

INTRODUCERE

Sănătatea este un drept fundamental al omului, iar starea sănătății populației- un indice integrat al dezvoltării sociale a țării, o reflectare a bunăstării social-economice și morale, un factor decisiv de influență asupra potențialului economic, cultural și a forței de muncă a societății.

Menținerea și fortificarea sănătății este o sarcină primordială a statului, care prin implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală a creat un sistem garantat de protecție a intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății, oferind cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea unei asistențe medicale calitative, inclusă într-un Program unic de servicii medicale.

În numele statului, Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) organizează, desfășoară și dirijează procesul de asigurare obligatorie de asistență medicală, cu aplicarea procedurilor și mecanismelor admisibile pentru formarea fondurilor financiare destinate acoperirii cheltuielilor de tratament și profilaxie a maladiilor și stărilor, incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, controlul calității asistenței medicale acordate și implementarea cadrului normativ aferent asigurărilor de asistență medicală.

Programul de activitate al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în perioada de referință a avut drept obiective:

- dezvoltarea continuă a sistemului AOAM;
- perfecționarea cadrului legislativ și normativ, eficientizarea aplicării în practică a prevederilor legislației în vigoare;
- finanțarea ritmică și la timp a instituțiilor medico-sanitare contractate, eficientizarea gestionării mijloacelor financiare conform destinației;
- asigurarea populației cu servicii medicale calitative și cost-eficiente în volumul prevăzut de Programul unic;
- perfecționarea contractării instituțiilor medico-sanitare și farmaceutice în baza unor criterii performante în vederea realizării Programului unic al AOAM;
- eficientizarea apărării drepturilor cetățenilor la ocrotirea sănătății;
- informarea populației despre avantajele AOAM și conștientizarea responsabilității pentru propria sănătate;
- selectarea priorităților în fortificarea sănătății, accentele fiind puse pe realizarea măsurilor cu caracter profilactic și combaterea maladiilor cu răspândire în masă, direcționând în acest scop mijloace financiare suficiente;
- perfecționarea managementului financiar și resurselor umane.

ACTIVITATEA DE EXPERTIZĂ MEDICALĂ.

CONTROLUL ACTIVITĂȚII PRESTATORILOR DE SERVICII MEDICALE.

Finanțarea ritmică și operativă, dreptul și posibilitățile egale ale populației la asistență medicală calitativă la toate nivelele de asistență medicală, monitorizarea activității instituțiilor medicale contractate de CNAM a dus la sporirea accesibilității populației la serviciile medicale.

Evaluarea activității prestatorilor de servicii medicale atestă creșterea responsabilității lucrătorilor medicali față de deservirea persoanelor asigurate, precum și a calității asistenței medicale acordate la toate nivelurile de asistență medicală.

Astfel,

În asistența medicală urgentă prespitalicească:

- accesul populației la acest tip de asistență medicală tinde spre condiții optime și asigură realizarea integrală a cerințelor din partea populației, este asigurată continuitatea în acordarea asistenței medicale;
- practic sunt excluse plângerile privind operativitatea și volumul asistenței medicale la etapa dată, investigațiile și volumul asistenței medicale sunt realizate conform standardelor aprobate;
- s-au îmbunătățit condițiile de activitate, dotarea tehnică, cu transport sanitar și asigurarea materială necesară, inclusiv cu medicamente;
- operativitatea și volumul acordat de asistență medicală de urgență prespitalicească, rezultatul final la etapa dată satisface populația.

În asistența medicală primară:

- s-a început înregistrarea populației în IMS ce prestează asistență medicală primară prin alegerea medicului de familie;
- s-a îmbunătățit asigurarea cu transport sanitar a CMF, CS;
- volumul asistenței medicale acordate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală creează condițiile necesare pentru excluderea coplăților pentru investigații și tratament ambulator;
- s-a îmbunătățit calitatea supravegherii gravidelor, prescrierea medicamentelor compensate pentru profilaxia și tratamentul anemiilor, în general a medicamentelor compensate și parțial compensate;
- a crescut calitatea supravegherii și tratamentul copiilor de vârstă 0-5 ani;
- s-a optimizat depistarea, supravegherea și tratamentul HTA, inclusiv cu medicamente compensate;
- s-a început implementarea îngrijirilor medicale la domiciliu.

În asistența medicală specializată de ambulator:

- se implementează și întră în deprindere programarea la medicul specialist din secția consultativă;

- reducerea considerabilă a serviciilor medicale (consultații, investigații, manopere), prestate contra plată la îndreptarea medicului de familie;
- trimiterea directă la investigații, consultația altui specialist, fără întoarcerea pacientului la medicul de familie în limitele aceluiași caz de boală;
- a fost optimizată lista afecțiunilor confirmate, care permit prezentarea directă la medicul specialist de profil corespunzător.

În asistența medicală spitalicească:

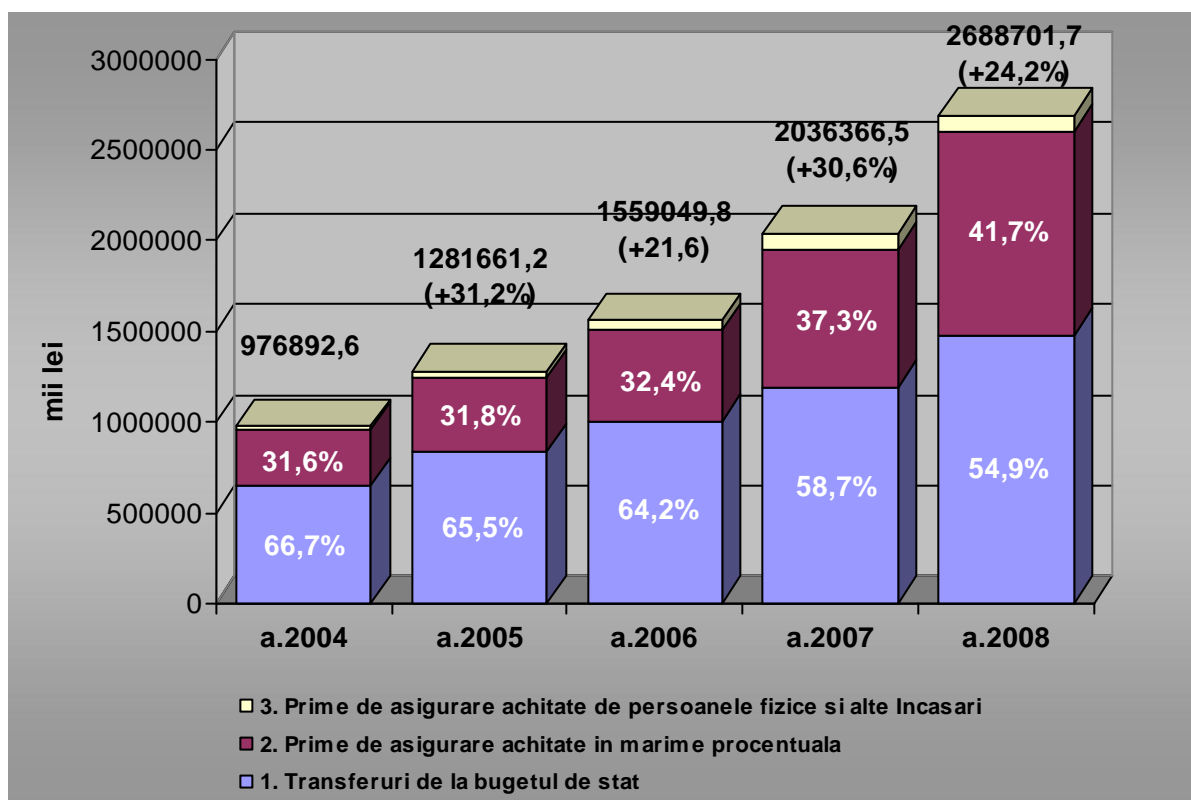
- s-au diminuat considerabil rândurile de spitalizare programată;
- se crează sisteme interne de control a calității și autoevaluare a serviciilor medicale acordate;
- volumul investigațiilor, asigurarea cu medicamente se apropie de cel stipulat în standardele medicale aprobate;
- se îmbunătățesc continuu condițiile hoteliere și alimentarea;
- se manifestă tendința spre individualizarea duratei de tratament în staționar.

Acumularea mijloacelor financiare în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pe tipuri de venit se prezintă în tabelul de mai jos:

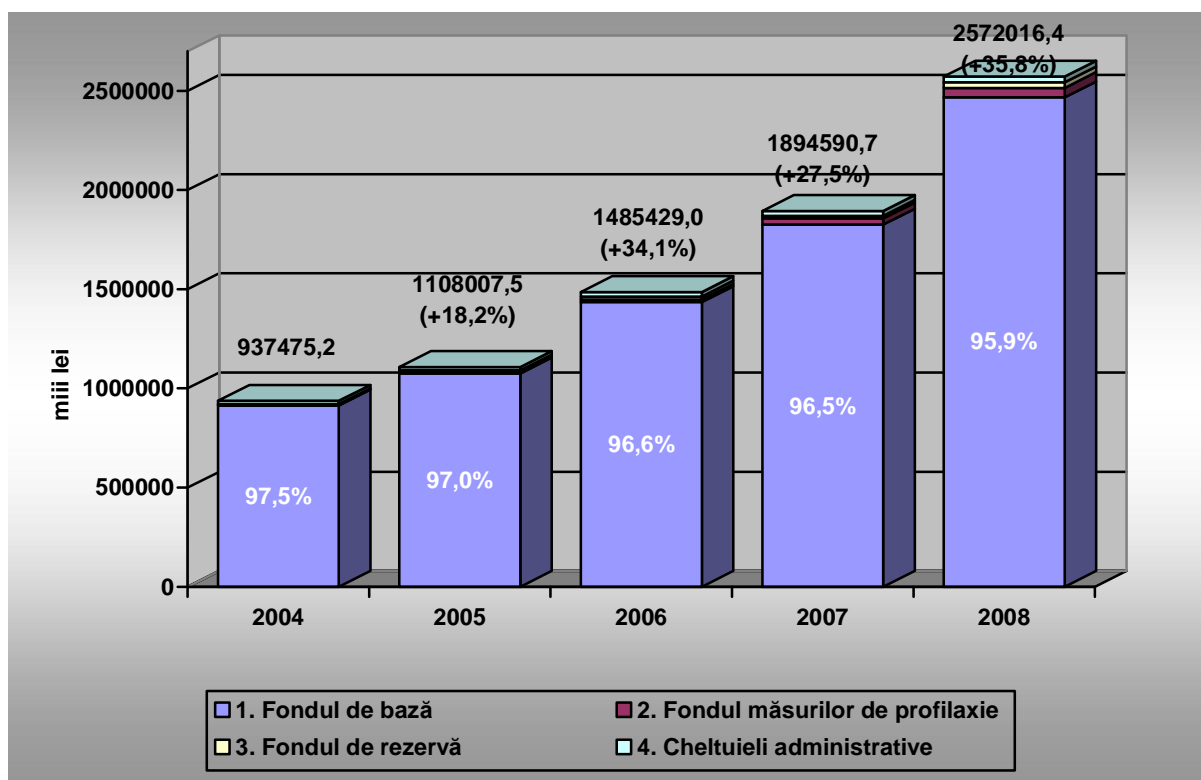
(mii lei)

VENITURI	anul 2008					Realizat anul 2007
	Prevăzut	Realizat	% realizări față de prevederi	% din total	Abaterea realizat anul 2008/ 2007	
1. Transferuri de la bugetul de stat	1 477 200,0	1 477 200,0	100,0%	54,9%	+282 200,0	1 195 000,0
2. Prime de asigurare achitate în mărime procentuală	1 129 000,0	1 120 906,0	99,3%	41,7%	+361 521,2	759 384,8
3. Prime de asigurare achitate de persoanele fizice și alte încasări	87 361,7	90 595,7	103,7%	3,4%	+8 614,0	81 981,7
TOTAL	2 693 561,7	2 688 701,7	99,8%	100,0%	+652 335,2	2 036 366,5

Structura și dinamica veniturilor FAOAM pentru anii 2004-2008



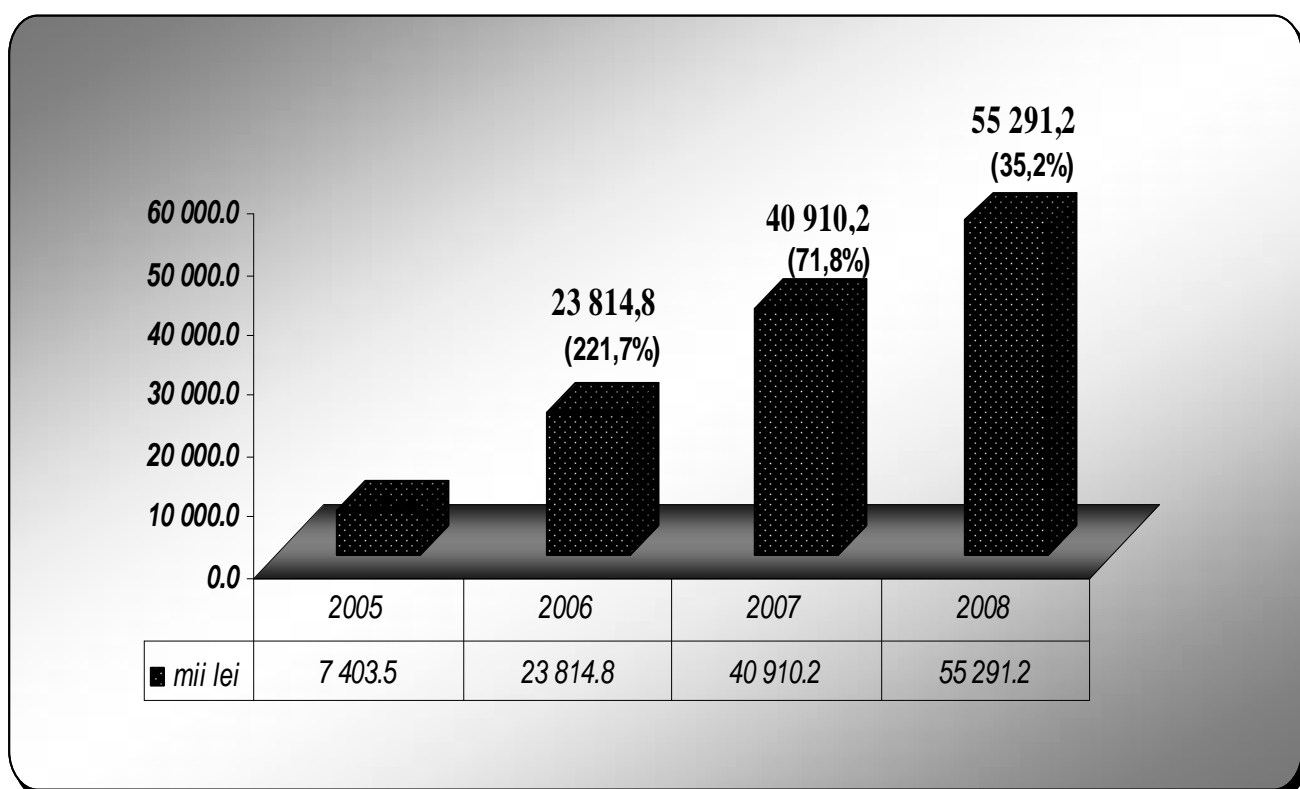
Structura și dinamica cheltuielilor FAOAM pentru anii 2004-2008



**Cheltuielile pentru medicamente compensate eliberate persoanelor
asigurate pe parcursul anilor 2005-2008**

(mii lei)

2005	2006			2007			2008		
Efectiv	Plan	Efectiv	Realizat	Plan	Efectiv	Realizat	Plan	Efectiv	Realizat
7 403,5	35 000,0	23 814,8	68,0%	42 260,0	40 910,2	96,8%	60 403,9	55 291,2	91,5%



Fondul de retribuire a muncii personalului medical

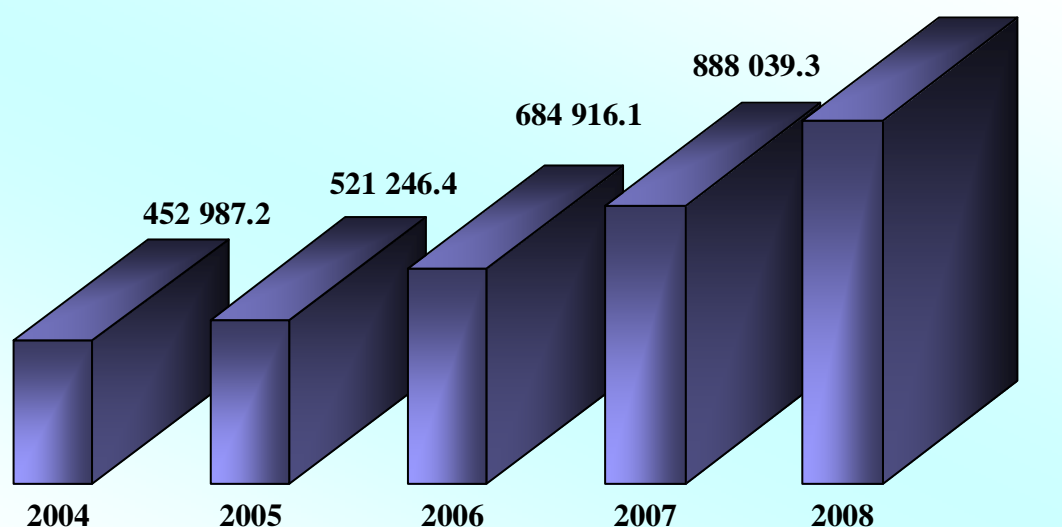
(lei)

	2004	2005	2006	2007	2008 estimativ
Fondul de retribuire a muncii	452 987.2	521 246.4	684 916.1	888 039.3	1 159 424.8

Evoluția fondului de retribuire a muncii personalului medical din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii 2004-2008

mii lei

1 200 000.0
1 000 000.0
800 000.0
600 000.0
400 000.0
200 000.0
0.0

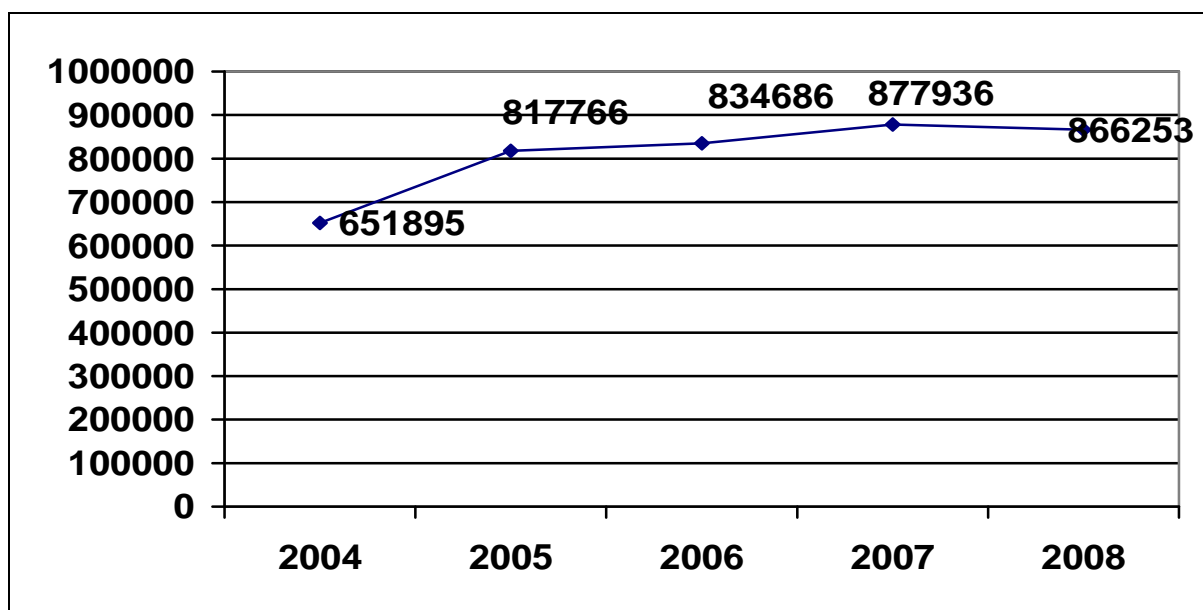


Dinamica salariului mediu lunar la o persoană pe categorii de personal pentru anii 2005-2008

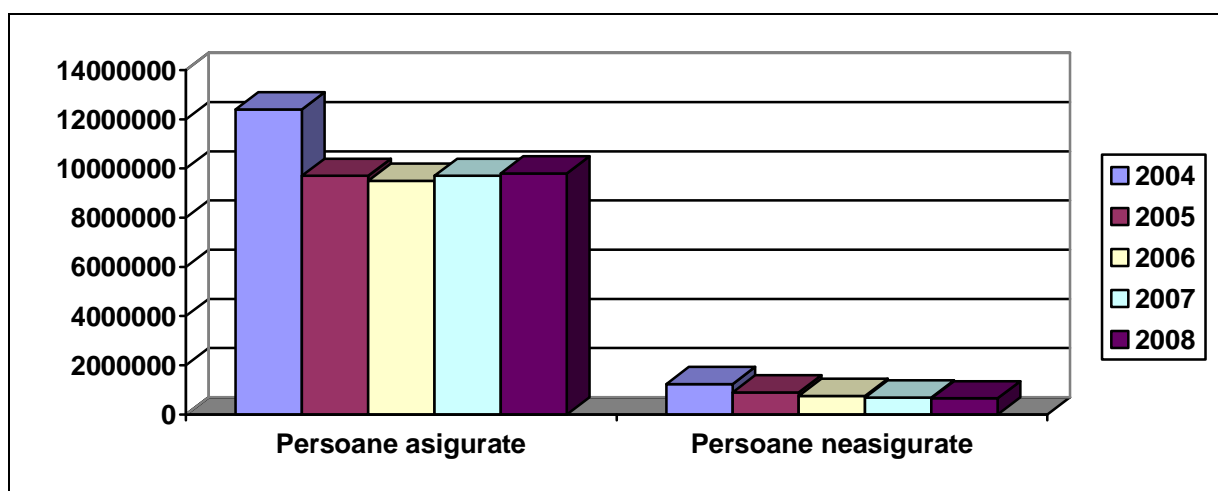
(lei)

Denumirea unității de personal	2005	2006	abaterea 2006/2005	2007	abaterea 2007/2006	2008 estimativ	abaterea 2008/2007
TOTAL	931	1 243	33,5%	1 598	28.6%	2 108	31.9%
inclusiv:							
Personal de conducere				4 698		5 315	13.1%
Medici	1 608	2 207	37,3%	2 766	25.3%	3 594	30.0%
Personal medical mediu	916	1 224	33,6%	1 592	30.1%	2 141	34.4%
Personal medical inferior	529	683	29,1%	846	23.9%	1 077	27.2%
Alt personal	824	1 059	28,5%	1 276	20.5%	1 666	30.6%

Numărul de solicitări prestate persoanelor asigurate



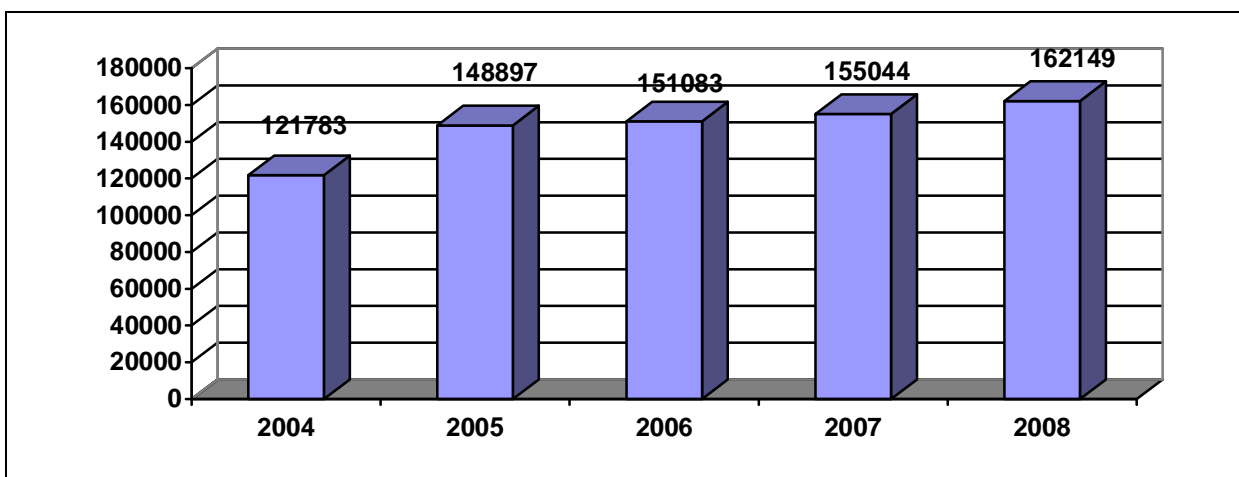
Vizite la medicul de familie



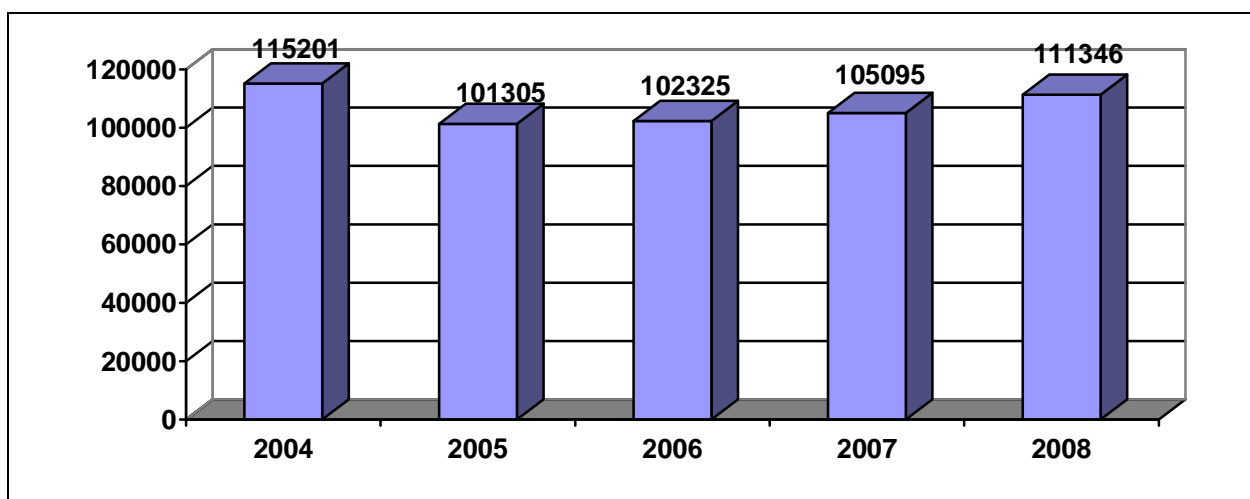
Numărul de vizite consultative prestate pe parcursul anilor 2004-2008

	2004	2005	2006	2007	2008
Total vizite	3 339 234	4 806 225	5 137 040	5 340 340	5 753 851
inclusiv: vizite în asistența medicală stomatologică	133 840	519 709	568 782	607 546	648 045

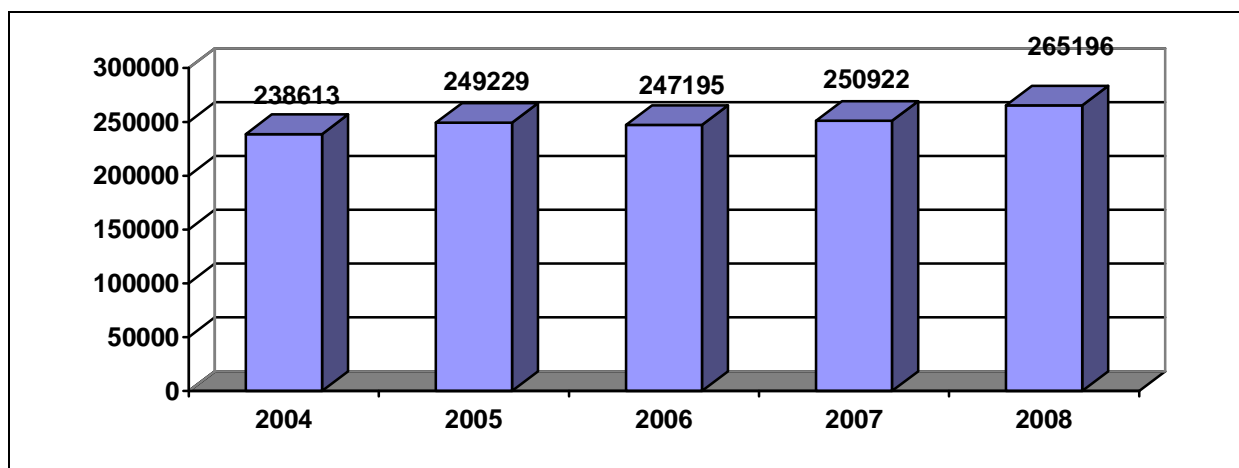
Activitatea IMS Republicane, Departamentale și Private
Cazuri realizate în limitele prevederilor contractuale



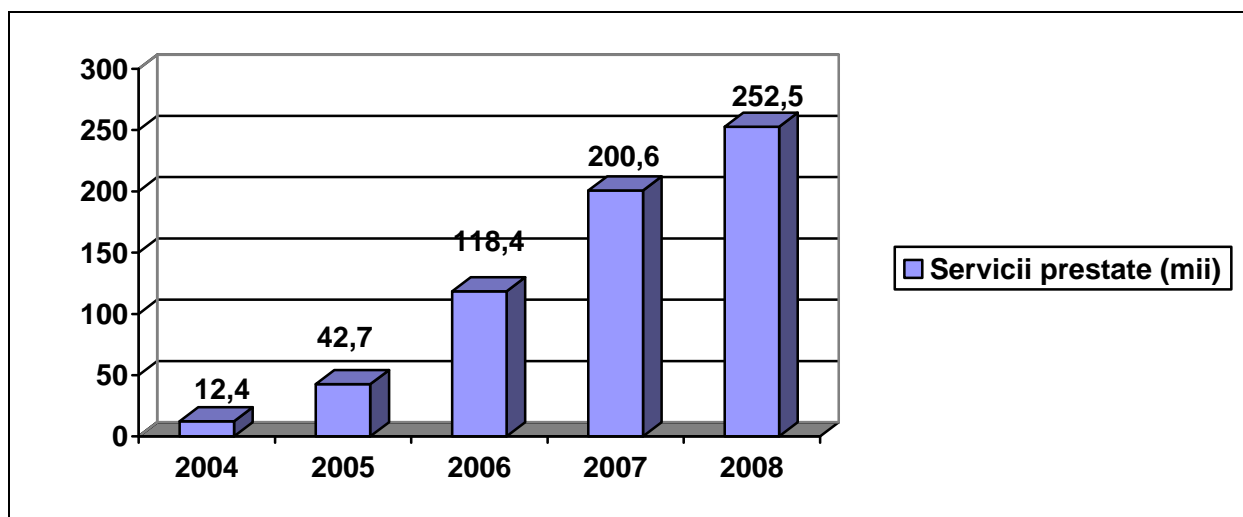
Activitatea IMS Municipale
Cazuri realizate în limitele prevederilor contractuale



Activitatea IMS Raionale
Cazuri realizate în limitele prevederilor contractuale



Servicii medicale de înaltă performanță (mii)



Servicii de înaltă performanță prestate pe parcursul anilor 2004-2008

Denumirea serviciilor	2004	2005	2006	2007	2008
Rezonanța magnetică nucleară	1168	1156	1262	1487	2056
Tomografia computerizată	2174	4296	7841	18 094	22 214
Aortografia	55	50	69	100	253
Coronarangiografia	151	287	472	705	1032
Scintigrafii	3836	5368	7364	10 274	11 762
Angiografii	-	223	446	484	1897
Determinarea ARN, ADN, agenților patogeni în materialul biologic	2297	3184	4534	4891	16 439
Investigații serologice	-	-	3034	8806	26 665

ACTIVITATEA ÎN DOMENIUL DEZVOLTĂRII SISTEMELOR ȘI TEHNOLOGIILOR INFORMAȚIONALE

În scopul executării Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2008 nr. 268-XVI din 07.12.2007, a Hotărârii Guvernului nr. 507 din 25 aprilie 2003 cu privire la elaborarea și implementarea sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” (SIA „AOAM”), precum și a automatizării procesului de eliberare, evidență și verificare a polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, a actualizării mecanismului de evidență a medicamentelor compensate, Compania Națională de Asigurări în Medicină a realizat în 2008 următoarele activități în domeniul dezvoltării sistemelor și tehnologiilor informaționale:

A fost continuată în mod progresiv dezvoltarea SIA „AOAM”. Astfel, în perioada aa. 2004-2007 au fost elaborate cerințele tehnice și caietul de sarcini ale SIA „AOAM”, a fost implementat în regim de exploatare industrială modulul (seturile de produse program „Evidența polițelor de asigurare al SIA ”AOAM” în oficiul central și 11 agenții teritoriale ale CNAM (agențiile teritoriale Bălți, Chișinău, Cahul, Comrat, Căușeni, Drochia, Hîncești, Orhei, Soroca, Taraclia, Ungheni), iar modulul (setul de produse program) „Verificarea și evidența polițelor de asigurare” al SIA ”AOAM” - în 45 instituții medico-sanitare. În prezent toate 11 Agenții Teritoriale ale CNAM eliberează polițe de tip nou în mod automatizat prin intermediul SIA „AOAM”. Aceasta permite o evidență exactă a polițelor de asigurare, precum și a altor indicatori.

În anul 2008 a fost implementat modulul (setul de produse program) „Verificarea și evidența polițelor de asigurare” al SIA ”AOAM” în 25 instituții medico-sanitare. În acest scop în anul 2007 au fost procurate 25 licențe corporative de la Ministerul Dezvoltării Informaționale, iar în anul 2008 s-a efectuat un șir de lucrări, utilizând tehnologiile informaționale de comunicație moderne (Internet, linie dedicată, VPN): rețelele locale ale IMSP au fost conectate în regim on-line la serverele SIA „AOAM” din agențiile teritoriale ale CNAM, a fost instalată și configurată pe calculatoarele IMSP partea client a SIA „AOAM”, pentru personalul IMSP au fost create în SIA „AOAM” nume de utilizator și configurate drepturi de utilizare în conformitate cu funcțiile exercitate.

A fost procurat și instalat echipamentul de calcul și periferic necesar funcționării SIA „AOAM” în oficiul central și agențiile teritoriale ale CNAM. Aceasta permite funcționarea adecvată a SIA „AOAM” și celorlalte complexe informaționale ale CNAM, precum și schimbul informațional între instituțiile CNAM, între CNAM și alte instituții publice și accesul la Internet. Locurile de muncă ale personalului CNAM au fost dotate cu calculatoare și tehnică periferică, necesare pentru eliberarea polițelor de asigurare. În total în 2008 pentru necesitățile SIA „AOAM” a fost procurată tehnică în suma de 314,225 mii lei.

În anul 2008 25 instituții medico-sanitare au fost conectate la rețeaua corporativă a CNAM, care conectează într-o rețea on-line unică rețeaua locală a oficiului central al CNAM, rețelele locale ale agențiilor teritoriale ale CNAM și rețelele locale ale IMSP, conectate la SIA „AOAM”. Rețeaua a fost creată utilizând

tehnologiile VPN, iar configurarea rețelei s-a efectuat în corespundere cu standardele de securitate, care permit fiecărui utilizator accesul numai la informația strict necesară. Către 01.01.2009 la rețeaua corporativă a CNAM au fost conectate în total 70 IMSP. În scopul menținerii rețelei corporative, în anul 2008 CNAM a procurat servicii de telecomunicație în sumă de 57 120 lei.

S-a efectuat instruirea și consultarea specialiștilor din cadrul IMSP în vederea utilizării SIA "AOAM". De asemenea, tuturor IMSP le-a fost transmis Ghidul utilizatorului SIA „AOAM” în formă electronică.

A fost continuată completarea bazei centrale de date a CNAM, care conține informația exhaustivă privind persoanele asigurate, polițele de asigurare și a fost asigurat accesul automatizat și autorizat al personalului IMSP, conectate la SIA ”AOAM”, la această informație.

A fost asigurată efectuarea actualizării automatizate a informației din baza de date a CNAM despre persoanele fizice și juridice, obținută din Registrul de stat al populației și Registrul de stat al unităților de drept. A fost elaborat un program pentru evidența corespondenței parvenite în adresa CNAM.

A fost modernizat SIA ”Medicamente compensate” în conformitate cu actele normative în vigoare. Au fost actualizați algoritmi de calcul al compensațiilor, nomenclatorul medicamentelor compensate, formatul datelor și rapoartelor generate, etc.

În rezultatul descentralizării și divizării IMSP, numărul IMSP în care a fost implementat SIA „AOAM” a crescut de la 70 la 110.

Neajunsurile în activitatea instituțiilor medico-sanitare:

La etapa asistenței medicale de urgență prespitalicească:

- asigurarea nesatisfăcătoare cu medici în deosebi în centrul și sudul republicii;
- multe cazuri de solicitare a AMU, puteau fi deservite de lucrătorii medicali din Asistența Medicală Primară;
- sunt rezerve în asigurarea volumului și calității asistenței medicale în unele substații;
- continuă acordarea asistenței medicale persoanelor neasigurate din sursele CNAM.

La etapa asistenței medicale primare:

- asigurarea nesatisfăcătoare cu medici, nivelul jos de calificare a celor în funcție, lipsa laboratoarelor clinice, dotare insuficientă cu aparatajul necesar;
- nivelul nesatisfăcător al bazei tehnico-materiale și înzestrării cu tehnică medicală;
- înlăturarea administrației publice locale de la soluționarea problemelor instituțiilor medicale în calitate de fondatori;
- informarea insuficientă a persoanelor asigurate de către medicul de familie referitor la modul sănătos de viață, volumul și modalitatea prestării serviciilor medicale inclusiv din fondurile de asigurări medicale;
- nerespectarea graficului flexibil de lucru cu dirijarea fluxului vizitelor de control;
- persistă problema realizării Programului Unic la compartimentul servicii profilactice, controlul medical anual profilactic al persoanelor asigurate peste 18 ani nu este asigurat la adresarea după ajutor medical. Asistența medicală de urgență, inclusiv la domiciliu este redirecționată AMU sau spitalizare de urgență;
- selectarea necalitativă a pacienților pentru tratament în condițiile de staționar, inclusiv a cazurilor programate;
- oformarea necalitativă a biletelor de trimitere la spitalizare, trimiterea nelegitimă la spitalizarea în instituțiile republicane și investigații performante;
- creșterea rapidă a prețurilor la medicamente, iar suma compensată alocată rămasă neactualizată proporțional, condiționează refuzul unor categorii de pacienți de a procura medicamentele compensate prescrise;
- persistă neajunsuri în organizarea și realizarea tratamentului în condiții de ambulator:
 - inițierea neargumentată (fără argumentarea prin date clinice și instrumentale) a cazului de tratament ambulator cu medicamente compensate;
 - necorespunderea diagnosticului clinic celui prevăzut în Regulamentul respectiv;

- monitorizare insuficientă;
- asigurare aritmică și incompletă cu medicamente, tratamentul fiind efectuat cu medicamente proprii ale pacientului, inclusiv și a consumabilelor;
- nerespectarea duratei de tratament conform standardelor în vigoare;
- includerea în raport a persoanelor neasigurate;
- raportarea cazului tratat la inițierea lui și nu la finisare;
- lipsa recomandărilor concrete după finisarea tratamentului, inclusiv privind tratamentul de susținere.

La etapa asistenței medicale specializate de ambulator:

- înzestrarea nesatisfăcătoare cu tehnică medicală, iar cea care funcționează e depășită de timp;
- asigurarea incompletă cu medici specialiști a secțiilor consultative din raioane;
- neajunsuri în programarea la medicii specialiști de profil, fapt care reduce accesibilitatea la consultații și duce la formarea rândurilor;
- ne respectarea volumului de investigații și intervenții medicale acordate persoanelor asigurate de către medicul specialist de profil conform Programului Unic, diagnosticul clinic nu este argumentat prin date clinice și paraclinice necesare;
- în asistența medicală stomatologică nu sunt respectate și realizate volumul și măsurile prevăzute în Programul unic, indicatorii de performanță a muncii personalului medical;
- selectarea necalitativă pentru spitalizare, completarea f. 027/e „Trimitere – extras” pentru consultații și spitalizare în instituțiile republicane cu mari defecte, fără investigațiile necesare și date despre supravegherea anterioară, medicii specialiști îndreaptă fără biletul de trimitere de la medicul de familie la tratament în instituțiile raionale și municipale.

La etapa asistenței medicale spitalicești:

- nu toate IMSP au trecut acreditarea;
- unii conducători ai IMS spitalicești cunosc superficial actele normative, care reglementează asistența medicală în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală ori le interpretează eronat;
- este semnificativ numărul instituțiilor cu înzestrare insuficientă cu instrumente și tehnică medicală, mobilier și inventar moale. Condițiile hoteliere și starea sanitară în mai multe staționare este practic sub nivelul normal de activitate, nu sunt create condiții elementare pentru respectarea igienei personale și colective, bolnavii nu sunt asigurați cu lingerie necesară;

- dirijarea insuficientă a spitalizării, persistă spitalizările de urgență, unele programate nu sunt întemeiate, mulți pacienți pot fi tratați în condiții de ambulator;
- asigurarea cu medicamente în unele IMSP este aritmică, uneori insuficientă, se dă prioritate procurării medicamentelor mai ieftine, dar nu și eficiente, nu totdeauna sortimentul include toate preparatele, incluse în Formularul Farmacoterapeutic al instituției, eliberarea medicamentelor din farmacie nu se efectuează în baza bonului personificat de comandă-livrare;
- prezența coplăților pentru procurarea medicamentelor (în deosebi la începutul anului) și investigații;
- nerespectarea standardelor medicale aprobate, inclusiv a duratei de tratament, unele externări neargumentate duc la prezența cazurilor nerezolvate, inclusiv spitalizarea pentru intervenție chirurgicală și neefectuarea ei, spitalizări repetate ale unuia și aceluiași bolnav într-un interval scurt în limitele unui caz de boală;
- alimentația bolnavilor după valoarea calorică și sortiment în mai multe instituții este insuficientă;
- efectuarea investigațiilor paraclinice sub nivelul standardelor (aplicarea tratamentului chirurgical fără investigațiile obligatorii, limitarea volumului de investigații necesare, ne repetarea investigațiilor cu schimbări patologice și altele);
- este modestă activitatea chirurgicală în unele instituții și secții chirurgicale, care nu întrece rata de 45 – 65%;
- deseori nu se administrează tratamentul bolilor concomitente, mai ales în secțiile cu profil chirurgical;
- sunt prezente în fiecare instituție multiple cazuri de perfectare necalitativă a documentației medicale și neajunsuri în observația bolnavilor, raportarea incorectă a profilului cazurilor tratate, preponderent la unul mai costisitor.

Cauzele principale care condiționează neajunsurile enumerate sunt:

➤ Lipsa în majoritatea instituțiilor unui management calitativ și unui control intern efectiv al calității serviciilor prestate. Dărilor de seamă, inclusiv privind îndeplinirea indicatorilor de calitate nu sunt verificate de persoanele, abilitate cu funcția respectivă, nu se controlează respectarea periodică a volumului de asistență medicală contractată.

➤ Inexistența standardelor medicale, protocoalelor clinice la etapele asistenței medicale primare, urgentă prespitalicească și specializată de ambulator.

➤ Conducătorii instituțiilor adesea reacționează formal la cerințele înaintate spre îndeplinire din dispozițiile directorului Companiei, AT, măsurile întreprinse de ei sunt neconcrete, puțin efective, răspunsurile conțin doar explicații și îndreptățiri.

➤ Lipsa unui cadru legislativ de sancționare pentru deficiențele comise.

➤ Cunoașterea încă insuficientă de persoanele asigurate a drepturilor și obligațiilor sale în asigurarea obligatorie în medicină.

Propuneri și soluții:

- ❖ respectarea necondiționată a legislației în vigoare și actelor normative din domeniul asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și a contractelor încheiate privind volumul și calitatea serviciilor prestate;
- ❖ asigurarea IMS cu cadre medicale, echipament, medicamente și consumabile în conformitate cu destinația la nivelul cerințelor reale;
- ❖ creșterea responsabilității și aportului fondatorilor în îmbunătățirea bazei tehnice a instituțiilor medicale și înzestrării lor cu aparataj și tehnică medicală;
- ❖ efectuarea sistematică a sondajelor pentru determinarea satisfacției pacienților asigurați de serviciile medicale acordate cu informarea conducătorilor IMS despre rezultatele lor;
- ❖ informarea mai amplă și veridică a persoanelor asigurate referitor la volumul și condițiile de prestare a serviciilor medicale în cadrul AOAM;
- ❖ îndeplinirea necondiționată a prevederilor Programului unic privind serviciile profilactice la etapa asistenței medicale primare și specializate de ambulator;
- ❖ îmbunătățirea dirijării procesului curativ din instituțiile spitalicești din partea conducerii acestor instituții, perfecționarea managementului calității și implementarea standardelor interne de control a calității, respectarea volumului de investigații pentru pacienții spitalizați, prevăzut în actele normative în vigoare;
- ❖ perfecționarea continuă a metodelor și calității monitorizării IMS din partea medicilor experți ai CNAM, a cunoștințelor lor în domeniul expertizei medicale;
- ❖ controlul permanent al executării dispozițiilor CNAM;
- ❖ încheierea obligatorie a contractelor bilaterale cu un alt prestator pentru serviciile, care nu se prestează (temporar sau permanent) în instituția dată;
- ❖ formarea unui mecanism de restituire de către IMSP a surselor financiare persoanelor asigurate pentru procurarea neargumentată a medicamentelor, achitarea investigațiilor paraclinice, altor servicii;
- ❖ a prevedea doar indicatorii de apreciere a calității în AMU la etapa prespitalicească cu excluderea celor cantitativi;
- ❖ introducerea indicatorului de performanță a muncii în AMP „Numărul persoanelor asigurate în mod individual în sectorul deservit”;
- ❖ de comun cu Agenția Medicamentului soluționarea problemei aprovizionării ritmice conform Formularului Național Farmacoterapeutic cu medicamente a instituțiilor medicale contractate;
- ❖ a prevedea achitarea diferențiată a cazurilor tratate cu medicamente procurate de pacienți;
- ❖ a lărgi după posibilități lista medicamentelor parțial compensate cu preparate pentru tratamentul unor maladii cronice, care necesită tratament de susținere permanentă;

❖ a prevedea în Contractele cu farmaciile implicate în asigurarea cu medicamente în sistemul AOAM obligativitatea de a informa CMF privind stocul de medicamente și realizarea sumei contractate.

Neajunsuri depistate în activitatea economico-financiară a IMSP

Administrația unor instituții medicale continuă nerespectarea cerințelor Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, Legii R.M. nr.96-XVI din 13.04.2007 „Cu privire la achiziții publice”, „Legii contabilității” nr. 113-XVI din 27.04.2007 și „Standardelor naționale de contabilitate 2 și 3”, „Stocuri de mărfuri și materiale”, “Componența consumurilor și cheltuielilor întreprinderii”, Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 594 din 14 mai 2002, HG nr.1593 din 29.12.2003 „Cu privire la salarizarea angajaților în IMSP”, Ordinului Ministerului Transportului și Gospodării Drumurilor nr.172 din 09.12.05 „Cu privire la aprobarea Normelor de consum a combustibilului și lubrifianților în transportul auto”.

Aceste abaterii au dus la folosirea mijloacelor bănești contrar destinațiilor, nerespectarea cerințelor devizului de venituri și cheltuieli, introducerea datelor vădit denaturate în dările de seamă prezentate la Companie și tratarea necalitativă a pacienților. Până la momentul de față la unele instituțiile medicale evidența medicamentelor se duce în mod manual, secțiile respective nu sînt aprovizionate cu rechizite de birou, calculatoare, ect. Instituțiile medicale nu respectă actele normative în vigoare privind Normele și Metodologia unică de evidență a medicamentelor și trecerea lor la cheltuieli, nu dispun de actele normative în vigoare, care reglementează organizarea alimentației pacienților.

Analizând contractele încheiate cu furnizorii pentru procurarea produselor alimentare și documentelor îndeplinite pentru petrecerea achizițiilor, s-a stabilit, că agenții economici, inclusiv SRL „Senad Prim” a prezentat la licitație în copii un set de documente: certificate veterinare, certificate de confirmare, pașapoarte de calitate, autorizație sanitară de funcționare nr.036848, cu termenele expirate, nevalabile, ștampilele nu se văd, semnăturile persoanelor, care au semnat aceste documente nu sînt clare, n-au fost prezentate copiile licențelor de activitate.

În timpul inventarierilor efectuate la depozitele de produse alimentare s-a depistat surplusuri, insuficiență de produse alimentare în sumă de 533,22 lei, inclusiv la Institutul de Neurologie și Neurochirurgie în sumă de 119,27 lei, la Spitalul de Psihiatrie Bălți în sumă de 74,99 lei, Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului în sumă de 331,32 lei, însă măsuri pentru înlăturarea acestor încălcări nu se iau, se limitează numai cu luarea la venit a surplusurilor sau restituirea prejudiciului cauzat.

Instituțiile medicale: Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni, Spitalul Raional Anenii Noi nu dispun de un șir de medicamente, care sunt obligatorii conform Formularului farmacoterapeutic.

La Institutul de Neurologie și Neurochirurgie materialele de construcție nu se trec la cheltuieli în baza actelor normative forma nr.29 întărită de MF, ci în baza actelor de decontare aprobate de către comisie și directorul general.

Verificând datoriile debitoare ale Institutului Oncologic la situația din 01 ianuarie 2008, s-a stabilit, că Prestatorul folosește mijloacele bănești nerațional, ca rezultat acționează negativ la tratarea și alimentarea pacienților asigurați. Exemplu: la data de 1 ianuarie 2008 datoriile debitoare au fost în sumă de 1344,3 mii lei. Din documentele contabile se vede, că firmei „Prahă” în luna ianuarie 2008 i-a fost transferată plata preventivă pentru repararea utilajului medical în sumă de 1149,5 mii lei.

Analogic, firmei „Misrai” SRL i-a fost transferată suma de 19,9 mii lei, Întreprinderii de stat „Cadastru” suma de 8,8 mii lei. Aceste sume au fost decontate în luna iunie 2008. Aceasta dovedește faptul, că Prestatorul nu folosește sursele financiare rațional.

Controlul corectitudinii îndeplinirii documentației la titularii de avans la Spitalul de Psihiatrie Bălți a stabilit un șir de încălcări, când se achita sumele de avans fără bonuri de plată și facturi în sumă de 2783,14 lei. Din contul asigurărilor medicale au fost efectuate cheltuieli pentru procurarea cartelelor de reîncărcare a telefoanelor în sumă de 1800 lei.

La clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „N.Testemițianu” nu se respectă cerințele Legii contabilității nr. 113-XVI din 27.04.2007, nu există o metodă unică de evidență a medicamentelor, o parte de medicamente se decontează în baza dărilor de seamă, iar o altă parte în baza ieșirilor de medicamente din farmacie. În afară de aceasta, evidența medicamentelor în contabilitate nu se duce pe subdiviziuni sau persoane cu funcții de răspundere individuală, cheltuieli pentru persoanele asigurate, neasigurate, ci în comun, ceea ce dovedește că datele reflectate în darea de seamă prezentată la Companie nu sînt obiective.

Evidența medicamentelor în secțiile Spitalului Raional Aneneii Noi nu se duce. În timpul efectuării inventarierii în secția de chirurgie s-a depistat surplusuri în sumă de 834 lei, care conform evidenței contabile erau decontate. Nu s-au respectat cerințele Ordinului Ministerului Transportului și Gospodării Drumurilor nr.172 din 09.12.05 „Cu privire la aprobarea Normelor de consum a combustibilului și lubrifianților în transport auto” și ca rezultat neargumentat s-a decontat benzină și motorină în sumă de 5,3 mii lei.

Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului: Controlul achitării din casa instituției medicale a mijloacelor bănești pentru rutele de transport tur-retur a bolnavilor cu insuficiență renală a stabilit, că banii din casă au fost eliberați nu prin bon de plată, unde să fie indicată familia, numele și prenumele, seria, numărul documentului de identitate, ci pe liste unde acești indici nu se indică, nerespectându-se astfel, cerințele stipulate în Hotărârea Guvernului RM nr.764 din 25.11.1992 privind aprobarea Normelor pentru efectuarea operațiunilor de casa în economia națională a Republicii Moldova.

În baza controalelor efectuate au fost întocmite dispoziții, care au fost expediate în adresa conducerii instituțiilor medicale urmărind scopul de a înlătura încălcările depistate. Din răspunsurile primite de la instituțiile medicale se vede, că majoritatea încălcărilor pe parcursul anului de activitate au fost înlăturate.

Analizând încălcările depistate în anul curent cu încălcările depistate în anii precedenți, se vede, că dacă în anii precedenți majoritatea mijloacelor bănești se folosea contrar destinațiilor, la momentul actual conducerea instituțiilor medicale, nu respectă cerințele devizului de venituri și cheltuieli, sunt majorate cheltuielile față de plan. Nu respectă cerințele unor acte normative ce reglementează modalitatea de ducere a evidenței contabile, eliberarea banilor din casă, ect.

Pe parcursul anului 2008 au fost folosite mijloace bănești contrar destinațiilor în sumă de 3793,5 mii lei, care se lămuresc prin faptul, că o parte din sursele financiare a fost achitată pentru remunerarea muncii în lipsa fondului de salarizare. Au fost reflectate cheltuieli efective nelegate de asigurările medicale în sumă de 5333,9 mii lei. Din contul unor compartimente s-au admis supracheltuieli de mijloace bănești pe alte compartimente în sumă totală de 3119,6 mii lei, s-au admis efectuarea supracheltuielilor efective față de plan în sumă de 6205,7 mii lei, inclusiv: Spitalul Ministerului Afacerilor Interne în sumă de 245,7 mii lei, Spitalul Republican al AC Sanatoriale și de Recuperare a Aparatului Guvernului în sumă 126,9 mii lei, Spitalul de Psihiatrie Bălți în sumă de 1152,8 mii lei și Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului în sumă de 4680,3 mii lei.

Contrar cerințelor HG nr.1593 din 29.12.2003 „Cu privire la salarizarea angajaților” în IMSP s-au utilizat la compartimentul „retribuirea muncii” mijloace bănești contrar distinațiilor în sumă totală de 2516,5 mii lei, inclusiv: Spitalul Ministerului Afacerilor Interne 5,3 mii lei, Spitalul Republican al AC Sanatoriale și de Recuperare a Aparatului Guvernului în sumă de 87,5 mii lei, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății în sumă de 917,6 mii lei, Spitalul de Psihiatrie Bălți în sumă de 101,6 mii lei, Spitalul Raional Anenii Noi în sumă de 91,7 mii lei, Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „N.Testemițianu în sumă de 36,9 mii lei și Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului în sumă de 1275,9 mii lei.

Aceasta dă dovadă, că secția de economie și planificare a Prestatorului, la începutul anului nu corect planifică devizul de venituri și cheltuieli pentru perioada de activitate, astfel, contabilitatea folosește nerațional mijloacele bănești, ce negativ acționează la tratarea pacienților asigurați și autoritatea Companiei.

Indicatorii de activitate ai A T:

Denumirea Agențiilor teritoriale	numărul controalelor	Suma încălcărilor depistate conform actelor de control	Suma mijloacelor bănești decontate nelegitim indicate în actele de control	Lichidarea încălcărilor depistate a cheltuielilor reale		Restituirea mijloacelor bănești la contul CNAM	
				conform dispoziției	conform scrisorilor IMSP	conform dispoziției	conform scrisorilor IMSP
Căușeni	26	-	254.4	-	-	254.4	-
Orhei	14	202.2	428.5	202.2	-	428.5	5.1
Taraclia	3	-	-	-	-	-	-
Ungheni	10	371.7	52.0	371.7	365,5	52.0	17.5
Bălți	12	688.0	471.5	688.0	140.5	471.5	38.6
Edineț	5	97.9	21.1	97.9	83.3	21.1	21.1
Chișinău	19	-	-	-	-	-	-
Cahul	19	577.7	154.0	577.7	-	154.0	78.0
Hîncești	6	401.3	387.1	399.8	20.7	17.9	10.6
Soroca	27	200.0	52.1	200.0	52.1	52.1	52.1
Comrat	22	-	-	-	-	-	-
TOTAL	163	2538.8	1820.7	2537.3	822.8	1451.5	230.3

Structura petițiilor parvenite în adresa CNAM și agențiilor teritoriale

