopului stabilit. La acest aspect s-au constatat următoarele.

- *Costul unei vizite a variat în funcție de volumul mijloacelor financiare alocate și a vizitelor realizate, indicatori care nu sunt interdependenți, astfel:*

- costul unei vizite per Centru de Sănătate Prietenoase Tinerilor a variat de la 156,0 lei până la 1 356,0 lei per/vizită. Costul mediu a fost de 413,1 lei, fiind cu 239,0 lei mai mult decât costul mediu al unei vizite prestate de către medicii specialiști în cadrul asistenței medicale specializate de ambulator;

- costul unei vizite per Centru Comunitar de Sănătate Mintală a variat de la 60,6 lei la 339,9 lei per/vizită, iar costul mediu al unei vizite a constituit 158,6 lei.

- *Cuquantumul mijloacelor financiare alocate au diferențiat de la un Centru la altul, în timp ce unele Centre deserveșc același număr de populație și dispun de același număr de unități de personal, aprobate conform statelor de funcții. Spre exemplu,*

- CSPT Centru și CSPT Bălți au dispus de același număr de personal (9,25 unități) și au raportat același cuantumul de vizite (CSPT Centru – 2 880 vizite, CSPT Bălți – 2 430 vizite). Astfel, pentru CSPT Bălți au fost alocate mijloace financiare în sumă de 1 251,7 mii lei, cu 186,0 mii lei mai mult comparativ cu finanțarea acordată pentru CSPT Centru, de - 1 065,7 mii lei;

- CSPT Ștefan Vodă a fost finanțat în sumă de 539,0 mii lei și a raportat 1 263 de vizite, care au fost realizate în insuficiență de personal (3,75 funcții ocupate). CSPT Criuleni a raportat mai puține vizite, 1873, și a dispus de 5 unități de personal), deși volumul de mijloace financiare a constituit 1 119,7 mii lei, cu 580,7 mii lei mai mult comparativ cu CSPT Ștefan Vodă;

- CCSM Buiucani a raportat 8 844 de vizite, în același quantum ca și CCSM Centru – 8892 de vizite, deși CCSM Buiucani a fost finanțat cu 465,1 mii lei mai mult comparativ cu volumul mijloacelor financiare acordate CCSM Centru, de 2 227,2 mii lei.

- *Statele de personal nu au fost suplinate cu specialiști de profil medical potrivit schemelor de încadrare aprobate.* Centrele de Sănătate Prietenoase Tinerilor au fost aprobate cu un necesar de 260 unități de personal, efectiv statele de personal fiind asigurate la nivel de 76,6%, având un deficit de 61 de specialiști. De asemenea, 29 de CCSM nu sunt asigurate pe deplin cu personal medical specializat, având un deficit de 44 unități de personal, dintre care 36 medici specialiști, situație ce se poate reflecta asupra serviciilor acordate.

Se denotă că scopul *CCSM* este ameliorarea sănătății mintale a populației prin prestarea serviciilor orientate spre prevenirea, depistarea precoce, tratamentul, reabilitarea și protecția sănătății mintale în comunitate¹², iar atingerea acestora este posibilă prin constituirea unităților funcționale reprezentate de echipa multidisciplinară, care este compusă din medici psihiatri, psihoterapeuți, psihologi, asistenți sociali, asistenți medicali de psihiatrie și alte categorii de personal¹³.

Potrivit cadrului normativ, o echipă multifuncțională revine la un număr de 40 mii de populație din teritoriul arondat al instituției medicale în a cărei subdiviziune se integrează¹⁴, cerințe realizate doar de 10 Centre, iar celelalte 34 de Centre din țară nu dispun de suficient personal, situație ce poate afecta serviciile prestate în cadrul acestor structuri.

Cerințele nu sunt asigurate nici de IMSP AMT municipale, care dispun de câte o echipă multifuncțională, deși pentru numărul de populație deservită urmau să dispună de personal necesar prestării serviciilor suficiente, după cum urmează: IMSP AMT Ciocana – 92 124 de persoane, IMSP AMT Botanica – 180 669 de persoane, IMSP AMT Centru – 113 226 de persoane, IMSP AMT Buiucani – 114 360 de persoane, și IMSP AMT Râșcani – 143 282 de persoane deservite.

De asemenea, se denotă că pe parcursul anului au fost alocate mijloace financiare suplimentare în quantum de 6,3 mil. lei pentru 37 de CCSM și în quantum de 2,4 mil. lei pentru 31 de CSPT. În urma analizei Dărilor de seamă privind îndeplinirea devizelor de venituri și cheltuieli din mijloacele FAOAM, la situația din 31.12.2021 CSPT și CCSM dispuneau de solduri de mijloace bănești de circa 10 mil. lei.

¹² Cap.1 pct.2 din Regulamentul-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.55 din 30.01.2012.

¹³ Pct.39, pct.40 din secțiunea 5 a Regulamentului-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.55 din 30.01.2012.

¹⁴ Pct.4 din Anexa nr.5 la Regulamentul-cadru al Centrului comunitar de sănătate mintală și a Standardelor de calitate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.55 din 30.01.2012.

3.3. Achitarea volumului de asistență medicală spitalicească s-a efectuat pentru unele instituții medicale fără stabilirea numărului de cazuri tratate contractate și acceptate spre plată (101,1 mil.lei).

Stabilirea volumului de achitare pentru asistența medicală spitalicească finanțată în bază de DRG (Case Mix) este calculată ca produsul dintre numărul cazurilor raportate și validate, indicele de complexitate și tarifele de bază. Astfel, cadrul normativ¹⁵ prevede că achitarea cazurilor tratate pe programul general „Chirurgie de zi”, programul „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)” și „îngrijiri cronice” este *calculată în baza numărului de cazuri tratate validate și ICM real*.

În același timp, pe parcursul anului au fost ajustate criteriile de contractare¹⁶, fiind stabilit că în contractul de acordare a asistenței medicale pe programul general „chirurgie de zi”, programul „Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)” va fi indicat doar tariful de bază, fiind excluse numărul cazurilor tratate și ICM, care stau la baza calculului sumei contractuale.

Reieșind din aceste circumstanțe, la etapa de ajustare a contractelor de prestare a serviciilor medicale spitalicești nu s-a stabilit numărul de servicii medicale (cazuri tratate) care urmau a fi realizate de către instituțiile medicale publice. Astfel, a fost specificată doar suma contractată, care ulterior a fost achitată în cuantumul stabilit la etapa de ajustare finală a contractelor de prestare a serviciilor medicale.

Prin urmare, la finanțarea și achitarea unor instituții medicale spitalicești nu s-a ținut cont de numărul efectiv de cazuri tratate realizate (validate), care au fost înregistrate și raportate în Sistemul Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online”.

Astfel, în perioada auditată 12 instituții medicale publice au prestat și au raportat servicii spitalicești în sumă de 101,1 mil.lei peste volumele contractate și achitate de către CNAM, date prezentate în Anexa nr.1 la prezentul Raport de audit.

O altă prevedere specifică perioadei pandemice a fost finanțarea suplimentară a instituțiilor medicale publice spitalicești¹⁷ desemnate prin ordinele MSMPS responsabile de *acordarea asistenței medicale pacienților care întruneau criteriile definiției de caz pentru COVID-19*.

Aceste mijloace financiare au fost acordate în baza „*bugetului global pentru acoperirea cheltuielilor curente*” și au fost destinate acoperirii volumelor contractuale nerealizate prin servicii medicale în situația pandemică.

S-a constatat că 2 dintre instituțiile medicale spitalicești (aria de audit), care efectiv au prestat și au raportat servicii medicale în volumele contractate de către CNAM, au beneficiat și de mijloace financiare suplimentare acordate în baza „*bugetului global pentru acoperirea cheltuielilor curente*”, date prezentate în tabelul ce urmează:

¹⁵ Pct.75 din Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1311/377 din 30.12.2020.

¹⁶ Ordinul MSMPS și CNAM nr.393/89-A din 29.04.2021.

¹⁷ Pct.59 din Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr. 1311/377 din 30.12.2020.

Tabelul nr.5

Informații privind volumul de asistență medicală realizată de instituțiile medicale spitalicești
(mil.lei)

Nr. ord.	Denumirea IMSP (aria de audit)	Buget global pentru acoperirea cheltuielilor curente	Cuquantumul serviciilor medicale efectiv prestate reieșind din ICM real, supraexecutate	Diferența
	1	2	3	4=2-3
1	IMSP Institutul Mamei și Copilului	9,9	4,5	5,4
2	IMSP Institutul de Cardiologie	4,7	0,8	3,9
Total:		14,6	5,3	9,3

Sursa: Date din Sistemul Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online”.

IV. ALTE INFORMAȚII

4.1. Contractarea și specificul raportării serviciilor medicale primare și de ambulatoriu nu asigură evaluarea volumului serviciilor medicale prestate pentru populația contractată (2 676,2 mil.lei).

Volumul de asistență medicală primară și specializată de ambulatoriu se contractează¹⁸ și se achită în funcție de numărul de persoane înregistrate în evidența instituțiilor medicale, conform principiului „per capita”. Potrivit cerințelor, prestatorii de servicii medicale primare și de ambulator raportează doar numărul de vizite consultative efectuate.

Astfel, finanțarea serviciilor medicale conform principiului „per capita”, în cadrul asistenței medicale primare (2 195,2 mil.lei) și asistenței medicale specializate de ambulatoriu (481,0 mil.lei), se efectuează în funcție de numărul de persoane înregistrate în evidență și nu în funcție de vizitele realizate, ceea ce nu asigură corelarea și continuitatea între indicatorii de rezultat la contractarea, raportarea și achitarea serviciilor.

Se denotă că raportarea de către instituțiile medicale a numărului de vizite acordate nu oferă posibilitatea evaluării cuantumulului serviciilor medicale prestate persoanelor unice deservite pe categorii de vârste, așa cum prevede contractul.

De asemenea, pentru asistența medicală specializată de ambulatoriu, s-a stabilit neajustarea trimestrială a volumului plăților (481,0 mil.lei), în funcție de numărul persoanelor care se află în evidență în teritoriul deservit. Pentru asistența medicală primară, pentru aceleași teritorii deservite, care au același criteriu de contractare a serviciilor, plățile au fost actualizate trimestrial.

Cu referire la sistemul informațional utilizat la nivelul asistenței medicale primare – SI AMP, potrivit datelor prezentate de CNAM, se denotă că la moment (aprilie 2022) acesta este utilizat la nivel de 28% - 83 de instituții medicale primare, din 293 contractate de către CNAM¹⁹. De

¹⁸ Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.1311/377-A din 30.12.2020.

¹⁹ Nivelul scăzut de utilizare a SIA „AMP” este determinat de lipsa specialiștilor TI calificați în instituțiile medico-sanitare publice, existența unor IMSP care dețin propriul sistem informațional, lipsa interoperabilității depline a sistemelor informaționale existente, lipsa serviciilor de dezvoltare pentru ajustarea în timp real a SIA „AMP” la noile cerințe impuse de politicile în domeniul sănătății la nivel național (rapoarte statistice, fișa medicală

asemenea, până la moment acesta nu dispune de funcționalități suplimentare care ar facilita accesul informațiilor privind serviciile medicale prestate pacienților unici deserviți. Aceste circumstanțe impun necesitatea întreprinderii măsurilor necesare pentru a asigura funcționalitatea sistemului.

4.2. Unele instituții ce prestează asistență medicală primară au fost finanțate pentru realizarea activităților specifice, care nu pot fi evaluate reieșind din utilizarea rezultativă a mijloacelor financiare alocate (34,2 mil.lei).

Potrivit criteriilor de contractare²⁰, la stabilirea volumului de contractare și achitare a asistenței medicale primare a fost prevăzută plata „buget global” pentru activități specifice centrelor de sănătate de nivelul I (raional, municipal) și Asociațiilor Medicale Teritoriale. Stabilirea sumei pentru activitățile specifice s-a efectuat după principiul „per capita” pentru populația din evidența instituției ce prestează AMP, *inclusiv arondată centrelor de sănătate autonome din teritoriu respectiv*, date prezentate în Anexa nr.2 la prezentul Raport de audit.

Astfel, CNAM a finanțat 41 de instituții medico-sanitare publice ce prestează asistență medicală primară în vederea realizării unor activități specifice²¹, pentru care auditul nu a dispus de posibilitatea evaluării mijloacelor financiare acordate în sumă de 34,2 mil.lei, reieșind din următoarele considerente:

- modul de stabilire a volumului de finanțare a fost determinat de numărul populației înregistrate în evidența instituției ce prestează AMP, *inclusiv arondată centrelor de sănătate autonome din teritoriul respectiv*, și valoarea mijloacelor acordate pentru cetățean (10 lei), care a stat la baza finanțării instituțiilor medicale primare pentru activitățile specifice;

- pentru raportarea activităților specifice, nu au fost elaborate și aprobate formulare/dări de seamă, iar activitățile realizate nu au fost documentate, în special cele prestate de către medici pentru populația arondată centrelor de sănătate autonome din teritoriul respectiv.

Auditul menționează că, potrivit Regulamentelor de organizare și funcționare a CS și AMT²², aceste activități sunt incluse în atribuțiile prestatorilor de servicii medicale, care urmează a fi realizate la nivelul asistenței medicale primare. Se relevă că unele activități specifice se referă la

a gravidelor, fișa medicală a copilului, indicatorii de performanță etc.), lipsa serviciului de mentenanță, ceea ce determină riscul de apariție a defecțiunilor tehnice și abaterilor de la funcționarea normală a SIA „AMP” și care pot afecta activitatea acestuia.

²⁰ Pct.24, pct.28 și pct.29 din Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021”, aprobat prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.1311/377-A din 30.12.2020.

²¹ Activități specifice: 1) generalizarea și prezentarea datelor statistice la nivel teritorial; 2) deservirea de către pediatru a copiilor din întreg teritoriul administrativ; 3) coordonarea activității din domeniul mamei și copilului la nivel de AMP din întreg teritoriul administrativ; 4) deservirea și coordonarea activității din domeniul sănătății reproducerii și planificării familiei la nivel de AMP din întreg teritoriul administrativ; 5) coordonarea examinării profilactice ginecologice și screening-ului de col uterin la nivel de AMP din întreg teritoriul administrativ; 6) asistența cu medicamente pentru întreg teritoriul administrativ; 7) coordonarea și controlul calității serviciilor de laborator din întreg teritoriul administrativ; 8) acordarea suportului consultativ-metodic privind organizarea asistenței medicale primare populației; 9) coordonarea activității de promovare a sănătății, generalizarea informației la nivel de teritoriu administrativ; 10) coordonarea și controlul activităților de supraveghere, tratament, evidență și raportare a cazurilor de COVID-19; 11) coordonarea și prelevarea, la necesitate, a probelor biologice pentru detecția SARS Cov-2, prin intermediul echipelor mobile; 12) coordonarea și efectuarea, la necesitate, a imunizării anti-COVID-19, prin intermediul echipelor mobile.

²² Pct.13 și pct.14 din Regulamentul-cadru de organizare și funcționare al Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate și IMSP AMT, aprobat prin Ordinul ministrului Sănătății nr. 1086 din 30.12.2016.

activitățile metodice, colectarea și generalizarea datelor statistice la nivel raional și nu reprezintă un serviciu medical acordat pentru populația arondată.

La acest aspect, Ministerul Sănătății a motivat prin următoarele: (i) „*alocarea suplimentară a mijloacelor financiare a reieșit din cheltuielile suportate de către IMSP Centrele de sănătate de nivel I (raional, municipal) și Asociațiile Medicale Teritoriale pentru activități specifice realizate pentru IMSP Centrele de Sănătate rurale*”, pentru care auditului nu i-au fost prezentate calcule; (ii) „*Centrele de Sănătate de nivel I și Asociațiile Medicale Teritoriale dispun în structura lor de cabinet de promovare a sănătății, cabinet de servicii de planificare a familiei, inclusiv medici pediatri care deserveșc copiii din întreg domeniul administrativ*”. Auditul menționează că, în urma colectării probelor de audit de la 6 instituții medico-sanitare publice²³, acestea nu au dispus de argumentări suficiente și distincte cu privire la activitățile realizate pentru întreg teritoriul administrativ, argumentările având un caracter general.

4.3. Investigațiile necesare la stabilirea diagnosticului, care au fost prestate în cadrul contractelor bilaterale de prestare a serviciilor, atestă carențe la etapa de contractare și prescriere a acestora.

Contractele bilaterale de prestări servicii încheiate între IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală și instituțiile medicale stipulează prestarea serviciilor necesare la stabilirea diagnosticului (servicii medicale de înaltă performanță, paraclinice, de laborator). Ca rezultat al evaluărilor aferente procesului de contractare și prescriere a investigațiilor s-au constatat următoarele.

- **Unele instituții medicale au contractat și au achitat (119,0 mii lei) unele tipuri de investigații care puteau fi prestate în cadrul instituției medicale, acestea dispunând de utilaj medical corespunzător.**

S-a stabilit că 4 instituții medicale republicane (din aria de audit) au contractat unele tipuri de investigații în baza contractelor bilaterale de prestări servicii. Aceste tipuri de investigații au fost prestate pacienților spitalizați, al căror cost se include în „cazul tratat”, serviciu medical spitalicesc contractat și achitat de către CNAM.

Totuși, posibilitatea de efectuare a anumitor tipuri de investigații în cadrul instituțiilor este confirmată prin contractarea acestora de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (în cadrul Subprogramului „Servicii medicale de înaltă performanță”), date prezentate în tabelul ce urmează:

²³ IMSP AMT Ciocana, IMSP AMT Râșcani, IMSP CS Orhei 1, IMSP CS Florești, IMSP CS Cantemir, IMSP CS Ceadâr-Lunga.

Tabelul nr.6

Date privind contractarea și realizarea investigațiilor de către instituțiile medicale

Denumirea instituției medicale (aria de audit)	Servicii medicale de înaltă performanță contractate cu CNAM				Servicii medicale de înaltă performanță contractate cu IMSP CRDM		Îndeplinirea cotelor la servicii de înaltă performanță contractate de CNAM cu IMSP CRDM
	Denumire SIP	Tariful investigației potrivit Anexei nr.5 la Programul Unic, lei	SIP raportate în SIASM și SIRSM		SIP prestate conform contului-act		
			Număr de investigații realizate	Suma, mii lei	Număr de investigații realizate	Suma, mii lei	
IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „D.Gherman”	Angiografia prin TC a arterelor cerebrale	5 019	74	371,4	15	75,3	3
	Angiografia prin TC a arterelor carotide	5 019	7	35,1	5	25,0	3
IMSP Institutul de Medicină Urgentă	IRM regim colangiografie (MRCP) fără contrast la aparat 1.5 tesla	1 317	-	-	3	4,0	-
	IRM a bazinului mic cu contrast la aparat 1.5 tesla	3 777	-	-	1	3,7	-
IMSP Institutul de Cardiologie	Aortografia	4 309	-	-	2	8,6	-
IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	USG arterelor membrelor inferioare (Duplex)	428	394	168,6	1	0,4	4
	Scintigrafia sistemului osteoarticular în regim WHOLE BODY (corp integru) la Gamma-Camera SPECT/CT	1 511	560	846,2	1	1,5	-
Total:	-	-	1 035	1 421,3	28	118,7	10

Sursa: Contractele de acordare a asistenței medicale, încheiate între instituțiile medicale și CNAM, contractele bilaterale de prestări servicii încheiate între IMSP CRDM și instituțiile medicale, pentru anul 2021.

La etapa de contractare a serviciilor medicale de înaltă performanță (servicii prestate pentru pacienți la nivel de ambulator), instituțiile medicale au prezentat în oferte argumentarea capacităților de prestare a acestor tipuri de servicii. Astfel, în cadrul contractelor încheiate între instituțiile medicale și CNAM, 2 instituții medicale (IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” și IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „D.Gherman”) au prestat 1 035 de servicii, în sumă de 1 421,3 mii lei.

În același timp, pentru pacienții spitalizați, pentru aceleași tipuri de investigații, instituțiile medicale au încheiat contracte bilaterale de prestări servicii cu IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală, în sumă de 118,7 mii lei, deși instituțiile au dispus de capacitatea proprie de realizare a investigațiilor.

Se denotă că, deși prescrierea, raportarea și achitarea investigațiilor este realizată în funcție de nivelul asistenței medicale prestate (specializată de ambulator și spitalicească), potrivit cadrului

normativ²⁴, instituțiile medicale urmează să încheie contracte cu alți prestatori, în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a serviciilor, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic și conform cerințelor Protocoalelor Clinice Naționale.

Instituțiile medicale au motivat necesitatea încheierii contractelor bilaterale de prestare a serviciilor prin prezența defecțiunilor tehnice ale utilajelor, lipsa specialiștilor și fluxul mare de pacienți.

- O instituție medicală (IMSP Institutul de Cardiologie) a îndreptat 77 de pacienți pentru realizarea investigațiilor de înaltă performanță la IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală. Serviciile medicale în sumă de 64,6 mii lei au fost prestate în baza contractului bilateral de prestări servicii, pacienților fiindu-le acordate servicii de asistență medicală specializată de ambulator. Se denotă că investigațiile prescrise de către medicii specialiști, necesare pentru stabilirea diagnosticului, sunt prevăzute în Anexa nr.5 la Programul Unic.

Astfel, serviciile urmau a fi acordate persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate pentru prestarea acestor tipuri de servicii de către Compania Națională de Asigurări în Medicină²⁵. Pentru serviciile prestate în cadrul contractului bilateral, instituția medicală a transferat mijloace financiare din FAOAM în sumă de 64,6 mii lei, deși investigațiile urmau a fi prestate de alte instituții care au fost contractate și finanțate din contul FAOAM.

- La solicitarea echipei de audit, CNAM, prin intermediul Direcției Evaluare și Monitorizare a evaluat 194 de fișe medicale ale bolnavului de staționar (persoane spitalizate), prin prisma aspectului/actului medical și a necesității și corectitudinii prescrierii investigațiilor de înaltă performanță. În acest context se menționează că, la nivelul asistenței medicale spitalicești, investigațiile se prescriu și se realizează conform protocoalelor clinice naționale și standardelor medicale în vigoare, iar acestea se includ în „cazul tratat”, serviciul medical spitalicesc contractat și achitat de către CNAM²⁶. Verificările au vizat investigațiile prescrise de către 9 instituții medicale, care au fost prestate în baza contractului bilateral de prestări servicii, fiind constatate următoarele:

- în perioada spitalizării, au fost efectuate 396 de servicii medicale de înaltă performanță. Astfel, pentru 53 de investigații²⁷ în sumă de 15,0 mii lei (achitate din FAOAM), Direcția Evaluare și Monitorizare din cadrul CNAM a specificat prescrierea neargumentată a acestora, reieșind din protocoalele clinice naționale și standardele medicale în vigoare;

- în fișa medicală de staționar lipsește rezultatul pentru 36 de investigații prescrise și realizate de către pacienți, deși cadrul normativ stabilește aceste cerințe²⁸;

²⁴ Pct. 3.1 din Contractele de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1636 din 18.12.2002.

²⁵ Pct.124 din Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul ministrului Sănătății nr.596/404 din 21.07.2016.

²⁶ Pct.101 din Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul ministrului Sănătății nr.596/404 din 21.07.2016.

²⁷ IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie „Dionid Gherman” (49 de investigații) și IMSP Institutul de Cardiologie (4 investigații).

²⁸ Pct.25 din Ordinul ministrului Sănătății nr.265 din 03.08.2009 „Privind Instrucțiunea cu privire la completarea Fișei medicale a bolnavului de staționar” (F 003/e).

- pentru 2 investigații medicale nu a fost documentată în fișa medicală de staționar, prescrierea investigației și rezultatul acesteia;

- contractele bilaterale de prestare a serviciilor medicale (încheiate între IMSP CRDM și IMSP de diferite niveluri și subordonări) necesită a fi ajustate, fiind constatate următoarele carențe:

- lipsa anexei la contractele privind tipurile de investigații contractate/achiziționate (în unele cazuri), deși clauzele contractuale prevăd „Să îndrepte pacienții la IMSP CRDM numai cu biletul de trimitere coordonat cu IMSP CRDM, precum și să fie scris corect denumirea și codul serviciului medical și numai la cele specificate în contract”. Astfel, în cazul a 18 instituții medicale, contractul nu conține anexa cu privire la tipurile de servicii contractate de către IMSP CRDM, fiind acordate servicii medicale în sumă de 1,8 mil.lei (valoarea serviciilor medicale facturate/efectiv realizate);

- în cazul a 19 contracte (din eșantionul de 24 de IMSP spitalicești evaluate), nu a fost stabilită valoarea contractului.

Entitatea a motivat²⁹ că nu este posibil de stabilit valoarea contractelor, cantitatea și ansamblul de investigații necesare, deoarece acestea depind de numărul pacienților care se vor adresa la instituțiile medicale. Auditul menționează că în clauzele contractuale nu a fost prevăzută specificația că serviciile medicale vor fi prestate potrivit necesităților pacienților;

- în cazul a 2 instituții medicale (IMSP SR Fălești și IMSP SR Ungheni), au fost prestate 27 de servicii de către CRDM, în sumă de 2 356 lei, în lipsa încheierii contractului de prestări servicii. *Notă: Pe parcursul desfășurării misiunii de audit, a fost încheiat și prezentat contractul de prestări servicii cu IMSP SR Fălești.*

4.4. Transferurile de la bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de Guvern s-au majorat cu 2 761,8 mil.lei, fiind determinate de majorarea cheltuielilor de personal, cu impact semnificativ asupra fondurilor.

Transferurile pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care Guvernul a avut calitatea de asigurator s-au majorat în anul 2021, în comparație cu anul precedent, cu 2 313, 6 mil.lei, sau cu 68,5%, acestea constituind 5 693,3 mil.lei.

Potrivit cadrului legal³⁰, suma transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate se stabilește anual prin legea bugetului de stat, reprezentând suma aprobată a transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru anul precedent, indexată cu indicele prețurilor de consum pentru anul precedent, date prezentate în tabelul ce urmează:

Tabelul nr.7

Informație aferentă stabilirii transferurilor de bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate

²⁹ Scrisoarea IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală nr.01-10/96 din 26.04.2022.

³⁰ Art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

(mil.lei)

Denumirea	Aprobat, 2020	IPC 2020 (102,8%) ³¹	Aprobat, 2021
1	2	3	4
Transferuri de la bugetul de stat <i>pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care Guvernul a avut calitatea de asigurator</i>	2 851,7	+79,9	2 931,6

Sursa: Date prezentate de Ministerul Finanțelor.

Modul de estimare a transferurilor de la bugetul de stat în FAOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care Guvernul a avut calitatea de asigurator, în anul 2021, se prezintă, după cum urmează:

Tabelul nr.8

Informații privind nivelul de executare a transferurilor de la bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate

(mil.lei)

Denumirea	2021		
	Aprobat	Precizat	Executat
1	1	2	3
Transferuri de la bugetul de stat <i>pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care Guvernul a avut calitatea de asigurator</i>	2 931,5	2 931,5	2 931,5
Transferuri suplimentare, prin derogare de la prevederile art.9 din Legea nr.1593/2002	2 761,8	2 761,8	2 761,8
TOTAL:	5 693,4	5 693,4	5 693,4

Sursa: Date prezentate de Ministerul Finanțelor.

Se relevă că, potrivit cadrului normativ³², relațiile între bugetul de stat și FAOAM se realizează prin transferuri pentru asigurarea anumitor categorii de persoane, pentru care Guvernul are calitatea de asigurat, precum și prin alte transferuri cu destinație specială pentru implementarea anumitor programe de sănătate, nefiind prevăzută alocarea unor surse suplimentare de mijloace financiare.

Ministerul Finanțelor a menționat că *la etapa elaborării proiectului Legii bugetului de stat pentru anul 2021, suplimentar la prevederile anului 2020, volumul transferurilor din bugetul de stat în FAOAM a fost majorat, prin derogare de la prevederile art.9 din Legea nr.1593/2002, cu alocații necesare pentru majorarea salariilor pentru personalul medical, precum și pentru suplimentul achitat personalului medical antrenat în acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19.*

Se denotă că în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, consumatorii se divizează în persoane angajate și neangajate în câmpul muncii, ceea ce determină particularități specifice privind finanțarea sistemului. Pentru persoanele angajate, contribuțiile la asigurările medicale obligatorii sunt achitate în cuantum de 9% de către angajat. Pentru anumite categorii de

³¹ Prognoza preliminară a indicatorilor macroeconomici pentru anii 2020-2023 din 09.07.2020, prezentată de către Ministerul Economiei și Infrastructurii.

³² Pct.284 din Anexa la Ordinul ministrului Finanțelor nr.209 din 24.12.2015 „Cu privire la aprobarea Setului metodologic privind elaborarea, aprobarea și modificarea bugetului”.

persoane neangajate, legal stabilite³³, asigurarea obligatorie de asistență medicală se realizează din contul transferurilor din bugetul de stat. Asigurarea obligatorie de asistență medicală a altor categorii de persoane neangajate³⁴, pentru care Guvernul nu are calitatea de asigurat, se efectuează individual prin procurarea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală.

În anul 2021, veniturile FAOAM s-au majorat semnificativ, în special ca rezultat al majorării transferurilor de la bugetul de stat pentru categoriile de persoane asigurate de Guvern.

Situația reflectată în figura de mai jos denotă că transferurile de la bugetul de stat au impact semnificativ și au atins nivelul de circa 50% din totalul veniturilor FAOAM.

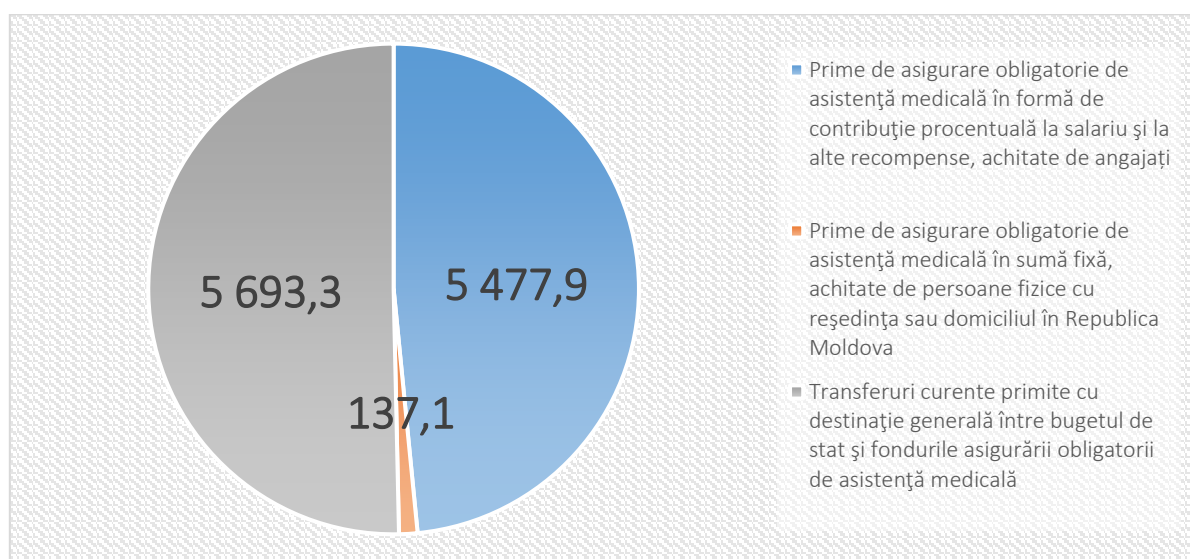


Figura nr.1. Structura veniturilor fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală, în anul 2021

Sursa: Raportul Guvernului privind executarea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală, în anul 2021.

V. BUNA GUVERNANȚĂ

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

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

Evaluarea sistemului de control intern managerial relevă că CNAM a instituit sistemul de control intern managerial, iar conform Declarației de răspundere managerială, organizarea și funcționarea acestuia permite parțial furnizarea unei asigurări rezonabile precum că fondurile

³³ Art.4 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998.

³⁴ Art.16 din Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală”.

publice alocate în scopul atingerii obiectivelor strategice și operaționale au fost utilizate în condiții de transparență, economicitate, eficiență, eficacitate, legalitate, etică și integritate.

Se denotă că CNAM a asigurat revizuirea și actualizarea a 73 de procese operaționale de bază privind gestionarea fondurilor publice, precum și a realizat acțiuni în vederea implementării managementului riscurilor, inclusiv prin identificarea și evaluarea riscurilor care ar putea avea impact negativ în atingerea obiectivelor entității și realizarea performanțelor stabilite. În cadrul CNAM este aprobat Registrul consolidat al riscurilor, care este actualizat semestrial.

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

5.2. Activitatea auditului intern este relevantă și asigură evaluarea proceselor de bază.

Activitatea auditului intern este relevantă și asigură evaluarea proceselor de bază, deși necesită resurse de personal suplimentare. În cadrul CNAM este instituit Serviciul audit intern, care își desfășoară activitatea în baza planului de activitate anual aprobat de către Directorul Companiei. Auditul intern este o activitate independentă și obiectivă care le oferă managerilor asigurare și consultanță, desfășurată pentru a îmbunătăți activitatea entității publice. Aceasta are menirea să ajute entitatea publică în atingerea obiectivelor sale, evaluând printr-o abordare sistemică și metodică sistemul de management financiar și control.

Pe parcursul anului 2021 au planificate, realizate și aprobate 5 misiuni de audit. Planificarea misiunilor de audit se efectuează în funcție de prioritățile CNAM, iar colectarea probelor și executarea misiunii de audit se efectuează la subdiviziunile planificate cu participarea persoanelor responsabile. Carta SAI este elaborată în conformitate cu Carta de audit intern (Regulamentul-model de funcționare a unității de audit intern) aprobată de Ministerul Finanțelor.

Se denotă că numărul de personal al Serviciului de audit intern este insuficient, reieșind din procesele complexe și sistemice de administrare și gestionare a FAOAM, inclusiv prin prisma contractării, înregistrării, raportării și achitării unui spectru vast de servicii medicale.

5.3. Cu referire la implementarea recomandărilor din Hotărârea Curții de Conturi nr.22 din 04.06.2021 „Cu privire la auditul financiar asupra Raportului Guvernului privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2020”, auditul a stabilit că acestea au fost implementate la un nivel de 65%, fiind implementate 5 recomandări, 6 recomandări - implementate parțial, iar 1 - nu a fost implementată, date prezentate în Anexa nr.3 la prezentul Raport de audit.

Impactul benefic atins prin realizarea recomandărilor va asigura stabilirea criteriilor de determinare a volumului de mijloace financiare contractate și achitate în baza principiului de contractare „buget global”, proces care a fost inițiat. De asemenea, veniturile calculate sunt

reflectate în rapoartele anuale și oferă utilizatorilor finali o imagine de ansamblu privind reflectarea procesului integral de calculare, executare și raportare a veniturilor FAOAM.

Un aspect relevant este și aprobarea tarifelor pentru care s-a asigurat evaluarea părților componente ale cheltuielilor, ceea ce va contribui la acoperirea costurilor pentru serviciile medicale prestate cetățenilor.

Totodată, recomandările neimplementate au determinat caracterul permanent al unor aspecte/constatări ce se regăsesc în prezentul Raport de audit. Impactul condiționat ține de:

- neactualizarea listei de așteptare pentru persoanele care necesită intervenții în cadrul programelor speciale. Deși au fost întreprinse unele măsuri, acestea nu au fost suficiente pentru a asigura eliminarea erorilor și curențelor stabilite, afectând veridicitatea informațiilor reflectate în listele de așteptare pentru tratament costisitor;
- imposibilitatea determinării pacienților unici deserviți pe parcursul anului în cadrul asistenței medicale primare, specializate de ambulatoriu, în situația contractării și alocării mijloacelor financiare conform principiului „per capita”;

Relevant este și nivelul parțial de implementare a unor recomandări, care este cauzat de procesele complexe, cadrul instituțional sistemic și resursele de timp necesare pentru ajustarea reglementărilor ce vizează procesele de contractare, raportare și achitare a serviciilor medicale. Deși MS a întreprins măsuri de asigurare a continuității reformei de extindere a funcționalității SIA AMP și implementare a rețetei electronice „e-Rețetă”, acest proces urmează a fi definitivat. Aceste circumstanțe vor conduce la diminuarea și eliminarea datelor eronate ce se conțin în SI „Medicamente compensate”, în baza cărora CNAM efectuează plăți din FAOAM.

În acest context, urmează a fi exclusă de la monitorizare HCC nr.22 din 04.06.2021, iar recomandările neimplementate sau parțial implementate sunt reiterate în prezentul Raport de audit. Recomandările reiterate vor contribui la îmbunătățirea proceselor, tranzacțiilor și a reglementărilor privind accesul cetățenilor la servicii medicale garantate de stat.

5.4. Gestionarea listelor de așteptare pentru intervențiile chirurgicale în cadrul Programelor speciale nu este susținută de evidența transparentă a bazei de date la nivel de țară, ceea ce poate determina situații incerte la realizarea intervențiilor, în special a celor urgentate.

Programele speciale în sănătate au menirea să asigure accesul persoanelor la tratament chirurgical pentru maladiile prioritare, aprobate de MS³⁵. Astfel, în anul 2021 CNAM a contractat instituțiile medicale pentru acordarea populației a 13 tipuri de servicii medicale³⁶ realizate în cadrul Programelor speciale. Totodată, gestionarea și realizarea a 2 programe speciale: tratament

³⁵ Ordinul comun al MSMPS și CNAM nr. 1004/670-A din 15.12.2016 „Cu privire la aprobarea Listei programelor de activitate spitalicească, Listei intervențiilor chirurgicale repartizate pe programe speciale, Listei consumabilelor costisitoare achitate suplimentar plății per „caz tratat” în cadrul programelor speciale în sistemul DRG”, cu modificările ulterioare.

³⁶ Programul special „Cardiologie intervențională”, „Cardiologie intervențională congenitală”, „Studiul Electrofiziologic și ablații”, „Tratament operator pentru cataractă”, „Cardiochirurgie”, „Protezări vasculare”, „Chirurgie endovasculară”, „Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale”, „Protezarea articulațiilor mari”, „Corecția anatomică a coloanei vertebrale și cutiei toracice la copii”, „Tratamentul intervențional în AVC ischemic acut”, „Neuroradiologia intervențională”, Programul special „Implant cohlear”.

operator pentru cataractă și protezare a articulațiilor mari, constau în includerea pacienților în listele de așteptare, listă gestionată de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Evaluările auditului privind transparența și accesul pacienților la intervențiile chirurgicale cu diminuarea timpului și a listei de așteptate au stabilit că CNAM nu a întreprins suficiente măsuri pentru actualizarea listelor de așteptate, ceea ce subminează evaluarea și raportarea datelor.

Tabelul nr. 9

Date privind contrapunerea cazurilor remise de CNAM pentru efectuarea intervențiilor cu cazurile tratate reflectate în sistemul informațional, în anul 2021

Tipul intervențiilor	Numărul cazurilor ce se află în lista de așteptare, la 01.01.2021	Numărul cazurilor noi incluse în lista de așteptare	Numărul cazurilor remise de CNAM pentru efectuarea intervenției, la 31.12.2021	Cazuri tratate/realizate conform listelor	Cazuri tratate conform SI DRG	Numărul persoanelor aflate în lista de așteptare, la 31.12.2021
1	2	3	4	5	6	7=2+3-5
Lista de așteptare pentru tratament în cadrul Programului special „Proteizarea articulațiilor mari”	957	10 171	5 496	1 237	3 614	9 891
Lista de așteptare pentru tratament în cadrul Programului special „Tratament operator pentru cataractă”	949	9 856	4 608	1 601	6 447	9 204
TOTAL:	1 906	20 027	10 104	2 938	10 061	19 095

Sursa: Elaborat de auditor în baza SI „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online” și Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale.

S-a constatat necoresponderea numărului de pacienți care au fost îndreptați pentru realizarea intervențiilor cu cazurile tratate înregistrate în SI „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online”. De menționat că sistemul informațional respectiv, gestionat de CNAM, furnizează date cu privire la intervențiile chirurgicale realizate de către instituțiile medicale.

În anul 2021, CNAM a remis instituțiilor medicale 10 104 pacienți pentru realizarea intervențiilor chirurgicale (5 496 de persoane care necesitau protezarea articulațiilor mari și 4 608 – pentru tratamentul operator de cataractă). Astfel, deși au fost realizate 10 061 de intervenții, auditul a stabilit că doar 2 938 persoane (29%) au beneficiat de intervenții conform listei de așteptare transmise către instituțiile medicale. Situația respectivă denotă incertitudini cu privire la accesul persoanelor la serviciile medicale, în special din cauza faptului că CNAM nu dispune de activități de verificare a intervențiilor realizate/nerealizate pentru pacienții transmiși instituțiilor medicale de către Companie.

De asemenea, potrivit cerințelor, persoanele din lista de așteptare generală urmează să dispună de statut „Activ” sau „Suspendat”. Statutul „Suspendat” îl obțin pacienții care din motive personale au refuzat intervenția sau nu s-au prezentat la momentul invitației pentru intervenție³⁷.

S-a constatat că pacienții din listele de așteptare (21 933 de pacienți) nu și-au indicat statutul, respectiv: „activ” sau „suspendat”. Astfel, nu este indicat motivul excluderii din liste a 10 104 pacienți, inclusiv dacă pacientul a beneficiat de intervenție chirurgicală sau a fost exclus din diferite motive³⁸. Angajatul CNAM (responsabil de gestionarea listelor de așteptare) a motivat că „pacienții sunt excluși din lista de așteptare după transmiterea listelor către instituțiile medicale”.

De menționat că listele de așteptare indică statutul doar pentru 546 de pacienți care au necesitat realizarea intervențiilor de „urgență”.

Potrivit cadrului normativ³⁹, pacienții care prezintă o agravare evidentă a maladiei de bază și la care tergiversarea intervenției operatorii poate duce la complicații inevitabile, urmează a fi transferați din Lista de așteptare generală în Lista urgentată. S-a constatat că până la moment CNAM nu a asigurat elaborarea Listei urgentate de pacienți care necesită intervenții chirurgicale. Astfel, stabilirea statutului „urgentat” este efectuată în baza Fișei-tip de urgentare a pacientului.

Cu privire la realizarea intervențiilor chirurgicale pentru pacienții cu statut „urgentat” se relevă că acest proces necesită ajustări, fiind stabilite următoarele:

- solicitarea transferării a 546 de persoane din lista generală în lista urgentată, nu oferă informații ample cu referire la evaluarea tuturor persoanelor din lista de așteptare generală, care necesită intervenții medicale de urgență;
- 49 de persoane nu au fost incluse în Lista de așteptare (38 de persoane în cadrul programului special „Protezarea articulațiilor mari”, 11 persoane în cadrul programului special „Tratament operator pentru cataractă”), deși a fost prezentată Fișa-tip de urgentare. Astfel, 45 de persoane se regăsesc în listele preluate (în anul 2020) de la Agenția Națională de Sănătate Publică, nefiind incluse până la moment în Lista de așteptare gestionată de CNAM. Pentru alte 4 persoane, instituțiile medicale au întocmit fișele de urgentare, deși nu au solicitat regulamentar includerea inițială a acestora în lista de așteptare generală;
- în cazul a 9 pacienți lipsește Fișa-tip de urgentare, situație care nu asigură argumentarea și transparența acestui proces. Lista acestor persoane a fost transmisă instituțiilor medicale pentru realizarea intervențiilor de urgență (8 – de protezare a articulațiilor mari, 1 – pentru tratament operator de cataractă);

³⁷ Pct.18 din Anexa nr.1 și pct.18 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPȘ și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

³⁸ Pct.34 din Anexa nr.1 și pct.34 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPȘ și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

³⁹ Pct.25 din Anexa nr.1 și pct.25 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPȘ și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

- lipsa statutului de urgentare pentru 87 de pacienți care au fost transmiși pentru realizarea intervenției în cadrul Programului special „Proteizarea articulațiilor mari”, deși au fost prezentate fișele-tip de urgentare;
- lipsa statutului de urgentare pentru 37 de pacienți care au fost transmiși pentru realizarea intervenției în cadrul Programului special „Tratament operator pentru cataractă”, deși au fost prezentate fișele-tip de urgentare, date prezentate în Anexa nr.4 la prezentul Raport.

De asemenea, s-a constatat că, deși potrivit cadrului normativ⁴⁰ în listele de așteptate se includ doar persoanele asigurate, se relevă că 9 persoane (inclusiv 1 persoană urgentată), care au fost transmise pentru realizarea intervenției, nu aveau statut de persoană asigurată.

Notă: CNAM a motivat că a fost introdus eronat statutul persoanelor în sistemul informațional. Totodată, auditul denotă că aceste 9 persoane, deși se aflau în lista de așteptare, au solicitat efectuarea intervenției înafara rândului de așteptare, cu achitarea intervenției din cont propriu.

CNAM urmează să întreprindă măsuri care ar spori transparența acestor procese, cu urgentarea ajustării/actualizării datelor, ceea ce ar asigura accesul cetățenilor la serviciile medicale garantate de către stat.

5.5. Numărul persoanelor care necesită intervenții costisitoare s-a majorat cu 20 000 de persoane, iar la sfârșitul anului în rândul de așteptare se aflau 19 095 de persoane.

La începutul anului 2021, 957 de persoane se aflau în lista de așteptare pentru realizarea intervențiilor de protezare a articulațiilor mari, iar alte 949 de persoane se aflau în așteptarea tratamentului operator pentru cataractă. Pe parcursul anului instituțiile medico-sanitare au transmis în adresa CNAM lista a 20 027 pacienți care au fost incluși în Lista de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale⁴¹.

Se relevă că în anul 2021 au fost transmise instituțiilor medicale doar 46,1% din solicitanți pentru realizarea intervențiilor în cadrul Programului special „Proteizarea articulațiilor mari” și 42,6% din cadrul Programului special „Tratament operator pentru cataractă”.

Pentru anul 2021 au fost planificate și contractate 9 110 intervenții chirurgicale, care pe parcursul anului au fost ajustate până la 9 756 de intervenții. Real au fost efectuate 9 703 de intervenții chirurgicale (cu 6,5 % mai mult decât cele contractate inițial). Se denotă că, din 9 703 intervenții realizate de către instituțiile medicale, doar 2 938 de servicii medicale au fost pentru persoanele aflate în rândul de așteptare. Această situație nu contribuie la diminuarea timpului de așteptare pentru 19 095 de persoane care necesită servicii medicale costisitoare și se află în lista de așteptare.

⁴⁰ Pct.1 din Anexa nr.1 și pct.1 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

⁴¹ Pct.16, pct.3 din Anexa nr.1 și pct.16 din Anexa nr.2 la Ordinul MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 „Cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale”.

Analiza de către audit a timpului de așteptare denotă că, pentru a beneficia de intervenții chirurgicale de protezare a articulațiilor mari, o persoană urmează să aștepte estimativ 2,8 ani, iar pentru tratamentul cataractei – 1,5 ani.

5.6. Evaluarea mecanismului de compensare a medicamentelor prin prisma realizării atribuțiilor de către instituțiile implicate atestă unele deficiențe aferente procesului de prescriere și eliberare a acestora, în sumă de 15,4 mil. lei.

Cheltuielile pentru medicamente compensate (raportate în cadrul subprogramului „Asistență medicală primară”) nu pot fi evaluate ca rezultat al erorilor ce se conțin în rețetele înregistrate în SIA „Medicamente compensate”.

Procesul de prescriere, eliberare, înregistrare și achitare a rețetelor pentru medicamente compensate include instituții cu responsabilități și atribuții separate. Corectitudinea prescrierii rețetelor pentru medicamentele compensate revine medicilor de familie sau medicilor specialiști. La acest aspect CNAM nu dispune de posibilitatea de evaluare a veridicității informațiilor privind rețetele prescrise de către medici, care ulterior eliberate de către prestatorii de servicii farmaceutice sunt înregistrate în SIA „Medicamente compensate”, în baza cărora CNAM efectuează achitățile din FAOAM și, respectiv, raportează aceste mijloace ca executate.

Auditul a evaluat 5 116 036 de rețete în sumă de 643,0 mil. lei, ceea ce reprezintă 100 % din suma compensată pentru medicamentele eliberate de prestatorii de servicii farmaceutice. Astfel, s-au stabilit înregistrări eronate ale datelor în cazul a 115 384 de rețete (2,4%) în sumă de 15,4 mil. lei. Această situație poartă un caracter permanent și se exprimă prin:

- introducerea eronată a vârstei persoanelor sau indicarea vârstei diferite pentru unul și același cod numeric personal (107 404 rețete, în sumă de 14,1 mil. lei);
- necoresponderea numelui, prenumelui beneficiarilor de medicamente compensate cu același cod numeric personal (7 980 de rețete, în sumă de 1,3 mil. lei).

De asemenea, s-a constatat înregistrarea a 3 190 de rețete în care datele pacientului corespund cu datele medicului prescriptor (383,6 mii lei), ceea ce poate determina riscul aferent veridicității prescrierii acestor medicamente. Admiterea erorilor se explică prin insuficiența activităților de control aferente prescrierii, eliberării și compensării medicamentelor din contul FAOAM, în special prin faptul că SIA „Medicamente compensate” funcționează autonom, pe principiul off-line și nu este interconectat cu alte sisteme informaționale.

Activitatea de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în SAOAM⁴² este realizată de către CNAM prin intermediul Direcției Evaluare și Monitorizare, care în urma verificărilor a stabilit carențe aferente procesului de prescriere și eliberare a medicamentelor compensate, și anume:

⁴² Regulamentul privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în SAOAM”, aprobat prin Ordinul CNAM nr.71-A din 23.02.2018.

- prescrierea neregulamentară/neargumentată a rețetelor pentru medicamente compensate în cadrul tratamentului medicamentos în condiții de ambulatoriu, care a constituit suma de 292,9 mii lei;

- la nivelul prestatori de servicii farmaceutice s-au stabilit iregularități în sumă de 187,1 mii lei, exprimate prin: (i) eliberarea medicamentelor cu derogare de la prescrierile medicului, fiind majorate sau diminuate cantitățile medicamentelor eliberate față de cantitatea prescrisă; (ii) eliberarea medicamentelor către pacient în baza rețetelor completate neregulamentară; (iii) înlocuirea medicamentului prescris în rețetă cu alt medicament; (iv) lipsa confirmării/semnăturii pacientului, căruia i s-a eliberat medicamentul.

Dezvoltarea funcționalităților suplimentare ale sistemului informațional automatizat „Asistența medicală primară”, inclusiv „e-Rețeta” și asigurarea interoperabilității acestora cu alte sisteme informaționale este efectuată de către Ministerul Sănătății, fiind în proces de realizare. Aceste circumstanțe nu asigură funcționalitatea sistemului informațional la nivelul asistenței medicale primare și de ambulatoriu, în vederea asigurării corectitudinii prescrierii și eliberării medicamentelor compensate.

5.7. ALTE SUBIECTE VERIFICATE ÎN CADRUL AUDITULUI

Pe parcursul prezentei misiuni de audit, în adresa Curții de Conturi a parvenit o petiție din partea unui cetățean în care se menționau pretinse încălcări admise în cadrul IMSP CS Ialoveni (fondator – Consiliul raional Ialoveni). Luând în calcul că finanțarea acestei instituții se efectuează în baza contractului încheiat cu CNAM, precum și călăuzindu-ne de prevederile INTOSAI P12 „Valoarea și beneficiile Instituțiilor Supreme de Audit”, INTOSAI P20 „Principii privind transparența și responsabilitatea” care prevăd că Instituțiile Supreme de Audit urmează să reacționeze și să dovedească valoarea sa, răspunzând în mod adecvat preocupărilor cetățenilor, așteptărilor diverselor părți interesate, riscurilor emergente și mediului în schimbare în care sunt efectuate auditurile, Curtea de Conturi a efectuat verificarea faptelor enunțate în petiție în cadrul prezentei misiuni de audit.

Evaluările de audit au cuprins procesele de contractare și achitare a asistenței medicale primare, specificul alocării mijloacelor financiare după principiul „per capita” și utilizarea mijloacelor financiare pentru cheltuielile de personal. Astfel, pentru acordarea asistenței medicale primare, IMSP CS Ialoveni a fost contractat⁴³ în anul 2021 și a dispus de mijloace publice din FAOAM în sumă de 18 508,0 mii lei, reieșind din populația de 29 100 de persoane aflate în evidență.

Cu referire la verificarea aspectelor expuse în petiție, auditul a constatat posibilul conflict de interese la etapa de desfășurare și selectare a candidatului pentru ocuparea funcției vacante de șef al IMSP Centrul de Sănătate Ialoveni. Astfel, prin deciziile Consiliului raional Ialoveni,

⁴³ Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM nr.05-08/257, încheiat la 31.12.2020.

candidatul care a fost numit în funcția de șef al IMSP CS Ialoveni⁴⁴ a făcut parte din Comisia pentru selectarea candidaților⁴⁵.

În procesul-verbal⁴⁶ al ședinței de desfășurare a probei de interviu, membrii Comisiei de concurs au acordat candidaților întrebări, iar conform borderoului de notare fiecare candidat a obținut punctaj maxim. Criteriile de evaluare a candidaților, punctajul maxim stabilit pentru fiecare criteriu, precum și borderoul de notare nu au fost prezentate echipei de audit.

Totodată, cu referire la procesul de organizare și desfășurare a concursului pentru ocuparea funcțiilor vacante de conducători ai instituțiilor medico-sanitare publice, s-au constatat următoarele:

- conform cadrului legal⁴⁷, conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice republicane, municipale, raionale sunt selectați prin concurs organizat de Ministerul Sănătății și sunt numiți în funcție de către persoana responsabilă a fondatorului.

La acest aspect, Ministerul Sănătății a motivat că organizează concursurile pentru ocuparea funcției de director al instituțiilor medico-sanitare publice republicane, municipale, raionale⁴⁸, cu excepția IMSP Centre de Sănătate/Centre ale Medicilor de Familie, care conform delimitării, deservește doar populația unei zone arondate, neavând calitatea de instituție medico-sanitară publică raională;

- cadrul normativ⁴⁹ prevede că autoritatea administrației publice locale care este fondatorul IMSP, angajează în bază de contract, pe un termen de 5 ani, și eliberează din funcție șeful IMSP Centrul de Sănătate. Respectiv, nu este stabilită responsabilitatea autorităților administrației publice locale cu privire la desfășurarea concursului, acest proces nefiind reglementat. Se menționează că la concursul pentru ocuparea funcției vacante de șef al IMSP Centrul de Sănătate Ialoveni a participat un singur candidat.

Circumstanțele expuse afectează transparența⁵⁰ procesului de inițiere, desfășurare și selectare a candidaților la ocuparea funcțiilor vacante de conducători ai IMSP Centre de Sănătate/Centre ale Medicilor de Familie, inclusiv în cazul IMSP CS Ialoveni, deoarece nu s-a asigurat informarea amplă privind posturile vacante și condițiile pentru ocuparea lor, precum și punerea la dispoziția tuturor persoanelor interesate a informațiilor referitoare la modul de organizare și desfășurare a concursului.

⁴⁴ Decizia Consiliului raional Ialoveni nr.06/04-5 din 14.12.2018.

⁴⁵ Decizia nr.03/04 din 10.05.2018 a CR Ialoveni „Cu privire la confirmarea componenței Comisiei pentru selectarea candidaților la funcția de șef IMSP-lor din localitățile raionului”.

⁴⁶ Proces-verbal din 07.12.2018 al ședinței Comisiei pentru selectarea candidaților la funcția de șef al instituției medico-sanitare publice din raion.

⁴⁷ Art.4 a Legii ocrotirii sănătății nr.411-XIII din 28.03.1995.

⁴⁸ Regulamentul privind numirea în funcție pe bază de concurs a conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1016 din 01.09.2016.

⁴⁹ Pct.18 din Regulamentul-cadru de organizare și funcționare al Instituției Medico-Sanitare Publice Centrul de Sănătate, aprobat prin Ordinul ministrului Sănătății nr. 1086 din 30.12.2016.

⁵⁰ Pct.4 din Regulamentul privind numirea în funcție pe bază de concurs a conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1016 din 01.09.2016.

VI. PREZENTAREA BUGETULUI

Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sunt parte componentă a bugetului public național și reprezintă totalitatea veniturilor, cheltuielilor și surselor de finanțare destinate pentru realizarea funcțiilor și gestionarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală⁵¹.

CNAM, în calitate de unic administrator al FAOAM, organizează și ține contabilitatea executării FAOAM, potrivit normelor aprobate de Ministerul Finanțelor, și asigură înregistrarea operațiunilor privind veniturile și cheltuielile, precum și privind datoriile achitate până la 31 decembrie, evidența transferurilor de la bugetul de stat, stabilirea rezultatului executării FAOAM prin închiderea conturilor de venituri și cheltuieli, raportând aceste date către Guvern, iar ulterior Parlamentului, spre aprobare.

Veniturile fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2021 au fost aprobate inițial în sumă de 11 144,1 mil.lei, cheltuielile – în sumă de 11 344,1 mil.lei, cu un deficit de 200,0 mil.lei⁵². Ulterior, în temeiul rectificărilor operate prin Legea nr.137 din 14.10.2021, veniturile au fost precizate în sumă de 11 457,3 mil.lei și la cheltuieli – în sumă de 11 857,3 mil.lei, cu un deficit de 400,0 mil.lei.

Cu referire la ponderea veniturilor totale executate ale FAOAM în BPN se denotă că acestea au constituit 14,9% și ca pondere în PIB – 4,8%. Față de anul 2020, ponderea veniturilor FAOAM în BPN s-a majorat cu 1,3%, iar ponderea în PIB s-a majorat cu 0,6%. De asemenea, se relevă că ponderea cheltuielilor totale executate ale FAOAM în BPN a constituit 14,1%, iar ca pondere în PIB – 4,8%. Față de anul 2020, ponderea cheltuielilor FAOAM în BPN s-a majorat cu 2,6%, iar ponderea în PIB s-a majorat cu 0,7%, situație prezentată în tabelul de mai jos.

Tabelul nr. 10

Evoluția executării fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în perioada 2018-2021

	Unitatea de măsură	Executat			
		Anul 2018	Anul 2019	Anul 2020	Anul 2021
<i>PIB</i>	<i>mil.lei</i>	<i>192.508,6</i>	<i>210.378,1</i>	<i>205.432,3</i>	<i>241.871,0</i>
<i>BPN, venituri</i>	<i>mil.lei</i>	<i>57.964,90</i>	<i>62.949,2</i>	<i>62.650,00</i>	<i>77.373,10</i>
<i>FAOAM, total venituri</i>	<i>mil.lei</i>	<i>6.877,4</i>	<i>7636,3</i>	<i>8542,6</i>	<i>11.540,0</i>
Devieri +/- față de anul precedent	mil.lei	620,8	758,9	906,3	2.997,4
Ponderea în BPN	%	11,9	12,1	13,6	14,9
Ponderea în PIB	%	3,6	3,6	4,2	4,8
<i>BPN, cheltuieli</i>	<i>mil.lei</i>	<i>59.576,9</i>	<i>65.975,6</i>	<i>73.269,80</i>	<i>82.013,6</i>
<i>FAOAM, total cheltuieli</i>	<i>mil.lei</i>	<i>6.714,1</i>	<i>7489,7</i>	<i>8405,5</i>	<i>11.552,1</i>

⁵¹ Art.3 din Legea nr.181 din 25.07.2014.

⁵² Art.1 din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021 nr.256 din 16.12.2020.

Devieri +/- față de anul precedent	mil.lei	453,2	775,6	915,8	3.146,6
Ponderea în BPN	%	11,3	11,4	11,5	14,1
Ponderea în PIB	%	3,5	3,6	4,1	4,8
Deficit (-)/Excedent (+)	mil.lei	163,3	146,6	137,1	-12,1
Devieri +/- față de anul precedent	mil.lei	167,5	-16,7	-9,5	-149,2
Ponderea în PIB	%	0,08	0,07	0,07	-0,01

Sursa: Elaborat de auditor în baza datelor Biroului Național de Statistică.

În urma analizei exercițiului bugetar încheiat la 31 decembrie 2021, s-a constatat că veniturile au fost executate în sumă de 11 540,0 mil.lei, sau cu 82,7 mil.lei (0,7%) mai mult decât nivelul precizat. Cheltuielile de casă au constituit 11 552,1 mil.lei, cu 305,2 mil.lei (2,6%) sub nivelul celor precizate. În aceste condiții, exercițiul bugetar s-a soldat cu un deficit de 12,1 mil.lei, situație prezentată în tabelul de mai jos:

Tabelul nr.11

Executarea indicatorilor de venituri și cheltuieli ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2021

(mil. lei)

Denumirea indicatorului	Executat în anul 2019	Executat în anul 2020	Precizat în anul 2021	Executat în anul 2021	Executat în 2021 față de precizat		Executat în anul 2021 față de anul 2019		Executat în anul 2021 față de anul 2020	
					devieri (+/-)	%	devieri (+/-)	%	devieri (+/-)	%
Venituri	7.636,3	8.542,6	11.457,3	11.540,0	82,7	100,7	3.903,7	151,1	2.997,5	135,1
Cheltuieli	7.489,7	8.405,5	11.857,3	11.552,1	-305,2	97,4	4.062,4	154,2	3.146,6	137,4

Sursa: Rapoartele privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anii 2019, 2020 și 2021.

În comparație cu anul precedent, atât veniturile, cât și cheltuielile au înregistrat o creștere cu 2 997,5 mil.lei (sau cu 35,1%) și, respectiv, 3 146,6 mil.lei (sau cu 37,4%). Majorarea veniturilor a fost datorată, în mare parte, majorării față de anul precedent a transferurilor de la bugetul de stat pentru persoanele asigurate de Guvern, cu 2 313,6 mil.lei (sau cu 65,1 %), precum și mărirea cu 677,5 mil.lei (sau cu 14,1%) a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense.

Concomitent, majorarea cheltuielilor cu 3 146,6 mil.lei (sau cu 37,4%) a fost condiționată de necesitatea acoperirii cheltuielilor aferente majorării salariilor de funcție pentru personalul medical cu circa 1 962,3 mil.lei, majorarea cu 81,5 mil.lei a cheltuielilor aferente majorării salariilor de funcție pentru personalul administrativ-gospodăresc din instituțiile medicale, și acordarea a 362,2 mil.lei pentru acoperirea cheltuielilor la achitarea suplimentului personalului antrenat în acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19.

Potrivit prevederilor Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale⁵³, indicatorii anuali ai fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pot fi precizați de cel mult 2 ori. Astfel, la data 14.10.2021 a fost aprobată Legea pentru modificarea Legii fondurilor asigurării de asistență medicală pe anul 2021 nr.256/2020⁵⁴. Precizările indicatorilor fondurilor s-au datorat:

- majorării cu 26,6 mil. lei a salariilor de funcție ale personalului administrativ-gospodăresc din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, cu 57%, începând cu 01.11.2021;
- acoperirea cheltuielilor în sumă de 4,5 mil. lei pentru serviciile spitalicești acordate pacienților care întrunesc definiția de caz COVID-19 (suspect, probabil, confirmat);
- acordarea a 126,6 mil. lei pentru suplimentul la salariul de funcție calculat personalului antrenat în acordarea asistenței medicale persoanelor care întrunesc criteriile definiției de caz COVID-19;
- acoperirea cheltuielilor în sumă de 0,7 mil. lei pentru asigurarea bunei funcționări a prestatorilor de servicii medicale în scopul acordării asistenței medicale oportune și calitative populației etc.

În anul 2021, veniturile fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală au constituit 11 540,0 mil. lei, fiind cu 82,7 mil. lei mai mari decât nivelul precizat, date prezentate în tabelul ce urmează:

Tabelul nr.12

Dinamica veniturilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2021, în comparație cu anii 2018-2020

(mil. lei)

Indicatori	Anii				Devieri 2021/2020		Devieri 2021/2019		Devieri 2021/2018	
	2018	2019	2020	2021	(+/-)	%	(+/-)	%	(+/-)	%
1	2	3	4	5	6=5-4	7=5*100/4	8=5-3	9=5*100/3	10=5-2	11=5*100/2
Venituri precizate	6733,3	7709,8	8500,8	11457,3	2956,5	134,8	3747,5	148,6	4724,0	170,2
Venituri executate, inclusiv:	6877,4	7636,3	8542,6	11540,0	2997,4	135,1	3903,7	151,1	4662,6	167,8
<i>Prime de AOAM în formă de contribuție procentuală</i>	4007,2	4645,1	4800,5	5478,0	677,5	114,1	832,9	117,9	1470,8	136,7
<i>Prime AOAM în sumă fixă</i>	110,3	123,0	139,1	137,2	-1,9	98,6	14,2	111,5	26,9	124,4
<i>Alte venituri</i>	31,8	54,5	69,3	89,8	20,5	129,6	35,3	164,8	58,0	282,4
<i>Transferuri curente cu destinație specială</i>	93,1	94,4	153,2	140,9	-12,3	92,0	46,5	149,3	47,8	151,3
<i>Transferuri curente cu destinație generală</i>	2635,0	2719,3	3380,5	5694,1	2313,6	168,4	2974,8	209,4	3059,1	216,1

Sursă: Informații generalizate de echipa de audit din Rapoartele privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anii 2018-2021.

⁵³Art.61 alin.(5) Legea nr.181 din 25.07.2014.

⁵⁴ Legea nr.137 din 14.10.2021 pentru modificarea Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2021 nr.256/2020.

Ponderea semnificativă în totalul veniturilor FAOAM o au transferurile cu destinație generală și specială între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, de 50,6% (5 835,0 mil.lei) și, respectiv, primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și alte recompense achitate de angajați, care constituie 47,5% (5 478,0 mil.lei), urmate de primele de asigurare medicală obligatorie în sumă fixă – 1,2% (137,2 mil.lei), care au fost achitate de către 65 087 de persoane, date prezentate în Anexa nr.5 la prezentul Raport de audit.

Referitor la transferurile cu destinație generală, acestea au fost alocate pentru 1 691 690 de persoane care fac parte din categoriile de persoane asigurate de Guvern. Acestea au fost executate în sumă de 5 693,4 mil.lei, sau cu 2 313,6 mil.lei mai mult decât în anul 2020. În anul 2021, veniturile acumulate și gestionate de CNAM au fost înregistrate/reflectate corespunzător în evidența contabilă și asigură plenitudinea informațiilor prezentate în Rapoartele Guvernului privind executarea fondurilor de asigurări obligatorii de asistență medicală.

Cheltuielile FAOAM au fost executate în sumă de 11 552,1 mil.lei, cu 305,2 mil.lei mai puțin decât nivelul precizat. Aceste circumstanțe au fost generate de faptul că, în cadrul unor subprograme finanțate din contul mijloacelor fondului pentru achitarea serviciilor medicale, nu au fost realizate volumele de asistență medicală în sumă de 267,1 mil.lei, inclusiv: subprogramul „Asistența medicală spitalicească” – 131,6 mil.lei, subprogramul „Asistența medicală urgentă prespitalicească” – 62,6 mil.lei, subprogramul „Asistența medicală primară” – 54,5 mil.lei (inclusiv medicamente compensate – 44,6 mil.lei), subprogramul „Servicii medicale de înaltă performanță” – 9,7 mil.lei, subprogramul „Asistența medicală specializată de ambulatoriu” – 7,5 mil.lei, și subprogramul „Îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu” – 1,1 mil.lei, date prezentate în tabelul de mai jos:

Tabelul nr.13

Dinamica cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2021, în comparație cu anii 2018-2020

(mil.lei)

Indicatori	Anii				Devieri 2021/2020		Devieri 2021/2019		Devieri 2021/2018	
	2018	2019	2020	2021	(+/-)	%	(+/-)	%	(+/-)	%
1	2	3	4	5	6=5-4	7=5*100/4	8=5-3	9=5*100/3	10=5-2	11=5*100/2
Cheltuieli precizate	6733,3	7709,8	8917,4	11857,3	2939,9	133,0	4147,5	153,8	5124,0	176,1
Cheltuieli executate, inclusiv:	6714,1	7489,7	8405,5	11552,1	3146,6	137,4	4062,4	154,2	4838,0	172,1
Fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice	6586,3	7333,7	8270,1	11436,2	3166,1	138,3	4102,5	155,9	4849,9	173,6
Fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală	0,0	0,0	10,0	0	-10,0	0,0	0,0		0,0	
Fondul măsurilor de profilaxie (de prevenire a riscurilor de îmbolnăvire)	11,7	22,0	25,3	19,6	-5,7	77,5	-2,4	89,1	7,9	167,5
Fondul de dezvoltare și modernizare a	38,1	55,3	19,9	9,6	-10,3	48,2	-45,7	17,4	-28,5	25,2

prestatorilor publici de servicii medicale										
Fondul de administrare al sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală	77,8	78,7	80,2	86,7	6,5	108,1	8,0	110,2	8,9	111,4

Sursă: Informații generalizate din Rapoartele privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anii 2018-2021.

Cu referire la subprogramele de cheltuieli, structurate pe tipuri de asistență medicală, se denotă că, la fel ca și în anii precedenți, ponderea cea mai semnificativă o deține asistența medicală spitalicească, în cuantum de 6 247,0 mil.lei, sau 54,1% din totalul cheltuielilor, fiind urmată de asistența medicală primară – 2 908,7 mil.lei (25,2%), asistența medicală urgentă prespitalicească – 1 011,8 mil.lei (8,8%), asistența medicală de ambulatoriu – 942,2 mil.lei (8,2%) etc. Structura cheltuielilor pe tipuri de subprograme se prezintă în Anexa nr.6 la prezentul Raport de audit.

Totodată, auditul relevă că valoarea medicamentelor eliberate de către prestatorii de servicii farmaceutice este în creștere, în anul 2021 fiind eliberate medicamente compensate în valoare de 643,0 mil.lei, cu 30,6 mil.lei (sau cu 5,0%) mai mult decât în anul 2020, numărul beneficiarilor de medicamente compensate în anul 2021 fiind de 741 023 de persoane, sau cu 1 956 de beneficiari (0,3 %) mai mult decât în anul 2020, informație redată în tabelul de mai jos:

Tabelul nr.14

Informație privind beneficiarii de rețete pentru medicamentele compensate din FAOAM

(mii lei)

Anul	Numărul rețetelor în baza cărora au fost eliberate medicamente compensate	Valoarea medicamentelor eliberate	Numărul beneficiarilor unici de medicamente compensate
2017	5 419 415	516 804,8	833 403
2018	5 265 510	509 237,9	815 842
2019	5 601 001	598 994,1	832 466
2020	4 944 713	612 461,7	739 067
2021	5 116 036	643 041,3	741 023

Sursa: Elaborat de audit în baza datelor prezentate de CNAM.

Numărul persoanelor pe tipuri de maladii (cu rată înaltă de morbiditate), care au beneficiat de medicamente compensate în anul 2021, comparativ cu anul 2020, se prezintă în Anexa nr.7 la prezentul Raport de audit.

Se denotă că semnificativ s-a majorat numărul beneficiarilor de preparate compensate pentru epidermoliza buloasă - 66%, staționar la adulți - 56 %, scleroza multiplă - 24%, boli autoimune - 22%. Totodată, în anul 2021 a fost înregistrată și o diminuare a beneficiarilor de medicamente pentru tratarea maladiilor aparatului digestiv, cu 15%, profilaxia femeilor gravide - cu 10%.

Cu referire la fondul măsurilor de profilaxie (19,6 mil.lei), în anul 2021 CNAM a alocat 19,6 mil.lei pentru imunizări și alte metode de profilaxie primară și secundară (8,4 mil.lei), examinări

profilactice (screening) în scopul depistării precoce a îmbolnăvirilor (4,4 mil.lei) și alte activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire (6,7 mil.lei).

În ceea ce privește mijloacele fondului de dezvoltare (9,6 mil. lei), în anul 2021 acestea au fost destinate pentru dotarea instituțiilor medicale spitalicești cu utilaje și dispozitive medicale necesare în combaterea virusului SARS-CoV-2 (6,4 mil.lei) și fortificarea asistenței medicale primare, prin acordarea mijloacelor financiare pentru finanțarea proiectelor investiționale (3,1 mil.lei).

VII. RECOMANDĂRI

Recomandări Ministerii Sănătății și Directorului General al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru:

1. reexaminarea modului de contractare „buget global”, cu elaborarea bazei de contractare a serviciilor medicale din FAOAM și stabilirea indicatorilor de rezultat pentru volumul de servicii acordate, raportate și achitate (pct.3.1, pct.3.2);
2. asigurarea elaborării și aprobării metodologiei de raportare de către instituțiile de profil a volumului de servicii medicale prestate, precum și de determinare/calculare a pacienților unici deserviți pe parcursul anului, în vederea utilizării rezultative a mijloacelor financiare contractate („per capita”) achitate și raportate de către CNAM (pct.4.1);
3. monitorizarea și controlul realizării contractelor de prestări servicii în cadrul AOAM, în scopul gestionării resurselor financiare alocate cu asigurarea revizuirii și ajustării cadrului de raportare a instituțiilor medicale, în condițiile realizării serviciilor medicale supra contract (pct.3.3);

Recomandare Directorului General al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru:

4. actualizarea și revizuirea permanentă a bazei de date a pacienților din lista de așteptare și asigurarea transparenței accesului persoanelor asigurate la tratament costisitor (pct.5.4, pct.5.5);

Recomandări Ministerii Sănătății, pentru:

5. asigurarea întreprinderii măsurilor ce se impun, în scopul asigurării continuității reformelor prin extinderea funcționalității SIA „Asistență Medicală Primară” și implementarea rețelei electronice „e-Rețetă”, cu stabilirea termenelor de realizare raportați (pct.4.1, pct.5.6);
6. reglementarea procesului de inițiere, desfășurare și selectare a candidaților la ocuparea funcțiilor vacante de conducători ai instituțiilor medico-sanitare publice (pct.5.7);

Recomandare Directorului IMSP Centrul Republican de Diagnosticare Medicală, pentru:

7. asigurarea elaborării și încheierii contractelor bilaterale de prestare a serviciilor medicale cu includerea prevederilor aferente valorii contractelor și a tipurilor de servicii contractate și prestate, precum și a cerințelor aferente specificului realizării investigațiilor pentru persoanele cu statut asigurat/neasigurat (pct.4.3);

În prezentul Raport de audit se reiterează următoarea recomandare

Ministrei Sănătății și Directorului General al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pentru:
8. evaluarea necesităților și accesului populației la serviciile medicale de înaltă performanță.

VIII. RESPONSABILITĂȚILE CELOR ÎNSĂRCINAȚI CU GUVERNANȚA PENTRU RAPORTUL GUVERNULUI

Responsabilitatea Guvernului, în domeniul finanțelor publice, este de a exercita conducerea generală a activității executive în domeniul gestionării finanțelor publice, în conformitate cu principiile și regulile stabilite⁵⁵.

Responsabilitatea Ministerului Sănătății a constat în monitorizarea și analiza executării FAOAM⁵⁶.

Responsabilitatea Ministerului Finanțelor ține de⁵⁷:

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

Responsabilitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a constat în pregătirea și prezentarea fidelă către Guvern, Ministerul Sănătății și Ministerul Finanțelor a rapoartelor privind executarea FAOAM, în conformitate cu cadrul de raportare aplicabil și asigurarea publicării acestora⁵⁸.

Directorul General al Companiei, în calitate de ordonator principal de credite și administrator al fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală⁵⁹, este responsabil de pregătirea și prezentarea fidelă a Raportului Guvernului privind executarea FAOAM pentru anul 2021 în conformitate cu cadrul de raportare aplicabil⁶⁰. De asemenea, responsabilitatea managementului este de a organiza și a implementa sistemul de control intern⁶¹, în scopul de a asigura desfășurarea și organizarea eficientă a activității economice, inclusiv respectarea strictă a integrității activelor, prevenirea și descoperirea cauzelor de fraudă și eroare, exactitatea și plenitudinea datelor raportate.

⁵⁵ Art.19 din Legea nr.181 din 25.07.2014.

⁵⁶ Art.22 din Legea privind controlul financiar public intern nr.229 din 23.09.2010.

⁵⁷ Legea nr.181 din 25.07.2014.

⁵⁸ Art.22 din Legea nr.181 din 25.07.2014.

⁵⁹ Legea contabilității și raportării financiare nr.287 din 15.12.2017.

⁶⁰ Legea contabilității și raportării financiare nr.287 din 15.12.2017; Ordinul ministrului Finanțelor nr.118 din 06.08.2013 „Privind aprobarea Standardelor Naționale de Contabilitate”; Ordinul ministrului Finanțelor nr.02 din 05.01.2018 „Cu privire la aprobarea formularelor Rapoartelor privind executarea FAOAM”.

⁶¹ Art.28, art.29 lit.(d) din Hotărârea Guvernului nr.156 din 11.02.2002 „Cu privire la aprobarea Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină”.

IX. RESPONSABILITĂȚILE AUDITORULUI ÎNTR-UN AUDIT AL RAPORTULUI GVERNULUI

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

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

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

O informație mai detaliată privind responsabilitățile auditorului este prezentată pe pagina web a Curții de Conturi, la adresa: <http://www.ccrm.md/activitatea-curtii-de-conturi-1-25>.

SEMNĂTURA AUDITORULUI

Echipa de audit:

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

Irina Pîntea

Auditor public principal,

Evghenii Grosu

Auditoare publică superioară,

Cristina Bîrca

Auditor public superior,

Iacob Cocoș

Responsabilă de audit:

șefa Direcției generale de audit II,

Sofia Ciuvalschi

Informație privind volumul de asistență medicală spitalicească contractată, prestată, înregistrată și raportată de către instituțiile medico-sanitare publice, în anul 2021

Denumirea IMSP	Denumire program special	Cazuri tratate contractate	Cazuri tratate achitate	Suma contractă, facturată și achitată	Cazuri tratate executate	ICM executat	Executat program	Total executat	Volumul de asistență medicală realizată supra contract
IMSP Institutul Mamei și Copilului	Program general	x	x	364,3	37.051	1,2318	332,4	368,9	4,6
	Chirurgie de zi	x	x		1.610	0,7296	8,6		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		1.021	1,6857	15,4		
	Hospice (zi/pat)	x	x		3.674		2,5		
	Reabilitare pediatrică	x	x		1.365		10,0		
IMSP Spitalul Clinic Republican „Timofei Mosneaga”	Program general	x	x	446,4	15.600	2,6975	265,8	452,6	6,2
	Chirurgie de zi	x	x		938	1,1412	6,8		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		2.499	7,9920	178,4		
	Reabilitare neurologică	x	x		119		1,3		
	Reabilitare cardiologică	x	x		45		0,3		
IMSP Institutul de Medicina Urgentă	Program general	x	x	377,6	15.591	2,2649	261,2	394,4	16,8
	Chirurgie de zi	x	x		1.889	0,9274	13,0		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		2.591	5,0761	117,5		
	Reabilitare	x	x		438		2,7		
IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale	Program general	x	x	74,2	3.357	1,2795	26,6	78,2	4,0
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		1.948	1,9495	33,9		
	Geriatrică	x	x		1.032		6,1		
	Reabilitare	x	x		1.001		6,3		
	Reabilitare neurologică	x	x		401		4,3		
	Reabilitare cardiologică	x	x		5		0,04		
	Reabilitare ortopedică	x	x		119		1,0		

IMSP Institutul de Cardiologie	Program general	x	x	60,2	4.966	1,8255	56,2	61,0	0,8
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		93	2,0325	1,7		
	Reabilitare cardiologică	x	x		435		3,1		
IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie	Program general	x	x	87,8	4.164	2,9110	75,2	89,3	1,5
	Chirurgie de zi	x	x		91	1,4132	0,8		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		138	4,3775	5,4		
	Reabilitare neurologică	x	x		730		7,9		
IMSP Institutul Oncologic	Program general	x	x	283,8	23.990	1,8618	277,1	288,6	4,8
	Chirurgie de zi	x	x		1.470	0,7067	6,4		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		174	3,2903	5,1		
	Hospice (zi/pat)	x	x		62		0,04		
IMSP Spitalul Clinic Bălți	Program general	x	x	298,3	22.121	1,2342	169,4	300,7	2,4
	Chirurgie de zi	x	x		646	0,6838	2,7		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		5.495	2,2450	110,2		
	Reabilitare	x	x		2.085		13,0		
	Ftiziatrie (zi/pat)	x	x		7.056		5,4		
IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfântul Arhanghel Mihail”	Program general	x	x	119,9	3.103	1,7040	32,7	121,2	1,3
	Chirurgie de zi	x	x		46	1,0823	0,3		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		4.561	1,9949	81,3		
	Reabilitare	x	x		1.107		6,9		
IMSP Spitalul Clinic Municipal „Sfânta Treime”	Program general	x	x	259,4	17.009	2,0363	214,3	314,2	54,8
	Chirurgie de zi	x	x		1.283	1,3330	10,6		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		3.348	2,9012	86,8		
	Geriatrică	x	x		18		0,1		
	Reabilitare	x	x		386		2,4		
IMSP Spitalul raional Orhei	Program general	x	x	83,0	8.752	0,9888	47,4	85,1	2,1
	Chirurgie de zi	x	x		388	0,7754	1,6		

	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		1.976	1,7820	31,5		
	Reabilitare	x	x		738		4,6		
IMSP Spitalul raional Cahul	Program general	x	x	89,4	8.132	1,2603	56,1	91,2	1,8
	Chirurgie de zi	x	x		248	0,5733	0,8		
	Infecția cu Coronavirusul de tip nou (COVID-19)	x	x		2.023	1,8977	34,3		
	Reabilitare	x	x				0,0		
	Hospice (zi/pat)	x	x				0,0		

Sursa: Elaborat în baza datelor din Sistemul Informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG-online”.

Informație privind sumele alocate pentru activitățile specifice în cadrul asistenței medicale primare, în anul 2021, mii lei

Nr. d/o	Denumirea prestatorului	Suma pentru activitățile specifice
1	AMT Botanica	2.143,83
2	AMT Buiucani	1.853,06
3	AMT Centru	1.771,97
4	AMT Ciocana	1.534,19
5	AMT Râșcani	2.200,89
6	CMF Municipal Bălți	1.367,96
7	CS Râșcani	588,90
8	CS Glodeni	531,47
9	CS Sângerei	811,12
10	CS Edineț	719,91
11	CS Briceni	666,24
12	CS Soroca	872,89
13	CS Drochia	775,29
14	CMF Florești	804,46
15	CS Ocnîța	463,88
16	CS Dondușeni	364,86
17	CS Orhei nr.1	1.155,42
18	CS Șoldănești	368,53
19	CS Rezina	421,89
20	CS Telenești	583,34
21	CS Criuleni	675,40
22	CS Ungheni	1.075,58
23	CS Călărași	683,19
24	CS Nisporeni	559,49
25	CS Fălești	774,09
26	CS Strășeni	837,70
27	CS Ialoveni	969,76
28	CS Dubăsari	321,51
29	CS Hâncești	1.019,59
30	CS Căușeni	787,37
31	CS Ștefan Vodă	608,34
32	CS Cimișlia	516,22
33	CS Basarabeasca	273,27
34	CS Anenii Noi	946,73
35	CS Cahul	1.186,79

36	CS Cantemir	518,74
37	CS Leova	457,90
38	CS Taraclia (raional)	390,69
39	CS Comrat	698,16
40	CS Ceadâr-Lunga	629,76
41	CS Vulcănești	230,98
	Total	34.161,36

Sursa: Elaborat în baza datelor prezentate de CNAM.

Acțiunile întreprinse de entitate de la ultimul raport de audit elaborat de Curtea de Conturi

Recomandările de audit	Măsurile întreprinse de entități	Statutul implementării recomandării
Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină		
<p>1.1. reexaminarea modului de contractare „buget global”, cu elaborarea bazei de contractare a serviciilor medicale din FAOM și stabilirea indicatorilor de rezultat pentru volumul de servicii acordate, raportate și achitate (pct.5.1)</p>	<p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de CNAM</u> Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: CNAM a elaborat proiectul scrisorii către MS privind solicitarea suportului metodologic în <i>revederea și actualizarea Ordinului MS nr.100/2008 „Cu privire la normativul de personal”</i>, care va servi temei pentru estimarea „bugetului global”. În perspectivă, se prevede instituirea unui grup de lucru cu specialiști competenți în elaborarea metodologiei de planificare a finanțării prin metoda „buget global”.</p> <p>La data de 16.03.2022 CNAM a remis în adresa Ministerului Sănătății Scrisoarea nr.01-06/757 din 16.03.2022 privind oportunitatea revizuirii Ordinului MS nr.100/2008 „Cu privire la normativul de personal”.</p> <p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de MS</u> Scrisoarea MS nr.16/741 din 25.02.2022: de comun cu CNAM a elaborat și aprobat Ordinul nr.1227/350-A din 29.12.2021 „Privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022”, prin care a fost modificată metoda de plată în asistența medicală urgență prespitalicească de la „buget global” la „per capita”. În același timp, prin ordinul sus-menționat, IMSP Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească a fost exclus ca unicul prestator de asistență medicală urgentă prespitalicească în cadrul AOAM și a fost inclusă prevederea prin care asistența medicală urgentă prespitalicească este acordată în cadrul sistemului AOAM de către prestatorii de servicii medicale, autorizați conform cadrului normativ, care în raporturile contractuale cu CNAM, nu contractează de la alți prestatori acest tip de asistență medicală.</p>	<p>Parțial implementat</p>

<p>1.2. ajustarea reglementărilor aferente proceselor, în situațiile excepționale de transportare a pacienților cu Sindrom coronarian acut de către echipele de urgență și ne/preluare de către instituțiile medicale (pct.5.5)</p>	<p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de CNAM</u></p> <p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: A fost evaluat gradul de accesibilitate a pacienților cu Sindrom coronarian acut către instituțiile medicale specializate. S-a constatat că accesul pacienților vizați la serviciile prestate în cadrul Programului special „Cardiologie intervențională” este în continuă perfecționare și este un serviciu prioritar în urgențele medicale.</p> <p>În același timp, pentru actualizarea Ordinului MS nr.235/2020, CNAM a elaborat proiectul scrisorii către MS privind examinarea posibilității reglementării repartizării/atașării teritoriilor administrative la prestatorii încadrați în Programul special „Cardiologie intervențională”, pentru modul de spitalizare programat. Astfel, pentru anul 2022 au fost negociate condiții noi de prestare, raportare și achitare a serviciilor medicale prestate în cadrul programului special „Cardiologie intervențională”, cu respectarea prevederilor Ordinului MS nr.235 din 06.03.2020.</p> <p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de MS</u></p> <p>Scrisoarea MS nr.16/741 din 25.02.2022: Prin Ordinul MSMPS nr.508 din 31 mai 2021 „Cu privire la organizarea misiunii Organizației Mondiale a Sănătății „Evaluarea sistemului de asistență medicală pentru consolidarea funcțiilor și capacităților sistemului de sănătate””, a fost distribuit către instituțiile medico-sanitare publice Chestionarul de evaluare a sistemului de asistență medicală de urgență. Totodată, prin Dispoziția MS nr.879-d din 18 noiembrie 2021 a fost instituit un grup de lucru, responsabil de elaborarea foii de parcurs pentru consolidarea sistemului de urgență medicală și a capacităților instituțional ca parte a sistemului de sănătate. În același timp menționăm că, conform prevederilor pct.10.18 din Planul de acțiuni al Guvernului pentru anii 2021-2022, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.235/2021, Ministerul Sănătății urmează să asigure accesul cetățenilor la servicii de urgență corespunzătoare, precum și la mijloace de transport specializate care să satisfacă nevoia de tratament și transport medical.</p>	<p>Implementat</p>
<p>4.1. asigurarea elaborării și aprobării metodologiei de raportare de către instituțiile de profil a volumului de servicii medicale prestate, precum și de determinare/calculare a numărului pacienților unici deserviți pe parcursul anului, în vederea utilizării rezultative a</p>	<p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de CNAM</u></p> <p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: Reprezentanții CNAM au participat la elaborarea raportului personificat în SIA „AMP” pentru pacienții deserviți în cadrul AMP. Totodată, se efectuează dezvoltarea continuă a SIRSM pentru elaborarea metodologiei de raportare personificate pentru pacienții care beneficiază SIP.</p> <p>Pentru a evalua accesul populației la SIP, în luna mai 2021, a fost formulat un set de rapoarte care urmau a fi dezvoltate în cadrul SIRSM. În acest scop, a fost elaborat caietul de sarcini pentru dezvoltarea acestora și înaintată cererea pentru organizarea achizițiilor publice pentru desemnarea dezvoltatorului acestor rapoarte. Ca urmare, au fost organizate 2 achiziții publice a serviciilor de mentenanță și</p>	<p>Parțial implementat</p>

<p>mijloacelor financiare contractate („per capita”) achitate și raportate de către CNAM (pct.4.3)</p>	<p>dezvoltare a SIRSM, la care nu a fost depusă nici o cerere. Astfel, la momentul actual, rapoartele nu sunt dezvoltate.</p> <p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de MS</u></p> <p>Scrisoarea MS nr.16/741 din 25.02.2022: SIA AMP este utilizat insuficient. Se menține înregistrarea dublă a datelor medicale (pe hârtie și electronică) cauzată de lipsa interoperabilității dintre SIA AMP, SIA AMS și serviciile de diagnostic și laborator. Aceasta reprezintă o povara enormă pentru lucrătorii medicali. Totodată, menționăm că volumul de servicii medicale prestat de către prestatorii de servicii medicale este format din vizite primare și repetate (consultații, investigații primare și repetate). Având ca bază, principiul de solidaritate în AOAM, un pacient consumă servicii multiple, repetate. <i>Respectiv, considerăm nerelevantă monitorizarea serviciilor per pacient.</i></p>	
<p>4.2. asigurarea evaluării părților componente ale cheltuielilor aferente serviciilor medicale prestate de instituțiile medicale, cu aprobarea tarifelor în baza calculelor justificative și echitabile, reieșind din domeniul, specificul și nivelurile instituțiilor medicale (pct.5.3)</p>	<p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de CNAM</u></p> <p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: Au fost aprobate noile valori relative și tarife pentru plata serviciilor medicale în DRG care urmează a fi implementate începând cu anul 2022 (Ordinul comun al MS și CNAM nr.1102/312A din 26.11.2021).</p> <p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de MS</u></p> <p>Scrisoarea MS nr.16/741 din 25.02.2022: Pentru asigurarea implementării noilor VR și tarifului de bază în sistemul de finanțare DRG, a fost aprobat Ordinul MSMPS și CNAM nr.1189/351-A din 14.12.2020 „Cu privire la ajustarea valorilor relative și tarifelor pentru metoda de plată a spitalelor DRG (Case-Mix)” în baza căruia expertul OMS a ajustat valorile relative prezentate de compania Eurohealth în cadrul proiectului „Modernizarea sectorului sănătății în Republica Moldova” finalizat în anul 2017. Ulterior, a fost aprobat Ordinul MSMPS și CNAM nr.1317/385-A din 31.12.2020 „Cu privire la pilotarea valorilor relative ajustate și tarifelor utilizate pentru metoda de plată a spitalelor DRG (Case-Mix)”, în baza căruia expertul OMS de comun cu CNAM și MS urmau să realizeze pe parcursul anului 2021 simularea mecanismului de plată DRG, utilizând valorile relative noi și tarifele de bază ajustate în vederea evaluării impactului aplicării noilor valori relative asupra bugetelor spitalelor. Prin urmare, pentru executarea ordinului sus-menționat, pe parcursul anului 2021 au fost realizate de către expertul OMS, de comun cu CNAM și MS, mai multe simulări în baza cazurilor executate de spitale în anul 2019 și anul 2021, în urma cărora a fost aprobat noul set de VR prin Ordinul MS și CNAM nr.1102/312-A din 26.11.2021 „Cu privire la aprobarea Listei categoriilor majore de diagnostice, grupelor de diagnostic (DRG) și valorilor relative asociate DRG”. Noul set de VR urmează să fie aplicat în sistemul</p>	<p>Implementat</p>

	<p>de finanțare DRG a prestatorilor de servicii medicale pentru cazurile acute începând cu anul 2022. Totodată, au fost calculate, utilizând algoritmul de clusterizare KMeans, tarifele de bază în sistemul de finanțare DRG pentru anul 2022 și aprobate prin Ordinul MS și CNAM nr.1221/344-A din 27.12.2021 "Cu privire la aprobarea tarifelor serviciilor medicale pentru anul 2022".</p> <p><i>Restul tarifelor utilizate în contractarea și finanțarea prestatorilor de servicii medicale de către CNAM pentru anul 2022, au fost calculate în baza Metodologiei stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare, aprobată prin Hotărârii Guvernului nr.1020/2011 „Cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare”, și ulterior aprobate prin Ordinul MS și CNAM nr.1221/344-A din 27.12.2021 "Cu privire la aprobarea tarifelor serviciilor medicale pentru anul 2022".</i></p>	
<p>4.3. evaluarea necesităților și accesului populației la servicii medicale de înaltă performanță</p>	<p><u>Răspuns/acțiuni întreprinse de CNAM</u></p> <p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: Pentru a evalua accesul populației la SIP, în luna mai 2021 a fost formulat un set de rapoarte care urmau a fi dezvoltate în cadrul SIRSM.</p> <p>În acest scop, a fost elaborat caietul de sarcini pentru dezvoltarea acestora și înaintată cererea pentru organizarea achizițiilor publice pentru desemnarea dezvoltatorului acestor rapoarte. Ca urmare, au fost organizate 2 achiziții publice a serviciilor de mentenanță și dezvoltare a SIRSM, la care nu a fost depusă nici o cerere. Astfel, la momentul actual, rapoartele nu sunt dezvoltate.</p> <p>În Planul de activitate al CNAM pentru anul 2022 este prevăzută acțiunea cu referire la analiza pachetului de servicii medicale de înaltă performanță (SIP) contractate din fondurile AOAM, cu următoarele sub acțiuni de realizat pe parcursul anului:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) analiza cadrului normativ și a modului de organizare a SIP contractate din fondurile AOAM; 2) evaluarea necesităților și accesului populației la SIP în baza rapoartelor generate de SIRSM; 3) analiza argumentării prescrierii SIP de către prestatorii de servicii medicale; 4) analiza și evaluarea pachetului și volumului SIP cu participarea Comisiilor de specialitate ale MS; 5) elaborarea propunerilor de modificare a Programului unic cu referire la lista SIP. <p>Menționăm că, în I trimestru al anului 2022, a fost analizat cadrul normativ și modul de organizare a SIP contractate din fondurile AOAM în baza ordinelor Ministerului Sănătății și CNAM.</p> <p>De asemenea, au fost examinate și analizate informații cu privire la SIP prestate în baza tehnologiilor înalt specializate în perioada anilor 2018-2021 în comparație cu datele despre serviciile medicale costisitoare din raportul OCDE și UE „Health at a Glance. Europa 2020”, informații din mediul on-line oferite de diverse surse statistice, inclusiv practica internațională privind modalitatea de prestare a investigațiilor de înaltă performanță în diverse țări, cât și dotarea cu aparataj performant.</p>	<p>Parțial implementat</p>

	<p>Răspuns/acțiuni întreprinse de MS</p> <p>Scrisoarea MS nr.16/741 din 25.02.2022: În scopul îmbunătățirii accesului populației la servicii medicale de înaltă performanță, s-a propus extinderea Listei serviciilor medicale de înaltă performanță (Anexa nr.5 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală), care a fost completată cu poziții noi (investigații de laborator, imagistică medicală, radiodiagnostic, medicină nucleară, endoscopice).</p> <p>Proiectul HG cu privire la modificarea Hotărârii Guvernului nr.1387/2007 pentru aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală a fost expediat Cancelariei de Stat prin scrisoarea Ministerului Sănătății nr.08/6412 din 28.12.2021 și este în proces de avizare.</p>	
<p>4.4. elaborarea și aprobarea, în modul stabilit, a criteriilor aferente delimitării activităților profilactice finanțate din fondul măsurilor de profilaxie de cele finanțate din fondul de bază, cu raportarea realizării indicatorilor aferenți subprogramelor bugetare</p>	<p>Răspuns/acțiuni întreprinse de CNAM</p> <p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: În baza Ordinului MS nr.967/2021 a fost creat un grup de lucru din reprezentanții MS și CNAM în scopul elaborării criteriilor de delimitare a activităților profilactice finanțate din fondul măsurilor de profilaxie de cele finanțate din fondul de bază.</p>	<p>Implementat</p>
	<p>Răspuns/acțiuni întreprinse de MS</p> <p>Scrisoarea MS nr.16/741 din 25.02.2022: Pentru executarea recomandărilor de la pct.4.4, MS a elaborat și aprobat Ordinul nr.967 din 19.10.2021 „Cu privire la instituirea grupului de lucru”, prin care se prevede instituirea grupului de lucru responsabil de stabilirea criteriilor de delimitare a activităților profilactice, finanțate din fondul măsurilor de profilaxie de cele finanțate din fondul de baza si elaborarea propunerilor de modificare a actelor normative ce reglementează activitățile profilactice.</p> <p>Totodată, prin Ordinul comun MSMPS si CNAM nr.755/187-A din 06.08.2021 „Cu privire la modificarea Ordinului comun al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.51 din 28 ianuarie 2021”, au fost aprobate prioritățile de utilizare a mijloacelor financiare din fondul măsurilor de profilaxie aferente implementării programelor naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății pentru anul 2021. (sunt anexate Ordinile)</p>	
<p>Companiei Naționale de Asigurări în Medicină</p>		
<p>2.1. actualizarea și revizuirea bazei de date a pacienților din lista de așteptare și asigurarea transparenței accesului persoanelor asigurate la tratament costisitor (pct.6.2)</p>	<p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: În scopul perfecționării mecanismelor de monitorizare și evidență a listelor de așteptare, precum și asigurarea unei bune gestionări și transparențe a acestora, CNAM a elaborat propuneri de modificare și completare a Ordinului comun al MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020, prin completarea Ordinului cu un capitol nou „Remiterea pacienților”.</p> <p>Totodată, în acest scop, la data 16.12.2021 a fost organizată o ședință comună în cadrul MS cu participarea reprezentanților MS, CNAM și a prestatorilor de servicii medicale, unde au fost puse în discuție mai multe solicitări apărute pe parcurs.</p>	<p>Neimplementat</p>

	<p>De menționat, că listele de așteptare sunt permanent actualizate prin includerea lunară a pacienților noi în listă, precum și prin procesul de remitere a pacienților din lista de așteptare generală, la fel și excluderea pacienților din listă conform prevederilor ordinului în vigoare.</p> <p><i>De asemenea, CNAM a elaborat nota conceptuală privind dezvoltarea caietului de sarcini și implementarea sistemului informațional cu privire la gestionarea listelor de așteptare.</i></p>	
<p>2.2. evaluarea procesului de realizare a asistenței medicale urgente prespitalicești contractate cu instituțiile medicale private, prin prisma utilizării mijloacelor FAOAM și corespunderea cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale a volumului și costului serviciilor medicale (pct.5.1, pct.5.2)</p>	<p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: În perspectivă va fi elaborat proiectul Hotărârii de Guvern pentru a se vedea pct.19 din Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale pentru anul 2022, cu stabilirea prestatorilor ce prestează tipul de asistență urgentă.</p> <p>Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM pentru anul 2022, aprobate prin Ordinul comun al MS și CNAM nr.1227/350-A din 29.12.2021, prevăd că asistență medicală urgentă prespitalicească se acordă în cadrul sistemului AOAM de către prestatorii de servicii medicale, autorizați conform cadrului normativ, care în raporturile contractuale cu CNAM nu contractează de la alți prestatori acest tip de asistență medicală.</p> <p>Metoda de plată a fost stabilită „per capita”.</p>	<p>Implementat</p>
<p>5.1. asigurarea întreprinderii măsurilor ce se impun, în scopul asigurării continuității reformelor prin extinderea funcționalității SIA „Asistență Medicală Primară” și implementarea rețelei electronice „e-Rețetă”, cu stabilirea termenelor de realizare raportate (pct.6.4)</p>	<p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: CNAM a expediat 3 demersuri (nr. 01-07/1020 din 26.04.2021, nr.01-07/1676 din 19.07.2021 și nr.01-07/1759 din 30.07.2021) în adresa MS și BM cu referire la progresele înregistrate în anii 2020-2021 ce vizează dezvoltarea SIA „AMP”, modulul „e-Rețetă” și confirmarea derulării proiectului dat cu suportul Băncii Mondiale.</p> <p>Totodată, serviciile de dezvoltare a SIA „AMP” și a modulului „e-Rețetă” au fost prevăzute în Planul TIC a CNAM pentru anul 2022. Documentul a fost prezentat de către Direcția tehnologiei informaționale conducerii CNAM spre aprobare.</p> <p><i>În același timp, în Legea FAOAM pentru anul 2022, a fost prevăzută suma de 6,0 mln lei destinată acoperirii costurilor serviciilor de dezvoltare a SIA „AMP” și modulului „e-Rețetă”.</i></p>	<p>Parțial implementat</p>
<p>5.2. implementarea și aplicarea în cadrul SIA „Medicamente compensate” a filtrului de control ce ține de corectitudinea prescrierii medicamentelor (medicamentul, categoria de</p>	<p>Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: La etapa de elaborare a caietului de sarcini pentru achiziția sistemului IT „Dezvoltarea funcționalităților suplimentare a SIA „AMP” și interoperabilitatea acestuia cu alte sisteme informaționale”, CNAM a propus spre includere filtre de control la modulul „e-Rețetă”, conform recomandărilor CC, pentru a asigura corectitudinea prescrierii și eliberării medicamentelor compensate. Caietul de sarcini, care este partea componentă a Documentației de licitație inițiate de către BM, a fost definitivat de către MS și tradus în limba engleză. La data de 27.07.2021 reprezentanții CNAM au participat în cadrul ședinței de deschidere a ofertelor. Responsabil pentru acțiunile ulterioare</p>	

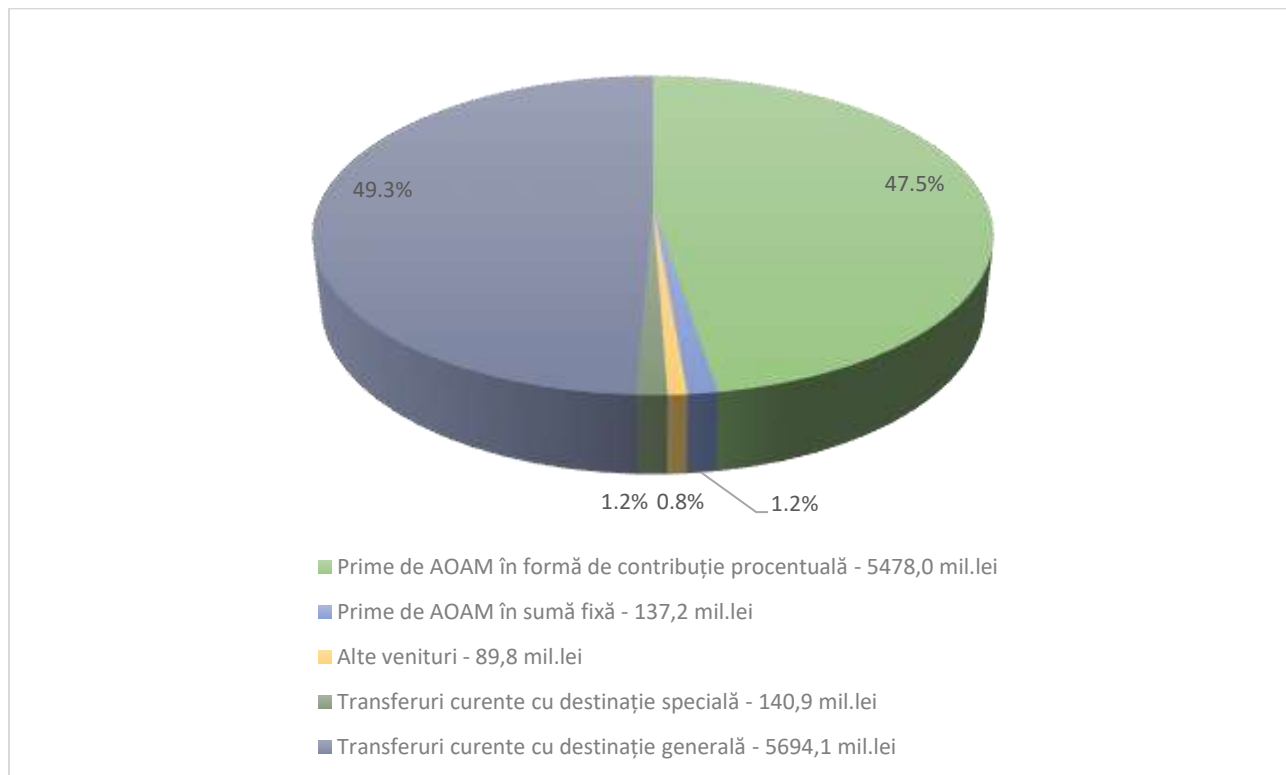
asigurare și maladia beneficiarului), în conformitate cu cerințele cadrului normativ (pct.6.4)	privind derularea procesului de achiziție a serviciilor de dezvoltare a SIA „AMP” și realizarea proiectului respectiv este MS.	
5.3. monitorizarea și controlul realizării contractelor de achiziție a serviciilor medicale, gestionării resurselor financiare alocate, asigurării revizuirii și ajustării cadrului de raportare a instituțiilor medicale, în condițiile realizării serviciilor medicale supra contract	Scris. CNAM nr.01-03/8 din 03.01.2022: A fost modificat și completat Ordinul comun al MS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul AOAM”.	Parțial implementat
Ministerului Finanțelor		
3. pentru asigurarea, de comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, completării Normelor metodologice aferente modului de întocmire a Rapoartelor privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, cu proceduri distincte de reflectare completă a veniturilor calculate (pct.3.1)	Cadrul regulator dispune de norme care ar asigura reflectarea veniturilor calculate în rapoartele anuale, și oferă utilizatorilor finali, o imagine de ansamblu privind reflectarea procesului integral de calculare, executare și raportare a veniturilor FAOAM.	Implementat

Informații privind contrapunerea fișelor-tip de urgentare cu listele generale de așteptare
în perioada anului 2021

Denumirea	Numărul cazurilor cu statut urgentate în lista de așteptare la 31.12.2021	Numărul cazurilor remise spre urgentare conform listei de așteptare	Numărul total de fișe-tip de urgentare a pacienților pe parcursul 2021	Numărul cazurilor cu statut urgentat în cazul cărora nu au fost prezentate de CNAM fișa-tip de urgentare	Numărul cazurilor cu statut urgentat conform fișei-tip în lista de așteptare	Numărul cazurilor remise spre realizarea intervenției, cărora nu i-a fost stabilit statutul de urgentat, deși a fost prezentată fișa-tip de urgentare	Numărul cazurilor ce nu au fost incluse în lista de așteptare conform fișei-tip
Lista de așteptare pentru tratament în cadrul Programului special „ <i>Protezarea articulațiilor mari</i> ”	364	364	433	8	288	87	38
Lista de așteptare pentru tratament în cadrul Programului special „ <i>Tratament operator pentru cataractă</i> ”	182	182	349	1	165	37	11
Total:	546	546	782	9	453	124	49

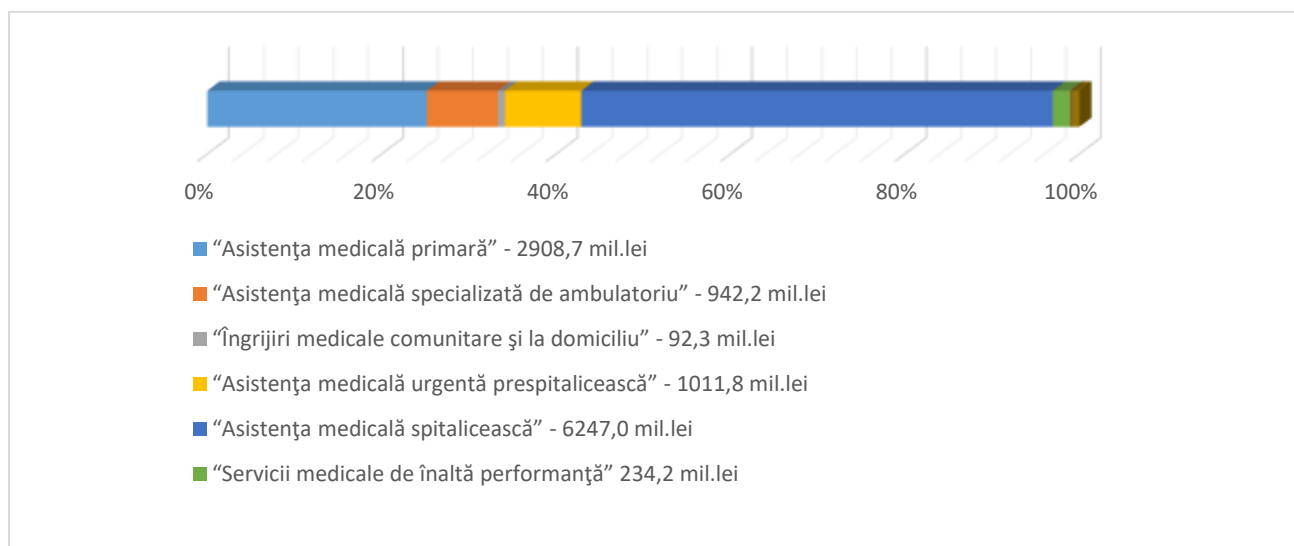
Sursa: Listele de așteptare, fișele-tip de urgentare a pacienților, pentru anul 2021.

Structura veniturilor FAOAM în anul 2021 (mil.lei)



Sursă: Raportul privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021 (Formularul nr.4 CNAM).

Structura cheltuielilor pe subprograme în totalul cheltuielilor FAOAM în anul 2021



Sursă: Raportul privind executarea subprogramelor de cheltuieli ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală la situația din 31 decembrie 2021 (Formularul nr.2 CNAM)

**Numărul beneficiarilor de medicamente compensate pe grupe de maladii,
în perioada 2018-2021**

Categorie maladie	Număr de beneficiari, 2018	Număr de beneficiari, 2019	Număr de beneficiari, 2020	Număr de beneficiari, 2021
Maladii cardiovasculare	431.463	453.160	439.421	459.686
Maladii ale aparatului digestiv	8.426	12.474	11.779	10.057
Boli endocrine	33.906	35.957	35.304	37.372
Maladii respiratorii	10.309	12.851	12.210	13.889
Boli psihice	22.455	22.992	19.669	20.238
Profilaxie la femei gravide	28.804	26.460	21.675	19.610
Profilaxie la copii 0-18 ani	47.656	42.987	27.091	25.246
Epilepsie	12.174	12.364	11.795	11.893
Diabet zaharat	101.621	108.737	108.382	113.247
Maladii reumatice	1.968	8.060	16.619	20.162
Epidermoliză buloasă	1.022	491	185	307
Boli de sistem și autoimune	4.419	4.670	4.034	4.939
Glaucom	13.001	14.318	14.137	13.304
Miastenia Gravis	135	145	150	139
Mucoviscidoză	2.157	2.184	1.011	1.136
Scleroză multiplă	97	136	137	170
Distrofie musculară Duchenne	-	-	-	8
Osteoporoză	-	-	-	109
Staționar de zi, adulți	71.685	83.278	59.033	91.841
Staționar de zi, copii	274.249	272.351	203.183	179.935

Sursa: Date prezentate de CNAM.