



CANCELARIA DE STAT A REPUBLICII MOLDOVA

Nr. 26/2-76-10548

Chișinău

04 octombrie 2023

Biroul Permanent al Parlamentului

În temeiul prevederilor art. 73 din Constituția Republicii Moldova, se prezintă spre examinare *proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)*, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. ~~44~~ 2023.

Responsabil de prezentarea în Parlament a proiectului de lege este Ministerul Sănătății.

Anexe (169 file):

1. Hotărârea Guvernului privind aprobarea proiectului de lege în limba română și rusă (2 file);
2. Proiectul de lege în limba română și rusă (12 file);
3. Nota informativă la proiectului de lege (10 file);
4. Sinteza obiecțiilor și propunerilor (50 file);
5. Tabelul comparativ (26 file);
6. Raportul de expertiză al Centrului Național Anticorupție (5 file);
7. Avizele Ministerului Justiției (2 file);
8. Alte avize (46 file);
9. Expertiza Grupului de lucru al Comisiei de stat pentru reglementarea activității de întreprinzător (16 file).

Secretar general adjunct al Guvernului


Roman CAZAN

Ex: Gînga Liliana
022 250-204

SECRETARIATUL PARLAMENTULUI REPUBLICII MOLDOVA		
D.D.P. Nr. <u>350</u>		
"04"	<u>10</u>	20 <u>23</u>
Ora		

Casa Guvernului,
MD-2033, Chișinău,
Republica Moldova

Telefon:
+ 373 22 250 104

Fax:
+ 373 22 242696



GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

HOTĂRÂRE nr. 747

din 4 octombrie 2023

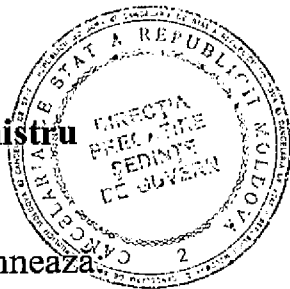
Chișinău

**Cu privire la aprobarea proiectului de lege pentru modificarea
unor acte normative (reglementări privind organizarea
sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)**

Guvernul HOTĂRĂȘTE:

Se aprobă și se prezintă Parlamentului spre examinare proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală).

Prim-ministru



Contrasemnează

DORIN RECEAN

Ministrul sănătății

Ala Nemerenco

Ministrul justiției

Veronica Mihailov-Moraru

PARLAMENTUL REPUBLICII MOLDOVA**LEGE****pentru modificarea unor acte normative
(reglementări privind organizarea sistemului asigurării
obligatorii de asistență medicală)**

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

Art. I. – Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 38-39, art. 280), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. Art. 4:

la alin. (2), textul „persoana juridică obligată prin lege să asigure riscul de îmbolnăvire al altor categorii de persoane a căror asigurare este de competența sa, cu excepția persoanelor angajate” se substituie cu textul „Guvernul pentru categoriile de persoane prevăzute la alin. (4)”;

la alin. (4) lit. h), cuvintele „și lăuzele” se substituie cu textul „, lăuzele și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani”;

la alin. (9) lit. f), cuvintele „Biroul migrație și azil” se substituie cu cuvintele „Inspectoratul General pentru Migrație”;

alin. (9¹) se completează cu lit. c) cu următorul cuprins:

„c) cererii și documentelor confirmative – pentru persoanele asigurate, menționate la alin. (4) lit. j), care au atins vârsta standard de pensionare conform legislației naționale, dar beneficiază de pensie din partea altui stat.”;

alin. (9²) se abrogă.

2. La art. 5 alin. (4) va avea următorul cuprins:

„(4) În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulatoriu și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, conform listei stabilite de Ministerul Sănătății, precum și în cazul urgențelor obstetricale (naștere, iminență de avort/naștere, avort spontan, sarcină extrauterină) se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.”

3. Art. 6:

la alin. (2), după cuvintele „prestatorii de servicii medicale” se introduc cuvintele „și farmaceutice”;

alin. (3) se completează cu lit. a¹) cu următorul cuprins:

„a¹) informației prezentate de Institutul Național al Justiției privind audienții cursurilor de formare inițială;”

la alin. (4), lit. d) va avea următorul cuprins:

„d) persoanelor care au achitat prima de asigurare în sumă fixă pentru anul de gestiune la 31 ianuarie al anului următor celui de gestiune, cu excepția cazurilor în care persoanele se află în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani;”

4. La art. 6¹ alin. (3), cuvintele „numărul de asigurare obligatorie de asistență medicală” se substituie cu cuvintele „seria și numărul buletinului de identitate provizoriu pentru persoanele care nu dețin număr de identificare de stat”.

5. Articolul 8 va avea următorul cuprins:

„Articolul 8. Prestarea serviciilor medicale peste Programul unic

(1) Volumul serviciilor medicale poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate.

(2) Prestatorii de servicii medicale acordă asistență în cadrul asigurărilor facultative de sănătate, fără a aduce prejudicii volumului și calității asistenței medicale acordate în conformitate cu Programul unic.”

6. La art. 10 alin. (2), lit. a) se abrogă.

7. Art. 11:

la alin. (2), lit. b) va avea următorul cuprins:

„b) să achite direct prestatorului de servicii medicale, la momentul acordării asistenței medicale, costul serviciilor medicale care i-au fost acordate peste volumul și condițiile prevăzute de Programul unic;”

alin. (3) se abrogă.

8. Art. 12:

alin. (2) va avea următorul cuprins:

„(2) Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept:

a) să încadreze în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală prestatorii de servicii medicale și farmaceutice prin încheierea contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) și eliberare a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

b) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;

c) să intenteze acțiuni prestatorului de servicii medicale sau lucrătorului medical, prestatorului de servicii farmaceutice în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat sănătății persoanei asigurate din culpa acestora;

d) să negocieze cu prestatorii de servicii medicale ofertele prezentate de aceștia pentru încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

e) să negocieze cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale prețul la medicamentele și/sau dispozitivele medicale compensate, de asemenea să încheie cu aceștia contracte în modul stabilit de Guvern;

f) să înainteze acțiuni în justiție împotriva angajatorilor și persoanelor juridice responsabile pentru gestiunea spațiilor publice închise sau semiînchise

de la locurile de muncă, care au admis fumatul, în vederea compensării cheltuielilor legate de tratamentul persoanelor bolnave, a căror îmbolnăvire a fost cauzată de expunerea la fumul de tutun.”;

alin. (3):

lit. a¹) va avea următorul cuprins:

„ a¹) să gestioneze mijloacele fondurilor stabilite de prezenta lege;”

la lit. c), c¹) și c²) cuvintele „să verifice” se substituie cu cuvintele „să evalueze și să monitorizeze”;

se completează cu lit. d¹) cu următorul cuprins:

„d¹) să pună la dispoziția persoanelor asigurate informații cu privire la serviciile medicale și farmaceutice, acoperite de mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la procedura și condițiile de acordare a acestora;”

lit. e) se abrogă;

lit. g):

la prima liniuță, după cuvintele „eliberarea medicamentelor” se introduc cuvintele „și dispozitivelor medicale”;

la liniuța a doua, după cuvântul „medicamentele”, în ambele cazuri, se introduc cuvintele „și dispozitivele medicale”, după textul „(DCI)” se introduce textul „/denumirile de dispozitive medicale”, după abrevierea „DCI” se introduce textul „/denumire de dispozitiv medical”;

după liniuța a doua se completează cu o liniuță cu următorul cuprins:

„- planurile de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și rapoartele de evaluare în termen de până la data de 10 a lunii următoare trimestrului de gestiune;”.

9. Art. 13:

la alin. (1) se completează cu textul „, , sunt acreditați, autorizați sanitar și sunt incluși în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate conform prevederilor Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995”;

se completează cu alin. (1¹) cu următorul cuprins:

„(1¹) La examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, Compania Națională de Asigurări în Medicină ține cont de următoarele:

a) necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

b) calitatea și eficiența formelor de diagnostic și tratament;

c) performanța dispozitivelor medicale calitatea consumabilelor și medicamentelor utilizate;

d) acoperirea geografică cu servicii medicale a populației;

e) disponibilitatea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;

f) neexecutarea obligațiilor contractuale de către prestatorul de servicii medicale față de Compania Națională de Asigurări în Medicină, care a determinat rezoluțiunea contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale);

g) calificarea personalului medical antrenat în prestarea serviciilor medicale;

h) satisfacția pacienților.”;

la alin. (2):

după cuvintele „eliberarea medicamentelor” se introduce textul „și/sau dispozitivelor medicale”;

lit. c) va avea următorul cuprins:

„c) darea de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală până la 01 aprilie a anului următor celui de gestiune.”

10. Art. 14:

la alin. (3), cuvintele „de plată” se substituie cu cuvintele „fiscale electronice”;

la alin. (5), enunțul al doilea va avea următorul cuprins: „Pentru suma dezafectată, depistată în urma evaluărilor efectuate, Compania Națională de Asigurări în Medicină va percepe suma dezafectată și o penalitate în mărime de 0,1% din suma depistată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație.”

11. Art. 15 va avea următorul cuprins:

„**Articolul 15.** Dreptul asigurătorului la acțiune în regres

Compania Națională de Asigurări în Medicină și agențiile ei teritoriale (ramurale) sunt în drept să ceară persoanelor juridice sau fizice responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanelor recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.”

12. La art. 16 alin. (1) lit. a) textul „(pe subprograme de servicii medicale și, separat, pe subprogram de servicii farmaceutice destinat pentru compensarea medicamentelor;)” se substituie cu textul „(fondul de bază)”.

13. Art. 18 va avea următorul cuprins:

„**Articolul 18.** Achitarea serviciilor medicale și farmaceutice

(1) Asigurătorul achită lunar sau trimestrial serviciile medicale, în funcție de mijloacele financiare disponibile, în baza facturilor fiscale electronice prezentate de prestatorii de servicii medicale, conform condițiilor stabilite în contract.

(2) Asigurătorul achită lunar serviciile farmaceutice prestate, în baza facturilor fiscale electronice prezentate de prestatorii de servicii farmaceutice, însoțite de rapoartele generate de sistemul informațional din gestiunea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la medicamente și/sau dispozitive medicale compensate, eliberate pacienților în perioada de gestiune.

(3) Asigurătorul este în drept să efectueze plăți în avans pentru serviciile medicale, conform condițiilor stabilite în contract.

(4) Modelele de registre și dări de seamă, modul de completare și termenul prezentării acestora se elaborează și se aprobă de asigurător în comun cu Ministerul Sănătății.”

Art. II. – Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2003, nr. 18-19, art. 57), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. Art. 14 se abrogă.

2. Art. 16 va avea următorul cuprins:

„**Art. 16.** – Categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr. 2 achită primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în mod individual.”

3. La art. 17 alin. (1¹), cuvintele „și sancțiunilor contravenționale conform prevederilor Codului contravențional al Republicii Moldova” se exclud.

4. Art. 21 va avea următorul cuprins:

„**Art. 21** – Ministerul Finanțelor va vira în contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină primele de asigurare obligatorie de asistență medicală calculate pentru categoriile de persoane prevăzute la art. 4 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Suma totală a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, stabilită anual prin legea bugetului de stat, va fi transferată în mărime deplină, fiind distribuită lunar în conformitate cu procedura de management al lichidităților bugetului de stat.”

5. La art. 22 alin. (1), cuvântul „începutul” se substituie cu textul „1 ianuarie a”.

6. Art. 23:

la alin. (2), cuvântul „începutul” se substituie cu textul „1 ianuarie a”;

se completează cu alin. (2¹) și (2²) cu următorul cuprins:

„(2¹) Persoanele fizice, incluse la 1 ianuarie a anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr. 2 și care se asigură în mod individual până la data de 31 martie, iar pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în mărime ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv, pot solicita restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă.

(2²) Restituirea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, prevăzute la alin. (2) și (2¹), precum și a celor achitate în plus se efectuează, la cerere, de către Compania Națională de Asigurări în Medicină,

conform modului stabilit prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.”

7. Art. 23¹ va avea următorul cuprins:

„**Art. 23¹.** – Persoanele fizice care achită primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă cu depășirea termenelor stabilite la art. 22 alin. (1) și art. 23 alin. (1) vor beneficia de asistență medicală în baza statutului de persoană asigurată care se acordă de către asigurător de la data achitării primei de asigurare pentru anul respectiv de gestiune și a penalităților aferente acesteia.”

8. Art. 24 se abrogă.

9. Art. 31 și 32 se abrogă.

10. La pct. 4 din anexa nr. 1, cuvintele „a judecătorilor și a procurorilor” se substituie cu cuvintele „realizate de Institutul Național al Justiției”.

Art. III. – Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008 (republicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2017, nr. 78-84, art. 100), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1. Art. 266 se abrogă.

2. Art. 266¹:

la alin. (1), cuvintele „de plată” se substituie cu cuvintele „fiscale electronice”;

la alin. (2¹), cuvintele „a rapoartelor anuale privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală” se substituie cu cuvintele „a dării de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”.

3. La art. 402 alin. (1), textul „art. 266 alin. (6),” se exclude.

4. Art. 413 va avea următorul cuprins:

„**Articolul 413.** Compania Națională de Asigurări în Medicină

(1) Contravențiile prevăzute la art. 266¹ alin. (1) și (2) se examinează de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

(2) Sunt în drept să examineze contravențiile prevăzute la alin. (1) și să aplice sancțiuni directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și adjuncții săi.”

Art. IV. – (1) Prezenta lege intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

(2) Guvernul, în termen de 6 luni de la data intrării în vigoare a prezentei legi, va modifica actele sale normative în conformitate cu aceasta.

Președintele Parlamentului

NOTĂ INFORMATIVĂ

la proiectul legii pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)

1. Denumirea autorului și, după caz, a participanților la elaborarea proiectului

Proiectul legii pentru modificarea unor acte normative a fost elaborat de către Ministerul Sănătății de comun cu Compania Națională de Asigurări în Medicină.

2. Condițiile ce au impus elaborarea proiectului de act normativ și finalitățile urmărite

Proiectul în cauză a fost elaborat în vederea modificării cadrului normativ aferent asigurării obligatorii de asistență medicală.

Condițiile care au impus elaborarea proiectului dat:

- În prezent mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani și care nu au posibilitate să se încadreze în câmpul muncii sau să obțină un venit nu au statut de asigurat în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Respectiv, se propune de a acorda mamelor neangajate, care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani, statut de persoană asigurată de către Guvern în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în vederea beneficiii de volumul integral de asistență medicală prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;

- În sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală persoanele au statut de asigurat până la 31 decembrie. Însă de multe ori legea anuală a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se publică la sfârșitul lunii decembrie, din care cauză persoanele care se asigură în mod individual nu pot achita prima până la anul nou și în primele zile din ianuarie care, ca regulă, sunt zile de odihnă. În cazul spitalizării acestor persoane, care nu au avut posibilitate să se asigure, există risc de corupție. Prin urmare, se propune ca să le fie menținut statutul de asigurat în luna ianuarie a anului următor celui de gestiune, pentru ca persoana să se conformeze și să achite prima;

- Actualmente liber-profesioniștilor care practică activitate în sectorul justiției, persoanelor neangajate care exercită independent profesiunea de medic de familie, în cazul suspendării activității acestora, pe durata concediului de maternitate sau a concediului pentru îngrijirea copilului cu vârsta de până la 3 ani nu li se menține statutul de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, similar persoanelor angajate aflate în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani. Prin urmare, se propune ca să le fie menținut statutul de asigurat acestor categorii pentru asigurarea unui tratament egal persoanelor care se află în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani, indiferent dacă au achitat prima în sumă fixă sau în formă de contribuție la salariu și la alte recompense;

- Inoportunitatea reglementării prin Hotărâre de Guvern a cerințelor de selectare a prestatorilor de servicii medicale întrucât acestea denotă un caracter general propriu spre reglementare în actul normativ superior Hotărârii de Guvern. Subsidiar, sunt în vigoare criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală care se modifică, se ajustează, se aprobă anul, în funcție de mijloacele disponibile în fondurile

asigurării obligatorii de asistență medicală. Aprobarea unor cerințe generale de selectare ar exclude problema modificării anuale a Hotărârii de Guvern în funcție de mijloacele disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în funcție de prevederile politicilor naționale în domeniul sănătății, fiind un proces complex care ar compromite contractarea prestatorilor de servicii medicale de către Compania Națională de Asigurări în Medicină în termenii necesari accesului populației la servicii medicale;

- Neachitarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă atrage după sine calcularea unei penalități în mărime de 0,1 % din suma datoriei pentru fiecare zi de întârziere, precum și răspunderea contravențională conform art. 266 alin. (2) din Codul contravențional. În condițiile în care Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023 nr. 358/2022 prevede că prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă constituie 12636 lei, pentru a evita presiunea financiară asupra persoanelor care nu s-au asigurat în mod individual, se propune excluderea răspunderii contravenționale pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termenul stabilit de Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală. Astfel, persoanele respective vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală, calculată conform art. 23 alin. (1) din Legea nr. 1593/2002, și penalitatea în mărimea prevăzută la art. 30 alin. (1) din legea prenotată.

Mai mult ca atât, proiectul în cauză a fost elaborat și întru executarea prevederilor pct.15.11 din Planul de acțiuni al Guvernului pentru anul 2023, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.90/2023, care prevede aprobarea modificărilor la Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și la Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008.

Respectiv, scopul proiectului este:

- asigurarea ocrotirii sănătății mamelor neangajate care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani, prin acordarea statutului de persoană asigurată de către Guvern;

- acoperirea din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală a urgențelor obstetricale (naștere, iminență de avort/naștere, avort spontan, sarcină extrauterină);

- sporirea gradului de conformare voluntară a persoanelor care achită primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă prin prelungirea statutului de persoană asigurată până la data de 31 ianuarie a anului următor celui în care au achitat primele;

- asigurarea unui tratament egal în raport cu persoanele angajate, prin menținerea statutului de persoană asigurată liber-profesioniștilor ce practică activitate în sectorul justiției, persoanelor neangajate care exercită independent profesiunea de medic de familie, în cazul suspendării activității acestora, pe durata concediului de maternitate sau a concediului pentru îngrijirea copilului cu vârsta de până la 3 ani;

- reglementarea condițiilor de încadrare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

- excluderea răspunderii contravenționale pentru neachitarea primelor de

asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termenul stabilit de lege (până la 31 martie), pentru a evita presiunea financiară asupra persoanelor care nu s-au asigurat în mod individual;

- precizarea unor reglementări pentru excluderea interpretărilor duale, degrevarea cadrului legislativ privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală de norme desuete.

3. Descrierea gradului de compatibilitate, pentru proiectele care au ca scop armonizarea legislației naționale cu legislația Uniunii Europene

Proiectul nu are scopul armonizării legislației cu legislația Uniunii Europene.

4. Principalele prevederi ale proiectului și evidențierea elementelor noi

Principalele prevederi ale proiectului vizează:

La art. I (privind modificarea Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală):

Art. 4:

prin modificarea propusă la alin. (2) se concretizează înțelesul termenului „asigurat”, or în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală calitatea de asigurat o are persoana fizică, obligată prin lege să-și asigure riscul propriu de a se îmbolnăvi și Guvernului pentru categoriile de persoane asigurate prevăzute în art. 4 alin. (4) al Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;

la alin. (4):

se propune acordarea statutului de persoană asigurată de către Guvern în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală mamelor neangajate care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani, în vederea asigurării dreptului acestora de a beneficia de volumul integral de asistență medicală prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Modificarea dată este în concordanță cu dispoziția art. 50 alin. (1) din Constituție, conform căreia mama și copilul au dreptul la ajutor și ocrotire specială. În plus, modificarea a fost recomandată atât de Oficiul Avocatului Poporului, cât și de Consiliul pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității;

revizuirea alin. (9) lit. f) se propune în contextul modificării denumirii Biroului migrație și azil al Ministerului Afacerilor Interne, conform Hotărârii Guvernului nr. 16/2023 cu privire la organizarea și funcționarea Inspectoratului General pentru Migrație;

în vederea formulării normelor derogatorii de la alin. (4) și (9) într-un singur alineat, se propune completarea alin. (9¹) cu lit. c) și, corespunzător, abrogarea alin. (9²).

La art. 5 alin. (4), modificarea propusă are ca scop asigurarea accesului femeilor neasigurate cu urgențe obstetricale (iminență de avort, iminență de naștere sau naștere, sarcina extrauterină, avort spontan) la asistență medicală specializată în condiții sigure. Aceasta va contribui la prevenirea complicațiilor, cazurilor de mortalitate maternă.

La art. 6:

modificarea alin. (3) are drept scop înlăturarea lacunei privind entitatea obligată să prezinte Companiei Naționale de Asigurări în Medicină informația despre audienții cursurilor de formare inițială, în vederea acordării statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, audienții fiind o categorie de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense;

prin norma de la alin. (4¹) se propune ca persoanele fizice care au achitat primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă până la finele anului de gestiune să aibă posibilitate de a beneficia în continuare de serviciile medicale în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală până la 31 ianuarie a anului de gestiune următor. Considerăm că aceste propuneri vor condiționa creșterea gradului de încredere a populației în oportunitățile sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală și, respectiv, de respectare de către persoanele neangajate și neasigurate de către Guvern a obligației legale de a se asigura în mod individual. Totodată, pentru asigurarea unui tratament egal persoanelor care se află în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani, indiferent dacă au achitat prima în sumă fixă sau în formă de contribuție la salariu și la alte recompense, se propune ca liber-profesioniștilor care practică activitate în sectorul justiției, persoanelor neangajate care exercită independent profesiunea de medic de familie, în cazul suspendării activității acestora pe durata concediului de maternitate sau a concediului pentru îngrijirea copilului cu vârsta de până la 3 ani, să li se mențină statutul de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, similar persoanelor angajate aflate în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani.

Modificarea art. 6¹ alin. (3) se propune pentru reglementarea evidenței în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a cetățenilor Republicii Moldova care au renunțat la IDNP în baza seriei și numărului buletinului de identitate provizoriu, eliberat în conformitate cu prevederile art. 3 alin. (1¹) lit. f) din Legea nr. 273/1994 privind actele de identitate din sistemul național de pașapoarte. Întrucât potrivit modificărilor operate în Legea nr. 1585/1998 prin Legea nr. 175/2018 pentru modificarea unor acte legislative, termenul „poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală” a fost substituit cu termenul „statut de persoană asigurată”, nu mai este relevantă evidența în Registrul de evidență a persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în baza numărului de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Art. 8 a fost prezentat în redacție nouă, fiind omise alin. (2), (4), (5) și (6), care nu țin de obiectul de reglementare al Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

În condițiile în care, de la 1 ianuarie 2023, gospodăria țărănească se înregistrează de către fondatorul ei la structura teritorială a organului înregistrării de stat în a cărei rază de competență se află unitatea administrativ-teritorială de nivelul întâi în care fondatorul deține teren, precum și ținând cont că, conform art. (3¹) din Legea nr. 142/2018 cu privire la schimbul de date și interoperabilitate, „Participanții publici sunt obligați să asigure prestarea serviciilor fără a solicita documente în cazul în care datele conținute în aceste documente sunt disponibile în resurse informaționale și pot fi consumate sau furnizate prin intermediul platformei de interoperabilitate” se propune abrogarea art. 10 alin. (2) lit. a). Corelativ, se va abroga art. 24 din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și art. 266 alin. (6) din Codul contravențional.

La art. 11 alin. (3) se abrogă, deoarece în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală se acordă de către prestatorii de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare. Astfel, prestatorii privați își stabilesc independent prețurile și tarifele la serviciile

prestate, în conformitate cu prevederile art. 6 din Legea nr. 845/1992 cu privire la antreprenariat și întreprinderi, iar în cazul instituțiilor medico-sanitare publice, costurile serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic se calculează în conformitate cu Metodologia aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1020/2011.

Principalele modificări ale art. 12 vizează:

excluderea dreptului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină de a participa la acreditarea prestatorilor de servicii medicale, pentru asigurarea corespunderii cu Legea nr. 552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate, care nu prevede un asemenea drept al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;

modificarea alin. (3) lit. c), c¹) și c²) se propune în vederea ajustării terminologiei utilizate, or Compania Națională de Asigurări în Medicină nu este un organ de control, iar una din atribuțiile principale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină este evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Concomitent, pentru transparența activității de evaluare, se stabilește că planurile de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și rapoartele de evaluare vor fi publicate pe pagina web oficială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

La art. 13:

ținând cont de exigențele clarității și previzibilității normelor juridice, condițiile de încadrare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se vor reglementa la nivel lege;

obligația prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice de a publica pe paginile lor web oficiale, iar în cazul în care nu dispun de pagină web oficială, să afișeze pe avizierul instituției, într-un loc vizibil și accesibil pentru public raportul anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, conform modelului aprobat de Guvern, în termen de 15 zile lucrătoare din data aprobării raportului de către Parlament, care nu este proprie prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, a fost substituită cu obligația de a publica darea de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. În conformitate cu prevederile Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014, Compania Națională de Asigurări în Medicină întocmește Raportul anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și, respectiv, asigură publicarea acestuia după aprobarea de către Parlament (a se vedea art. 73 alin. (1) și art. 23 alin. (2) lit. f) din legea sus-numită). Corespunzător, a fost ajustat art. 266¹ alin. (2¹) din Codul contravențional.

Art. 14:

la alin. (3) modificarea este condiționată de faptul că achitarea serviciilor medicale de către Compania Națională de Asigurări în Medicină se face în baza facturilor fiscale electronice. Din același considerent art. 18 a fost formulat în redacție nouă;

modificarea alin. (5) este în corelare cu prevederile Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 770/2022, conform căroră, recuperarea prejudiciului față de Compania Națională

de Asigurări în Medicină de către prestator se face în funcție de tipul acestuia și de perioada pentru care acesta a fost constatat. Astfel, în cazul neachitării benevole a penalității pentru dezafectarea de către prestatorii de servicii medicale a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și în cazul constatării dezafectării în contextul relațiilor contractuale precedente, prestatorul va recunoaște datoria față de Compania Națională de Asigurări în Medicină în evidența contabilă în baza pretenției recepționate și aceasta va fi reținută din contul transferurilor ulterioare către prestator.

Întrucât, potrivit art. 5 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, pentru asistența medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, acordate persoanelor neasigurate, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, noua redacție a art. 15 prevede acordarea dreptului de regres Companiei Naționale de Asigurări în Medicină împotriva persoanelor juridice sau fizice, responsabile de cauzarea prejudiciului sănătății persoanelor asigurate și neasigurate în vederea recuperării cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

La art. 16 alin. (1) lit. a) textul „(pe subprograme de servicii medicale și, separat, pe subprogram de servicii farmaceutice destinat pentru compensarea medicamentelor)” a fost substituit cu textul „(fondul de bază)”, deoarece conform alin. (1²) din același articol „Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se elaborează, se aprobă și se administrează în conformitate cu principiile, regulile și procedurile prevăzute de Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014.”. Totodată, art. 13 din Legea nr. 181/2014 prevede că bugetele se elaborează, se execută și se raportează în baza unui sistem unic de clasificare bugetară. Totodată, în legile anuale ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și în Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 594/2002, sintagma „fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice” se abreviază „fondul de bază”.

La art. II (privind modificarea Legii nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală):

Art. 14 se abrogă, deoarece dublează prevederile art.21 din Legea nr. 1593/2002.

Art. 16 a fost reprodus în redacție nouă pentru a degreva legea de norma desuetă de la alin. (2), ce prevede că „(2) Unitățile responsabile de evidența categoriilor de plătitori de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală, stabilite la anexa nr. 2, prezintă listele plătitorilor de prime după modelul și în termenele stabilite în acordul încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină.”. Conform art. 5 alin. (3¹) din Legea nr. 1585/1998 „Asigurarea obligatorie de asistență medicală a persoanelor neangajate și neasigurate din contul bugetului de stat se realizează în mod individual, prin achitarea primei de asigurare stabilite în sumă fixă, în mărimea, modul și termenele prevăzute de legislație.”. Totodată, art. 4 alin. (11) din aceeași lege stabilește că „Asigurătorul este în drept să acceseze, prin intermediul platformei guvernamentale de interoperabilitate, informații din bazele de date ale altor instituții și ale altor

autorități publice, necesare în scopul executării sarcinilor și atribuțiilor sale legale.”.

Art. 21 a fost formulat în redacție nouă, pentru a asigura corespunderea cu prevederile art.34 alin.(1) din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014, care stabilește că relațiile între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se realizează prin transferuri de la bugetul de stat. Totodată, în vederea precizării mecanismului de transferare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală de la bugetul de stat pentru persoanele asigurate de către Guvern, noua redacție a art. 21 prevede că suma totală a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, stabilită anual prin legea bugetului de stat, va fi transferată la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în mărime deplină, fiind distribuită lunar în conformitate cu procedura de management a lichidităților bugetului de stat.

Art. 23 se completează cu mecanismul de restituire a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă persoanelor care pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în mărime, ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv.

Se propune a fi abrogată prevederea de la art. 23¹ ce ține de acordarea statutului de asigurat după expirarea a 7 zile calendaristice din momentul achitării primei de asigurare, deoarece se dorește activarea statutului de asigurat pentru persoanele fizice care achită primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă cu depășirea termenelor stabilite la art. 22 alin. (1) și art. 23 alin. (1), din momentul achitării primei de asigurare pentru anul respectiv de gestiune.

Art. 32 se propune a fi abrogat, deoarece repetă regula de la art. 49 alin. (2) din Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative, ce statuează că „Anexele sunt parte integrantă a actului normativ, au natura și forța juridică ale acestuia.”

La art. III (privind modificarea Codului contravențional nr. 218/2008):

Conform art. 22 alin. (1) din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărirea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală „Persoanele fizice incluse la începutul anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr.2 vor achita integral o primă de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termen de până la data de 31 martie a anului de gestiune”. Potrivit art. 23 alin. (1) din aceeași lege „Persoanele fizice care se includ în una din categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr. 2, după expirarea termenului stabilit la art. 22 alin. (1), vor achita, în termen de 30 de zile calendaristice de la data includerii în categoria respectivă, prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, în cuantum proporțional numărului de zile ale anului de gestiune în care nu au avut statut de persoană asigurată, inclusiv numărul de zile calendaristice rămase până la finele anului de gestiune.”. Neachitarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală atrage după sine calcularea unei penalități în mărime de 0,1 % din suma datoriei pentru fiecare zi de întârziere, precum și răspunderea contravențională conform art. 266 alin. (2) din Codul contravențional.

În condițiile în care Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023 nr. 358/2022 prevede că prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă constituie 12636 lei, pentru a evita presiunea

financiară asupra persoanelor care nu s-au asigurat în mod individual, se propune excluderea răspunderii contravenționale pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termenul stabilit de Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală. Astfel, persoanele respective vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală, calculată conform art. 23 alin. (1) din Legea nr. 1593/2002, și penalitatea în mărimea prevăzută la art. 30 alin. (1) din legea prenotată.

La fel, se propune de a exclude răspunderea contravențională pentru neînregistrarea în termenul stabilit de lege ca plătitori de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală a persoanelor juridice și fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat și a liber-profesioniștilor ce practică activitate în sectorul justiției, deoarece, potrivit modificărilor operate prin Legea nr. 270/2022, de la 1 ianuarie 2023, gospodăria țărănească se înregistrează de către fondatorul ei la structura teritorială a organului înregistrării de stat, totodată, informația privind eliberarea atestatului de mediator, a licenței de notar, de avocat, de executor judecătoresc sau de expert judiciar care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, a autorizației pentru activitatea de interpret și/sau traducător, de administrator autorizat va fi transmisă Companiei Naționale de Asigurări în Medicină prin intermediul platformei de interoperabilitate.

Întrucât proiectul urmărește protecția drepturilor omului, eliminarea unor norme desuete și a contradicțiilor între actele normative, în conformitate cu art. 56 alin. (3) din Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative, se propune ca legea să intre în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

5. Fundamentarea economico-financiară

Implementarea prevederilor proiectului legii în cauză se va realiza în limita bugetului fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală aprobat pe anul 2023 și prognozat pe termen mediu, care include și transferurile de la bugetul de stat pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate prevăzute la art. 4 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Transferurile de la bugetul de stat către fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă anual în Legea bugetului de stat pentru anul respectiv, conform formulei de calcul prevăzute la art. 9 din Legea 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, care stipulează că „Suma transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate prevăzute la art. 4 alin. (4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală 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”.

În Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023 nr.358/2022 au fost aprobate transferuri de la bugetul de stat în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în volum de 6 697,0 mil. lei pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate, prevăzute la art. 4 alin. (4) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. În acest context, luând în considerare numărul persoanelor asigurate de către Guvern la situația din 31.12.2022 de 1 583 517 persoane, prima de asigurare obligatorie

de asistență medicală calculată pentru persoanele enunțate mai sus constituie 4229,0 lei. Astfel, estimativ impactul financiar al propunerilor de includere în categoria de persoane asigurate de către Guvern a mamelor neangajate care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani va constitui circa 33,4 mil. lei/an (7 883 persoane * 4229 lei), având în vedere numărul de gravide, lăuze și parturiente neangajate, care în anul 2022 au fost asigurate de către Guvern (7 883).

Costul propunerii de acoperire din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală a urgențelor obstetricale (naștere, iminență de avort/naștere, avort spontan, sarcină extrauterină) va constitui circa 3,3 mil. lei/an, luând în considerare numărul de femei neasigurate (598) care în anul 2022 au beneficiat de servicii medicale aferente urgențelor obstetricale în asistența medicală spitalicească.

În contextul prevederilor propunerilor de completare a art. 23 al Legii nr. 1593/2002 cu alin. (2¹), aferent mecanismului de restituire a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă persoanelor care pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în mărime ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv, este de menționat că impactul financiar al acestora constituie 2028 lei/persoană. Anual circa 4000 de persoane prestează servicii în baza contractelor. Totodată, costul modificărilor poate varia în dependență de numărul persoanelor care vor îndeplini condiția legală (achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în mărime ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv) și vor solicita restituirea primei în sumă fixă.

Impactul financiar real al modificărilor în cauză se va putea determina după implementarea acestora în timp. De asemenea, protecția financiară a unor categorii de persoane vulnerabile, ar conduce la evitarea unor riscuri de îmbolnăviri mult mai grave, care vor condiționa cheltuieli suplimentare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pe viitor.

6. Modul de încorporare a proiectului în sistemul actelor normative în vigoare

Ca urmare a adoptării proiectului în cauză va fi necesar să fie ajustat Regulamentul privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018, și Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002. Corespunzător, art. IV al proiectului prevede obligația Guvernului de a aduce actele sale normative în concordanță cu prezenta lege.

7. Avizarea și consultarea publică a proiectului

Proiectul a fost avizat de către Ministerul Finanțelor, Cancelaria de Stat, Ministerul Infrastructurii și Dezvoltării Regionale, Ministerul Dezvoltării Economice și Digitalizării, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Consiliul pentru egalitate, Institutul Național al Justiției, Confederația Națională a Sindicatelor, Uniunea Executorilor Judecătorești, Camera Notarială, Uniunea Avocaților din Republica Moldova, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate, Asociația Investitorilor Străini, Uniunea Instituțiilor Medico-Sanitare Private.

Obiecțiile și propunerile autorităților și instituțiilor publice au fost discutate în

cadrul ședinței de lucru din data de 25 iulie 2023 cu participarea reprezentanților Cancelariei de Stat, Ministerului Muncii și Protecției Sociale, Consiliului pentru egalitate, Oficiului Avocatului Poporului.

Propunerile și recomandările autorităților publice, prezentate ca urmare a avizării repetate a proiectului, au fost examinate în cadrul ședinței interministeriale (interinstituționale) din 7 septembrie 2023, la care au participat reprezentanți ai Cancelariei de Stat, Ministerului Finanțelor, Serviciului Fiscal de Stat, Consiliului pentru egalitate. Asupra propunerilor neacceptate sau acceptate parțial s-a ajuns la consens.

În scopul respectării prevederilor Legii nr.239/2008 privind transparența în procesul decizional, Anunțul privind inițierea procesului de elaborare a proiectului legii pentru modificarea unor acte normative și Anunțul privind consultarea publică a proiectului au fost plasate pe pagina web oficială a Ministerului Sănătății – www.ms.gov.md, la rubrica „Transparența decizională”, și pe site-ul www.particip.gov.md - <https://particip.gov.md/ro/document/stages/elaborarea-proiectului-hotararii-guvernului-privind-aprobarea-proiectului-legii-pentru-modificarea-unor-acte-normative/10504>, <https://particip.gov.md/ro/document/stages/proiectul-legii-pentru-modificarea-unor-acte-normative-reglementari-privind-organizarea-sistemului-asigurarii-obligatorii-de-asistenta-medicala/10712>. De asemenea, părțile interesate au fost informate direcționat despre consultarea publică a proiectului.

Recomandările părților interesate au fost discutate în cadrul întrunirii consultative din data de 26 iulie 2023 cu participarea reprezentanților Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate, Asociației Investitorilor Străini, Uniunii Instituțiilor Medico-Sanitare Private.

8. Constatările expertizei anticorupție

În redacția propusă, proiectul nu conține factori de risc care să genereze riscuri de corupție (Raportul de expertiză anticorupție nr. EL023/8980 din 22.08.2023).

9. Constatările expertizei de compatibilitate

Proiectul nu transpune legislația Uniunii Europene.

10. Constatările expertizei juridice

Propunerile Ministerului Justiției au fost luate în considerare la definitivarea proiectului.

11. Constatările altor expertize

AIR-ul și proiectul de lege au fost examinate și susținute condiționat de către Grupul de lucru al Comisiei de Stat pentru Reglementarea Activității de Întreprinzător.

Ministru

Digitally signed by Nemerenco Ala
Date: 2023.09.15 21:21:31 EEST
Reason: MoldSign Signature
Location: Moldova



Ala NEMERENCO