

Tabel comparativ la proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative

	Text în vigoare	Modificarea propusă	Text după modificare
I.	Art. I. Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală		
	<p>Articolul 4. Subiecții asigurării [...]</p> <p>(2) Asiguratul este persoana fizică obligată prin lege să-și asigure riscul propriu de a se îmbolnăvi sau 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. [...]</p> <p>(4) Guvernul are calitatea de asigurat pentru următoarele categorii de persoane neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova, specificate la alin.(9), cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual: [...]</p> <p>h) gravidele, parturientele și lăuzele; [...]</p> <p>(9) Evidența nominală a categoriilor de persoane asigurate de către Guvern, indicate la alin. (4), se ține de următoarele instituții abilitate ale Republicii Moldova: [...]</p> <p>f) Biroul migrație și azil – pentru categoria indicată la alin. (4) lit. o);</p>	<p>1. La art. 4:</p> <p>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)”.</p> <p>alin. (4) lit. h) cuvintele „și lăuzele” se substituie cu textul „, lăuzele și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani;</p> <p>la alin. (9) lit. f) sintagma „Biroul migrație și azil” se substituie cu sintagma „Inspectoratul General pentru Migrație”;</p>	<p>Articolul 4. Subiecții asigurării [...]</p> <p>(2) Asiguratul este persoana fizică obligată prin lege să-și asigure riscul propriu de a se îmbolnăvi sau Guvernul pentru categoriile de persoane prevăzute la alin. (4). [...]</p> <p>(4) Guvernul are calitatea de asigurat pentru următoarele categorii de persoane neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova, specificate la alin.(9), cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual: [...]</p> <p>h) gravidele, parturientele, lăuzele și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani; [...]</p> <p>(9) Evidența nominală a categoriilor de persoane asigurate de către Guvern, indicate la alin. (4), se ține de următoarele instituții abilitate ale Republicii Moldova: [...]</p> <p>f) Inspectoratul General pentru Migrație – pentru categoria indicată la alin. (4) lit. o); [...]</p>

	<p>[...]</p> <p>(9¹) Prin derogare de la prevederile alin. (4) și (9), acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează de către asigurator în baza:</p> <p>a) informației din Registrul de stat al populației – pentru persoanele asigurate menționate la alin. (4) lit. a);</p> <p>b) cererii și a documentelor confirmative – pentru persoanele asigurate menționate la alin. (4) lit. m), pentru elevii și studenții încadrați în sistemul de învățământ la nivelurile 3–8, conform art. 12 din Codul educației al Republicii Moldova, cu frecvență, care își fac studiile peste hotarele țării.</p> <p>(9²) Prin derogare de la alin. (4) și (9), acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru persoanele asigurate menționate la alin. (4) lit. j), ce au atins vârsta standard de pensionare conform legislației naționale, dar beneficiază de pensie din partea altui stat, se va efectua de către asigurator în baza cererii și a documentelor confirmative.</p>	<p>alin. (9¹) se completează cu lit. c) cu următorul cuprins:</p> <p>„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.”;</p> <p>alin. (9²) se abrogă.</p>	<p>(9¹) Prin derogare de la prevederile alin. (4) și (9), acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează de către asigurator în baza:</p> <p>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.</p> <p>(9²) - abrogat.</p>
3.	<p>Articolul 5. Principiile de organizare a asigurării obligatorii de asistență medicală</p> <p>[...]</p>	<p>2. La art. 5 alin. (4) va avea următorul cuprins:</p> <p>„(4) În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistență medicală urgentă</p>	<p>Articolul 5. Principiile de organizare a asigurării obligatorii de asistență medicală</p> <p>[...]</p> <p>(4) În cazul persoanelor neasigurate,</p>

<p>(4) În cazul persoanelor neasigurate, 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, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, conform listei stabilite de Ministerul Sănătății.</p>	<p>prespitalicească, asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator 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.”</p>	<p>cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența medicală specializată de ambulator 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.</p>
<p>Articolul 6. Statutul de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală [...]</p> <p>(2) Statutul de persoană asigurată conferă dreptul de a beneficia de volumul integral de asistență medicală prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și acordat de prestatorii de servicii medicale contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină.</p> <p>(3) Statutul de persoană asigurată se acordă de către asigurător în baza:</p> <p>a) informației aferente raporturilor de muncă pentru stabilirea drepturilor sociale și medicale prezentate de angajatori Serviciului Fiscal de Stat, potrivit formei și modului aprobat de Ministerul Finanțelor;</p>	<p>La art. 6:</p> <p>la alin. (2) după cuvintele „prestatorii de servicii medicale” se introduc cuvintele „și farmaceutice”;</p> <p>alin. (3) se completează cu lit. a¹) cu următorul cuprins:</p> <p>„a¹) informației prezentate de Institutul Național al Justiției privind audienții cursurilor de formare inițială;”;</p> <p>la alin. (4) lit. d) va avea următorul cuprins:</p> <p>„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 când persoanele se află în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani;”</p>	<p>Articolul 6. Statutul de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală [...]</p> <p>(2) Statutul de persoană asigurată conferă dreptul de a beneficia de volumul integral de asistență medicală prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de servicii medicale și farmaceutice contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină.</p> <p>(3) Statutul de persoană asigurată se acordă de către asigurător în baza:</p> <p>[...]</p> <p>a¹) informației prezentate de Institutul Național al Justiției privind audienții cursurilor de formare inițială;</p> <p>[...]</p> <p>(4) Statutul de persoană asigurată se</p>

<p>[...]</p> <p>(4) Statutul de persoană asigurată se suspendă în cazul:</p> <p>[...]</p> <p>d) persoanelor care au achitat prima de asigurare în sumă fixă pentru anul respectiv de gestiune la 31 decembrie;</p> <p>[...]</p>		<p>suspendă în cazul:</p> <p>[...]</p> <p>d) persoanelor care au achitat prima de asigurare în sumă fixă pentru anul respectiv de gestiune la 31 ianuarie al anului următor celui de gestiune, cu excepția cazurilor când persoanele se află în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani;</p> <p>[...]</p>
<p>Articolul 6¹. Evidența persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală</p> <p>[...]</p> <p>(3) Statutul persoanei fizice asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se confirmă prin interogarea electronică a sistemului informațional al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, utilizând numărul de identificare de stat sau numărul de asigurare obligatorie de asistență medicală.</p> <p>[...]</p>	<p>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”.</p>	<p>Articolul 6¹. Evidența persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală</p> <p>[...]</p> <p>(3) Statutul persoanei fizice asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se confirmă prin interogarea electronică a sistemului informațional al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, utilizând numărul de identificare de stat sau seria și numărul buletinului de identitate provizoriu pentru persoanele care nu dețin număr de identificare de stat.</p>
<p>Articolul 8. Prestarea serviciilor peste Programul unic</p> <p>(1) Volumul serviciilor prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate.</p>	<p>Art. 8 va avea următorul cuprins:</p> <p>„Articolul 8. Prestarea serviciilor medicale peste Programul unic</p> <p>(1) Volumul serviciilor medicale prestate poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate.</p>	<p>Articolul 8. Prestarea serviciilor medicale peste Programul unic</p> <p>(1) Volumul serviciilor medicale prestate poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate.</p>

<p>(2) Licența pentru efectuarea asigurării facultative de sănătate se eliberează în modul stabilit de legislație.</p> <p>(3) 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.</p> <p>(4) Tarifele la serviciile medicale și alte servicii prestate în cadrul asigurării facultative de sănătate se stabilesc prin acordul dintre asigurător, asigurat și prestatorul de servicii medicale.</p> <p>(5) Asigurarea facultativă de sănătate se efectuează din contul angajatorilor.</p> <p>(6) Mărimea primelor în asigurarea facultativă de sănătate se stabilește prin acordul părților.</p>	<p>(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.”</p>	<p>(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.</p>
<p>Articolul 10. Asiguratul</p> <p>(1) Asiguratul este în drept să obțină de la asigurător informații despre îndeplinirea de către acesta a obligațiilor sale legale față de persoanele asigurate.</p> <p>(2) Asiguratul, inclusiv mediatorii, notarii, avocații, executorii judecătorești, experții judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, interpreții și traducătorii, administratorii autorizați, este obligat:</p> <p>a) în cazul unităților și al persoanelor</p>	<p>6. La art. 10 alin. (2) lit. a) se abrogă.</p>	<p>Articolul 10. Asiguratul [...]</p> <p>(2) Asiguratul, inclusiv mediatorii, notarii, avocații, executorii judecătorești, experții judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, interpreții și traducătorii, administratorii autorizați, este obligat:</p> <p>lit. a) – abrogată.</p>

<p>fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat, al mediatorilor, al notarilor, al avocaților, al executorilor judecătorești și al experților judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, al interpreților și traducătorilor, al administratorilor autorizați, să se înregistreze ca plătitor de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală la agenția teritorială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de o lună de la data eliberării deciziei de înregistrare, a 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, administrator autorizat;</p> <p>[...]</p>		
<p>Articolul 11. Persoana asigurată [...] (2) Persoana asigurată este obligată: [...] b) să achite direct prestatorului de servicii medicale, la momentul acordării asistenței medicale, acea parte din costul serviciilor medicale ce i-au fost acordate peste volumul prevăzut de Programul unic; [...] (3) Mecanismul de stabilire a</p>	<p>7. La art. 11: 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.</p>	<p>Articolul 11. Persoana asigurată [...] (2) Persoana asigurată este obligată: [...] 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; (3) – abrogat.</p>

<p>costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți, prevăzute la alin. (2) lit. b), se aprobă de către Guvern.</p>		
<p>Articolul 12. Compania Națională de Asigurări în Medicină [...] (2) Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept :</p> <p>b) să participe la acreditarea prestatorilor de servicii medicale;</p> <p>c) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală ;</p> <p>d) să intenteze, acțiuni prestatorului de servicii medicale sau lucrătorului medical în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat sănătății persoanei asigurate din culpa acestora;</p> <p>e) să gestioneze fondurile stabilite de prezenta lege și să constituie suplimentar alte fonduri care au atribuție la medicină și sănătate.</p> <p>f) – abrogată;</p> <p>f¹) să negocieze cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale prețul la medicamentele și/sau dispozitivele medicale compensate, de asemenea să</p>	<p>8. La art. 12: alin. (2) va avea următorul cuprins: „(2) Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept :</p> <p>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;</p> <p>b) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>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;</p> <p>d) să negocieze cu prestatorii de servicii medicale ofertele prezentate de aceștia pentru încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p>	<p>Articolul 12. Compania Națională de Asigurări în Medicină [...] (2) Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept :</p> <p>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;</p> <p>b) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>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;</p> <p>d) să negocieze cu prestatorii de servicii medicale ofertele prezentate de aceștia pentru</p>

<p>încheie cu aceștia contracte în modul stabilit de Guvern;</p> <p>g) 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.</p> <p>(3) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:</p> <p>a) să realizeze, conform legii, asigurarea obligatorie de asistență medicală a cetățenilor Republicii Moldova și a străinilor prevăzuți de prezenta lege;</p> <p>a¹) să încheie cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, selectați conform criteriilor aprobate de Guvern, contracte 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;</p> <p>b) să atribuie/să suspende persoanelor, în modul stabilit, statutul de persoană asigurată;</p> <p>c) să verifice corespunderea cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor</p>	<p>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;</p> <p>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.”;</p> <p>alin. (3):</p> <p>lit. a¹) va avea următorul cuprins:</p> <p>„a¹) să gestioneze fondurile stabilite de prezenta lege;”</p> <p>la lit. c), c¹) și c²) cuvintele „să verifice” se substituie cu cuvintele „să evalueze și să monitorizeze”;</p> <p>se completează cu lit. d¹) cu următorul cuprins:</p> <p>„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;”</p> <p>alin. (3):</p>	<p>încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>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;</p> <p>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.</p> <p>(3) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:</p> <p>a) să realizeze, conform legii, asigurarea obligatorie de asistență medicală a cetățenilor Republicii Moldova și a străinilor prevăzuți de prezenta lege;</p> <p>a¹) să gestioneze mijloacele fondurilor stabilite de prezenta lege;</p> <p>b) să atribuie/să suspende persoanelor, în modul stabilit, statutul de persoană asigurată;</p> <p>c) să evalueze și să monitorizeze corespunderea cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate, precum și gestionarea</p>
---	--	---

<p>medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;</p> <p>c¹) să verifice dacă livrarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate, modalitatea de aprovizionare, de eliberare și de evidență a acestora, precum și de raportare a mijloacelor financiare care urmează să fie achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală corespund cu clauzele contractului privind eliberarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>c²) să verifice respectarea de către furnizorii de medicamente și dispozitive medicale a prevederilor contractelor încheiate cu asigurătorul;</p> <p>d) să apere interesele persoanelor asigurate;</p> <p>e) să încheie contracte de reasigurare.</p> <p>f) să asigure transparența în procesul decizional în modul stabilit de Legea nr. 239/2008 privind transparența în procesul decizional;</p> <p>g) să publice pe pagina sa web</p>	<p>lit. a¹) va avea următorul cuprins:</p> <p>„ a¹) să gestioneze mijloacele fondurilor stabilite de prezenta lege;”</p> <p>la lit. c), c¹) și c²) cuvintele „să verifice” se substituie cu cuvintele „să evalueze și să monitorizeze ”;</p> <p>se completează cu lit. d¹) cu următorul cuprins:</p> <p>„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;”</p> <p>lit. e) se abrogă;</p> <p>lit. g):</p> <p>la prima liniuță după cuvintele „eliberarea medicamentelor” se introduc cuvintele „și dispozitivelor medicale”;</p> <p>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”;</p> <p>după liniuța a doua se completează cu o liniuță</p>	<p>mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;</p> <p>c¹) să evalueze și să monitorizeze dacă livrarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate, modalitatea de aprovizionare, de eliberare și de evidență a acestora, precum și de raportare a mijloacelor financiare care urmează să fie achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală corespund cu clauzele contractului privind eliberarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>c²) să evalueze și să monitorizeze respectarea de către furnizorii de medicamente și dispozitive medicale a prevederilor contractelor încheiate cu asigurătorul;</p> <p>d) să apere interesele persoanelor asigurate;</p> <p>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;</p> <p>lit. e)- abrogată;</p> <p>f) să asigure transparența în procesul decizional în modul stabilit de Legea nr. 239/2008 privind transparența în procesul</p>
---	---	---

oficială:

– contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, contractele privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația, pentru fiecare contract, privind achitarea sumelor compensate de către asigurător pentru anul precedent, precum și contractele încheiate din mijloacele financiare, altele decât cele din fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice, în termen de 15 zile lucrătoare de la data încheierii acestora;

– rapoartele trimestriale privind mijloacele financiare achitate pentru medicamentele compensate, ce vor cuprinde informații privind toate medicamentele compensate eliberate de prestatorul de servicii farmaceutice în perioada de raportare, suma totală achitată de către asigurător, denumirile comune internaționale (DCI), cu indicarea, pentru fiecare DCI, a denumirii comerciale corespunzătoare, dozei, formei farmaceutice, a producătorului, a cantității compensate în unități nominale, a sumei compensate de către asigurător pentru fiecare unitate nominală, a sumei achitate de către pacient, precum și a numărului de

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;”

decizional;

g) să publice pe pagina sa web oficială:

– contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, contractele privind eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația, pentru fiecare contract, privind achitarea sumelor compensate de către asigurător pentru anul precedent, precum și contractele încheiate din mijloacele financiare, altele decât cele din fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice, în termen de 15 zile lucrătoare de la data încheierii acestora;

– rapoartele trimestriale privind mijloacele financiare achitate pentru medicamentele și dispozitivele medicale compensate, ce vor cuprinde informații privind toate medicamentele și dispozitivele medicale compensate eliberate de prestatorul de servicii farmaceutice în perioada de raportare, suma totală achitată de către asigurător, denumirile comune internaționale (DCI)/denumirile de dispozitive medicale, cu indicarea, pentru fiecare DCI/denumire de dispozitiv medical, a denumirii comerciale corespunzătoare, dozei, formei farmaceutice, a producătorului, a cantității compensate în unități nominale, a sumei compensate de către asigurător pentru

<p>beneficiari, până în data de 15 a lunii următoare trimestrului;</p> <ul style="list-style-type: none"> - deciziile integrale ale Consiliului de administrație al Companiei, în termen de 15 zile lucrătoare de la data ședinței Consiliului; - 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; <p>h) să-și exercite atribuțiile și responsabilitățile conform prevederilor prevăzute de Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014.</p>		<p>fiecare unitate nominală, a sumei achitate de către pacient, precum și a numărului de beneficiari, până în data de 15 a lunii următoare trimestrului;</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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;
<p>Articolul 13. Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice</p> <p>(1) În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală și farmaceutică se acordă de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și formă juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația.</p> <p>(2) Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sunt obligați să publice 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</p>	<p>9. Art. 13:</p> <p>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”;</p> <p>se completează cu alin. (1¹) cu următorul cuprins:</p> <p>„(1¹) La examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, Compania Națională de Asigurări în Medicină ține cont de următoarele:</p>	<p>Articolul 13. Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice</p> <p>(1) În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală și farmaceutică se acordă de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și formă juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația, 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.</p>

<p>accesibil pentru public:</p> <p>a) contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, precum și contractele privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind achitarea sumelor compensate de către asigurător pentru anul precedent, în termen de 15 zile lucrătoare din data încheierii acestora;</p> <p>b) deciziile Consiliului de administrație al prestatorilor publici de servicii medicale și farmaceutice/organului suprem de deliberare și decizie al prestatorilor privați de servicii medicale și farmaceutice în partea ce ține de utilizarea mijloacelor financiare aferente contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), precum și contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în termen de 15 zile lucrătoare de la data ședinței Consiliului;</p> <p>c) 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.</p>	<p>1) necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>2) calitatea și eficiența formelor de diagnostic și tratament;</p> <p>3) performanța dispozitivelor medicale, calitatea consumabilelor și medicamentelor utilizate;</p> <p>4) acoperirea geografică cu servicii medicale a populației;</p> <p>5) disponibilitatea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>6) 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);</p> <p>7) calificarea personalului medical antrenat în prestarea serviciilor medicale;</p> <p>8) satisfacția pacienților.”;</p> <p>la alin. (2):</p> <p>după cuvintele „eliberarea medicamentelor” se introduce textul „și/sau dispozitivelor medicale”;</p> <p>lit. c) va avea următorul cuprins:</p>	<p>(1¹) La examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, Compania Națională de Asigurări în Medicină ține cont de următoarele:</p> <p>1) necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>2) calitatea și eficiența formelor de diagnostic și tratament;</p> <p>3) performanța dispozitivelor medicale, calitatea consumabilelor și medicamentelor utilizate;</p> <p>4) acoperirea geografică cu servicii medicale a populației;</p> <p>5) disponibilitatea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>6) neexecutarea obligațiilor contractuale de către prestatorul de servicii medicale față de Compania Națională de Asigurări în Medicină, care au determinat rezoluțiunea contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale);</p> <p>7) calificarea personalului medical antrenat în prestarea serviciilor medicale;</p> <p>8) satisfacția pacienților.</p> <p>(2) Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sunt obligați să publice 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:</p>
---	---	---

		<p>„c) darea de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, până la data de 01 aprilie a anului următor celui de gestiune.”</p>	<p>a) contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, precum și contractele privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind achitarea sumelor compensate de către asigurător pentru anul precedent, în termen de 15 zile lucrătoare din data încheierii acestora;</p> <p>b) deciziile Consiliului de administrație al prestatorilor publici de servicii medicale și farmaceutice/organului suprem de deliberare și decizie al prestatorilor privați de servicii medicale și farmaceutice în partea ce ține de utilizarea mijloacelor financiare aferente contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), precum și contractelor privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în termen de 15 zile lucrătoare de la data ședinței Consiliului;</p> <p>c) darea de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, până la data de 01 aprilie a anului următor celui de gestiune.</p>
	<p>Articolul 14. Răspunderea subiecților sistemului asigurării de asistență medicală</p>	<p>10. Art. 14: la alin. (3) cuvintele „de plată” se substituie cu</p>	<p>Articolul. 14 Răspunderea subiecților sistemului asigurării de asistență medicală</p>

<p>[...]</p> <p>(3) Asigurătorul achită serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale și farmaceutice în modul și în termenele prevăzute în contractele încheiate cu ele, dar nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată. Răspunderea pentru achitarea cu întârziere este stipulată în contract.</p> <p>[...]</p> <p>(5) Nu se admite dezafectarea de către prestatorii de servicii medicale a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sînt stabilite conform legislației și contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Pentru suma dezafectată, depistată în urma evaluărilor efectuate, se 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, care se vor transfera la conturile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.</p>	<p>cuvintele „fiscale electronice”;</p> <p>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.”.</p>	<p>[...]</p> <p>(3) Asigurătorul achită serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale și farmaceutice în modul și în termenele prevăzute în contractele încheiate cu ele, dar nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii fiscale electronice. Răspunderea pentru achitarea cu întârziere este stipulată în contract.</p> <p>[...]</p> <p>(5) Nu se admite dezafectarea de către prestatorii de servicii medicale a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sînt stabilite conform legislației și contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. 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.</p>
<p>Articolul 15. Dreptul asigurătorului la acțiune în regres Compania Națională de Asigurări în</p>	<p>11. Art. 15 va avea următorul cuprins: „Articolul 15. Dreptul asigurătorului la acțiune în regres</p>	<p>Articolul 15. Dreptul asigurătorului la acțiune în regres Compania Națională de Asigurări în Medicină și agențiile ei teritoriale (ramurale)</p>

<p>Medicină și agențiile ei teritoriale (ramurale) sînt în drept să ceară persoanelor juridice sau fizice, responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanei asigurate, recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic.</p>	<p>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.”.</p>	<p>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.</p>
<p>Articolul 16. Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (1) În scopul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania Națională de Asigurări în Medicină constituie, din contul mijloacelor totale acumulate, și gestionează următoarele fonduri: a) fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice (pe subprograme de servicii medicale și, separat, pe subprogram de servicii farmaceutice destinat pentru compensarea medicamentelor); [...]</p>	<p>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)”.</p>	<p>Articolul 16. Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (1) În scopul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania Națională de Asigurări în Medicină constituie, din contul mijloacelor totale acumulate, și gestionează următoarele fonduri: a) fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice (fondul de bază); [...]</p>
<p>Articolul 18. Acoperirea cheltuielilor de tratament (1) Toate cheltuielile legate de acordarea către persoanele asigurate a asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic, asigurătorul le achită lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, conform facturilor</p>	<p>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.</p>	<p>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.</p>

<p>prezentate de prestatorii de servicii medicale .</p> <p>(2) Asigurătorul este în drept să achite în avans cheltuielile pentru prestarea serviciilor medicale, conform condițiilor stabilite în contract</p> <p>(3) Factura se perfectează de prestatorii de servicii medicale în baza calculației cheltuielilor conform registrului persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală în perioada respectivă.</p> <p>(4) Colectarea facturilor de la prestatorii de servicii medicale și analiza acestora o face asigurătorul prin intermediul agențiilor sale teritoriale (ramurale).</p> <p>(5) Modelele de registre, modul de perfectare și termenul prezentării lor se elaborează de Compania Națională de Asigurări în Medicină și se aprobă de Ministerul Sănătății.</p>	<p>(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.</p> <p>(3) Asigurătorul este în drept să efectueze plăți în avans pentru serviciile medicale, conform condițiilor stabilite în contract.</p> <p>(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.”</p>	<p>(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.</p> <p>(3) Asigurătorul este în drept să efectueze plăți în avans pentru serviciile medicale, conform condițiilor stabilite în contract.</p> <p>(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.</p>
<p align="center">Art. II. Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală</p>		
<p>Art.14. - Ministerul Finanțelor, va vira la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină transferurile (subvențiile), calculate ca prime de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru categoriile de persoane prevăzute la art. 4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, în cuantumul stabilit în</p>	<p align="center">1. Art. 14 se abrogă;</p>	<p align="center">Art. 14 - abrogat</p>

	<p>bugetul de stat.</p> <p>Art.16. – (1) Categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr.2 achită primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în mod individual.</p> <p>(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.</p>	<p>2. Art. 16 va avea următorul cuprins:</p> <p>„Art.16. - Categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr.2 achită primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în mod individual.”.</p>	<p>Art.16. - Categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr.2 achită primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în mod individual.</p>
	<p>Art.17. [...]</p> <p>(1¹) Evidența corectitudinii virării în termen la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă și aplicarea penalităților și sancțiunilor contravenționale conform prevederilor Codului contravențional al Republicii Moldova se efectuează de către agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.</p>	<p>3. La art. 17 alin. (1¹) cuvintele „și sancțiunilor contravenționale conform prevederilor Codului contravențional al Republicii Moldova” se exclud.</p>	<p>Art.17. [...]</p> <p>(1¹) Evidența corectitudinii virării în termen la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă și aplicarea penalităților se efectuează de către agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.</p>

<p>Art.21. - Ministerul Finanțelor va vira la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină transferurile (subvențiile), calculate ca prime de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru categoriile de persoane prevăzute la art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Suma totală a transferurilor, stabilită anual prin legea bugetului de stat, va fi distribuită în rate egale pentru fiecare lună a anului bugetar, fiind transferate în măsură deplină la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nu mai târziu de data de 27 a fiecărei luni de gestiune.</p>	<p>4. Art. 21 va avea următorul cuprins:</p> <p>„Art. 21 - Ministerul Finanțelor va vira la 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 măsură deplină, fiind distribuită lunar în conformitate cu procedura de management a lichidităților bugetului de stat.”</p>	<p>Art.21. - Ministerul Finanțelor va vira la 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 măsură deplină, fiind distribuită lunar în conformitate cu procedura de management a lichidităților bugetului de stat.</p>
<p>Art.22. – (1) 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. [...]</p>	<p>5. La art. 22 alin. (1) cuvântul „începutul” se substituie cu textul „1 ianuarie a”.</p>	<p>Art.22. – (1) Persoanele fizice incluse la 1 ianuarie a 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. [...]</p>
<p>Art.23. [...] (2) Persoanele fizice, incluse la începutul anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr. 2, care pe parcursul anului se includ în</p>	<p>6. Art. 23:</p> <p>la alin. (2) cuvântul „începutul” se substituie cu textul „1 ianuarie a”;</p> <p>se completează cu alin. (2¹) și (2²) cu</p>	<p>Art.23. (1) [...] (2) Persoanele fizice, incluse la 1 ianuarie a anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr.2, care pe parcursul anului se includ în una din categoriile</p>

<p>una din categoriile de plătitori prevăzute la pct.2 din anexa nr.1 și care confirmă achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă pentru anul respectiv vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense pentru perioada respectivă, cu posibilitatea de a solicita restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă achitată, în quantum proporțional numărului de zile din anul de gestiune în care acestea au făcut parte din categoriile de plătitori prevăzute la pct. 2 din anexa nr. 1.</p> <p>[...]</p>	<p>următorul cuprins:</p> <p>„(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 quantumul 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.</p> <p>(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.”.</p>	<p>de plătitori prevăzute la pct. 2 din anexa nr. 1 și care confirmă achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă pentru anul respectiv vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense pentru perioada respectivă, cu posibilitatea de a solicita restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă achitată, în quantum proporțional numărului de zile din anul de gestiune în care acestea au făcut parte din categoriile de plătitori prevăzute la pct. 2 din anexa nr. 1.</p> <p>(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 quantumul 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.</p> <p>(2²) Restituirea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, prevăzute la alin. (2) și (2¹), precum și a celor</p>
---	--	--

		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. [...]
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 după expirarea a 7 zile calendaristice din momentul achitării primei de asigurare pentru anul respectiv de gestiune și a penalităților aferente acesteia.	7. Art. 23 ¹ 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.”.	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.
Art.24. – Unitățile și persoanele fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat, mediatorii, notarii, avocații, executorii judecătorești, experții judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, interpreții și traducătorii, administratorii autorizați se vor înregistra la agenția teritorială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de o lună de la data eliberării deciziei de înregistrare, a	8. Art. 24 se abrogă.	Art. 24 – abrogat.

<p>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.</p>		
<p>Art. 31. – Nerespectarea ordinii și a modului de calculare și achitare, neachitarea, achitarea incompletă sau cu întârziere a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală atrag răspunderea persoanelor fizice, inclusiv a celor care au calitatea de angajator, și a persoanelor cu funcții de răspundere din unități în conformitate cu Codul contravențional și Codul penal.</p> <p>Art.32. -Anexele nr.1-3 fac parte integrantă din prezen</p>	<p>9. Art. 31 și 32 se abrogă.</p>	<p>Art. 31. – abrogat.</p> <p>Art. 32 – abrogat.</p>
<p>Anexa nr.1</p> <p>Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense [...]</p> <p>4. Persoanele fizice care primesc alte recompense, inclusiv audienții cursurilor de formare inițială a judecătorilor și a procurorilor.</p>	<p>10. La pct. 4 din anexa nr. 1 cuvintele „a judecătorilor și a procurorilor” se substituie cu cuvintele „realizate de Institutul Național al Justiției”.</p>	<p>Anexa nr.1</p> <p>Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense [...]</p> <p>4. Persoanele fizice care primesc alte recompense, inclusiv audienții cursurilor de formare inițială realizate de Institutul Național al Justiției.</p>

Art. III. Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008

<p>Articolul 266. Încălcarea legislației și a regulilor din domeniul asigurării obligatorii de asistență medicală</p> <p>(1) – abrogat.</p> <p>(2) 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 se sancționează cu amendă de la 10 la 25 de unități convenționale.</p> <p>(3) – abrogat.</p> <p>(4) – abrogat.</p> <p>(5) Neprezentarea în termenul stabilit de legislație a listelor de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate din contul bugetului de stat, precum și a modificărilor survenite în liste, se sancționează cu amendă de la 6 la 12 unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere.</p> <p>(6) Neînregistrarea în termenul stabilit de legislație a persoanelor juridice și fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat, a notarilor publici, a avocaților, a administratorilor autorizați, a interpreților și/sau</p>	<p>1. Art. 266 se abrogă.</p>	<p>Art. 266 – abrogat.</p>
--	--------------------------------------	-----------------------------------

<p>traducătorilor autorizați, a executorilor judecătorești, a mediatorilor ca plătitori de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală</p> <p>se sancționează cu amendă de la 6 la 12 unități convenționale aplicată persoanei fizice și persoanei cu funcție de răspundere.</p> <p>(7) – abrogat.</p> <p>(8) Prevederile alineatelor (2) și (3) nu se aplică producătorilor și procesatorilor de legume, fructe și struguri pentru neplata primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, neachitarea, achitarea tardivă sau achitarea incompletă a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în perioada de până la 30 noiembrie 2014.</p>		
<p>Articolul 266¹. Încălcarea regulilor de gestionare și asigurare a transparenței mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice</p> <p>(1) Neprezentarea în termenul stabilit de contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, de contractul privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală</p>	<p>2. La art. 266¹:</p> <p>la alin. (1) cuvintele „de plată” se substituie cu cuvintele „fiscale electronice”;</p> <p>la alin. (2¹) cuvintele „a rapoartelor anuale privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală” se substituie cu textul „a dării de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”.</p>	<p>Articolul 266¹. Încălcarea regulilor de gestionare și asigurare a transparenței mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice</p> <p>(1) Neprezentarea în termenul stabilit de contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, de contractul privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sau de actele normative a</p>

sau de actele normative a dărilor de seamă, a rapoartelor și a facturilor de plată pentru achitarea serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate sau prezentarea lor cu date incomplete ori eronate

se sancționează cu amendă de la 9 la 12 unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere.

(2¹) Nepublicarea în termenul stabilit de legislație a contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), inclusiv a anexelor și acordurilor adiționale, a contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate, a deciziilor organului suprem de deliberare și decizie (în partea ce ține de utilizarea mijloacelor financiare aferente contractelor de acordare a asistenței medicale și contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate), a rapoartelor anuale privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală,

se sancționează cu amendă de la 12 la 24 de unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere sau cu amendă de la 15 la 30 de unități convenționale aplicată persoanei juridice.

(3) – abrogat.

dărilor de seamă, a rapoartelor și a facturilor fiscale electronice pentru achitarea serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate sau prezentarea lor cu date incomplete ori eronate

se sancționează cu amendă de la 9 la 12 unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere.

(2¹) Nepublicarea în termenul stabilit de legislație a contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), inclusiv a anexelor și acordurilor adiționale, a contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate, a deciziilor organului suprem de deliberare și decizie (în partea ce ține de utilizarea mijloacelor financiare aferente contractelor de acordare a asistenței medicale și contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate), a dării de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”,

se sancționează cu amendă de la 12 la 24 de unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere sau cu amendă de la 15 la 30 de unități convenționale aplicată persoanei juridice.

<p>Articolul 402. Autorități administrative din subordinea Ministerului Finanțelor</p> <p>(1) Contravențiunile prevăzute la art. 263 și 265, art.266 alin.(6), art. 272, art.272¹ alin.(1), (2), (4)–(6) și (12), art.274 alin. (1), art.275 alin.(2), art.277 alin.(2), (3), (6), (8) și (9), art.277¹ alin.(1), (2) și (4), art. 282, art.288, 289, 290, 291, 293¹, 293² alin.(1), (2) și (3), art.295¹, 297, 297¹, 298, 299, 301¹, 311, 327¹ se examinează conform competenței, de către Agenția Achiziții Publice autoritatea administrativă de inspectare financiară din subordinea Ministerului Finanțelor sau de către Serviciul Fiscal de Stat. Contravențiunile prevăzute la art.293, 295 alin.(1)-(6), și (9), 349 alin.(1) se examinează de către autoritatea administrativă de inspectare financiară sau, după caz, de Serviciul Fiscal de Stat, în funcție de organul care le-a constatat.</p>	<p>3. La art. 402 alin. (1) textul „art.266 alin. (6),” se exclude</p>	<p>Articolul 402. Autorități administrative din subordinea Ministerului Finanțelor</p> <p>(1) Contravențiunile prevăzute la art. 263 și 265, art. 272, art.272¹ alin.(1), (2), (4)–(6) și (12), art.274 alin. (1), art.275 alin.(2), art.277 alin.(2), (3), (6), (8) și (9), art.277¹ alin.(1), (2) și (4), art. 282, art.288, 289, 290, 291, 293¹, 293² alin.(1), (2) și (3), art.295¹, 297, 297¹, 298, 299, 301¹, 311, 327¹ se examinează conform competenței, de către Agenția Achiziții Publice autoritatea administrativă de inspectare financiară din subordinea Ministerului Finanțelor sau de către Serviciul Fiscal de Stat. Contravențiunile prevăzute la art.293, 295 alin.(1)-(6), și (9), 349 alin.(1) se examinează de către autoritatea administrativă de inspectare financiară sau, după caz, de Serviciul Fiscal de Stat, în funcție de organul care le-a constatat.</p>
<p>Articolul 413. Compania Națională de Asigurări în Medicină</p> <p>(1) Contravențiunile prevăzute la art.266 alin.(2), (5) și (6) se examinează de Compania Națională de Asigurări în Medicină și agențiile ei teritoriale.</p> <p>(2) Sînt în drept să examineze cauzele contravenționale prevăzute la alin.</p>	<p>4. Art. 413 va avea următorul cuprins: „Articolul 413. Compania Națională de Asigurări în Medicină</p> <p>(1) Contravențiunile prevăzute la art. 266¹ alin. (1) și (2) se examinează de Compania Națională de Asigurări în Medicină.</p> <p>(2) Sunt în drept să examineze contravențiunile</p>	<p>Articolul 413. Compania Națională de Asigurări în Medicină</p> <p>(1) Contravențiunile prevăzute la art. 266¹ alin. (1) și (2) se examinează de Compania Națională de Asigurări în Medicină.</p> <p>(2) Sunt în drept să examineze contravențiunile prevăzute la alin. (1) și să aplice</p>

<p>(1) și să aplice sancțiuni directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și adjuncții săi, directorii agențiilor teritoriale și adjuncții lor.</p> <p>(3) Contravențiile prevăzute la art. 266¹ alin. (1) și (2) se examinează de Compania Națională de Asigurări în Medicină.</p> <p>(4) Sînt în drept să examineze contravențiile prevăzute la alin. (3) și să aplice sancțiuni directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și adjuncții săi.</p>	<p>prevăzute la alin. (1) și să aplice sancțiuni directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și adjuncții săi.”.</p>	<p>sancțiuni directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și adjuncții săi.</p>
---	---	---