



Parlamentul
Republicii Moldova

CPS - 06 nr. 204
08 noiembrie 2023

Comisia protecție socială, sănătate și familie

RAPORT

asupra proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)

(Nr.350 din 04.10.2023)

Lectura II

Comisia protecție socială, sănătate și familie, potrivit atribuțiilor sale funcționale în conformitate cu prevederile art.27 din Regulamentul Parlamentului, fiind sesizată în fond, a examinat în lectura a doua proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală), inițiativa legislativă a Guvernului, și comunică următoarele.

Prezentul proiect de lege a fost elaborat în vederea modificării cadrului normativ aferent asigurării obligatorii de asistență medicală, precizării și eliminării unor inconveniențe ce persistă în legislație.

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;

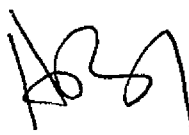
- excluderea răspunderii contravenționale pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termenul stabilit de

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 normele desuete.

În comisie au parvenit avizele consultative ale comisiilor parlamentare, Direcției Generale Juridice. Proiectul a suferit unele ajustări redacționale, ținându-se cont de tehnica legislativă, și este anexă a prezentului raport.

Cu votul unanim, comisia propune adoptarea în lectura a doua a proiectului de lege discutat.



Adrian BELÎI
Vicepreședintele Comisiei

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. La articolul 4:

alineatul (2) va avea următorul cuprins:

„(2) Asiguratul este persoana fizică obligată prin lege să își asigure riscul propriu de a se îmbolnăvi sau Guvernul, pentru categoriile de persoane prevăzute la alin. (4).”

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

la alineatul (9) litera f), sintagma „Biroul migrație și azil” se substituie cu sintagma „Inspectoratul General pentru Migrație”;

alineatul (9¹) se completează cu litera 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.”

alineatul (9²) se abrogă.

2. La articolul 5, alineatul (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. Articolul 6:

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

alineatul (3) se completează cu litera a¹) cu următorul cuprins:

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

la alineatul (4), litera d) va avea următorul cuprins:

„d) persoanelor care au achitat prima de asigurare în sumă fixă pentru anul de gestiune la data de 31 ianuarie a 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 articolul 6¹ alineatul (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 către prestatorul 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 articolul 10 alineatul (2), litera a) se abrogă.

7. Articolul 11:

la alineatul (2), litera 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;”

alineatul (3) se abrogă.

8. La articolul 12:

alineatul (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 de 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 înainteze acțiuni în justiție împotriva prestatorului de servicii medicale, lucrătorului medical sau 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 și 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.”

la alineatul (3):

litera a¹) va avea următorul cuprins:

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

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

alineatul se completează cu litera 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;”

litera e) se abrogă;

litera 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”, iar după abrevierea „DCI” se introduce textul „/denumire de dispozitiv medical”;

după liniuța a doua se introduce o liniuță nouă 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, până la data de 10 a lunii următoare trimestrului de gestiune;”.

9. La articolul 13:

la alineatul (1), cuvintele „care activează în conformitate cu legislația” se substituie cu textul „care sunt autorizați sanitar, acreditați, incluși în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de

servicii de sănătate, conform Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995, și care activează în conformitate cu legislația”.

articolul se completează cu alineatul (1¹) cu următorul cuprins:

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

- 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) gradul de satisfacție a pacienților.”

alineatul (2):

la literele a) și b), după cuvintele „eliberarea medicamentelor” se introduce textul „și/sau dispozitivelor medicale”;

litera c) va avea următorul cuprins:

„c) darea de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, până la data de 1 aprilie a anului următor celui de gestiune.”

10. Articolul 14:

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

la alineatul (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. Articolul 15 va avea următorul cuprins:

„Articolul 15. Dreptul asigurătorului la acțiune în regres

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

12. La articolul 16 alineatul (1), litera a) va avea următorul cuprins:

„a) fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice (fondul de bază);”.

13. Articolul 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 către 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. Articolul 14 se abrogă.

2. Articolul 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 articolul 17 alineatul (1¹), cuvintele „și sancțiunilor contravenționale conform prevederilor Codului contravențional al Republicii Moldova” se exclud.

4. Articolul 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 articolul 22 alineatul (1), cuvintele „începutul anului” se substituie cu textul „data de 1 ianuarie a anului”.

6. Articolul 23:

la alineatul (2), cuvintele „începutul anului” se substituie cu textul „data de 1 ianuarie a anului”;

articolul se completează cu alineatele (2¹) și (2²) cu următorul cuprins:

„(2¹) Persoanele fizice incluse la data de 1 ianuarie a anului de gestiune în una dintre categoriile de plătitori prevăzute la 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 achitate 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. Articolul 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 de gestiune respectiv și a penalităților aferente acesteia.”

8. Articolele 24, 31 și 32 se abrogă.

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

Art. III. – Codul contravențional 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. Articolul 266 se abrogă.

2. Articolul 266¹:

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

la alineatul (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 articolul 402 alineatul (1), textul „art. 266 alin. (6),” se exclude.

4. Articolul 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 către 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 aduce actele sale normative în concordanță cu aceasta.

PREȘEDINTELE PARLAMENTULUI