



# CANCELARIA DE STAT A REPUBLICII MOLDOVA

## GRUPUL DE LUCRU AL COMISIEI DE STAT PENTRU REGLEMENTAREA ACTIVITĂȚII DE ÎNTEPRINZĂTOR

Nr. 38-78-9969

Chișinău

19 septembrie 2023

**Ministerul Sănătății**

*Ref.: adresa nr. 21/3112 din 29 august 2023*

În temeiul prevederilor art.34 alin.(4) din Legea nr.100/2017 cu privire la actele normative, art.19 din Legea nr.235/2006 cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de întreprinzător, precum și atribuțiile stabilite în pct.34 din Regulamentul Grupului de lucru al Comisiei de stat pentru reglementarea activității de întreprinzător, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1429/2008, se remite *Expertiza Grupului de lucru al Comisiei de stat pentru reglementarea activității de întreprinzător la proiectul Hotărârii Guvernului privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)*.

*Anexă: 1 filă*

**Secretar general adjunct al Guvernului**

*(semnat electronic)*

**Roman CAZAN**

Digitally signed by Cazan Roman  
Date: 2023.09.19 12:18:22 EEST  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



## EXPERTIZA

### Grupului de lucru al Comisiei de stat pentru reglementarea activității de întreprinzător

Prezenta expertiză este acordată în temeiul art.34 alin.(4) din Legea nr.100/2017 cu privire la actele normative, în conformitate cu prevederile Legii nr.235/2006 cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de întreprinzător, Hotărârii Guvernului nr.1429/2008 privind revizuirea și optimizarea cadrului normativ de reglementare a activității de întreprinzător și Metodologiei de analiză a impactului în procesul de fundamentare a proiectelor de acte normative, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 23/2019.

<i>Titlul actului examinat:</i>	Proiectul Hotărârii Guvernului privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)
<i>Autorul (autoritatea), persoana responsabilă:</i>	<b>Ministerul Sănătății</b> Direcția politici de buget și asigurări medicale, Mariana Zadnipru, Șef interimar
<b>Evaluarea documentului de analiza a impactului</b>	
<i>Examinat în ședința Grupului de lucru la data:</i>	<b>30 mai 2023</b>
<b>Concluzia:</b> Analiza de impact se susține cu condiția luării în considerație a obiecțiilor și recomandărilor	
<b>Evaluarea proiectului de act normativ</b>	
<i>Examinat în ședința Grupului de lucru la data:</i>	<b>05 septembrie 2023</b>
<b>Concluzia:</b> Proiectul se susține cu condiția luării în considerare a obiecțiilor și recomandărilor	
<i>Comentarii, obiecții, recomandări:</i>	
<i>Extrasul din Procesul-verbal nr.33 al ședinței Grupului de lucru al Comisiei de Stat pentru reglementarea activității de întreprinzător din data de 05 septembrie 2023 se anexează.</i>	

**EXTRAS din**  
**PROCESUL-VERBAL nr. 33**  
**al ședinței Grupului de lucru**  
**al Comisiei de stat pentru reglementarea activității de întreprinzător**  
*(ședință online)*  
**5 septembrie 2023**

**Au participat :**

*Membrii Grupului de lucru al Comisiei de stat pentru reglementarea activității de întreprinzător:*

- |                                 |   |   |
|---------------------------------|---|---|
| Vladislav Caminschi             | - | director executiv al Confederației Naționale a Patronatului din Republica Moldova, vicepreședintele Grupului de lucru           |
| Cristina Țișcul                 | - | Asociația Investitorilor Străini (FIA)  |
| Carolina Linte ( <i>mail</i> )  | - | director executiv al Asociației Patronale Asociația Națională a Producătorilor de Lapte și Produse Lactate „Lapte”              |
| Eugen Cozmulici                 | - | manager pe politici și advocacy, EBA Moldova  |
| Svetlana Petrașcu               | - | Camera de Comerț și Industrie   |
| Victor Baciu                    | - | consultant de politici, Asociația Patronală Camera de Comerț Americană din Moldova  |
| Oxana Barbaroș                  | - | Asociația Națională a Companiilor din Domeniul TIC  |
| Roman Gapeev                    | - | șef Serviciu transport feroviar, Ministerul Infrastructurii și Dezvoltării Regionale  |
| Ghenadie Rusu                   | - | șef Direcția protecția plantelor și siguranța alimentelor de origine vegetală, Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare |
| Dumitru Vleju                   | - | Șef interimar Direcția politici în domeniul ordinii și securității publice, combaterii criminalității                           |
| Ina Chiruța                     | - | consultant principal în cadrul Direcției politici fiscale și vamale (secția impozite indirecte), Ministerul Finanțelor          |
| Tatiana Ivasiuc ( <i>mail</i> ) | - | consultant principal, Direcția avizare acte normative, Secția drept privat  |
| Snejana Novac                   | - | consultant principal în Direcția conformitate juridică, Cancelaria de Stat, secretarul Grupului de lucru                        |

**Responsabili din cadrul autorităților publice centrale:** Lidia Jitari, Ministerul Dezvoltării Economice și Digitalizării, Natalia Jalbă, Ministerul Dezvoltării Economice și Digitalizării, Viorica Bejan, Ministerul Dezvoltării Economice și Digitalizării, Radu Catanoi, Ministerul Afacerilor Interne, Elena Negrei, Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare, Vasile Nemțanu, Ministerul Agriculturii și Industriei Alimentare, Virginia Galatonov, Ministerul Mediului, Ion Prisăcaru, Ministerul Sănătății, Lilia Pascal, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Vasile Odobescu, Ministerul Sănătății.

**Experți ai Secretariatul Evaluării Impactului de Reglementare:** dl Oleg Chelaru, dl Victor Ermurachi, dl Nicolae Boțan.

**Examinarea proiectului Hotărârii Guvernului privind aprobarea proiectului de lege  
pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului  
asigurării obligatorii de asistență medicală)**

**Autor: Ministerul Sănătății**

---

**Au luat cuvântul:**

**dl Ion Prisăcaru**

A menționat că proiectul a fost examinat de către experți și ca urmare au parvenit 3 recomandări și anume prevederea de completare a alin. (1) al art. 13 din Legea 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală 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. A fost propusă excluderea acestei prevederi deoarece ar genera acte permissive și este necesar de a stabili trimiteri la legea care reglementează condițiile și procedurile de obținere a acreditării, a autorizației sanitare și includerii în Nomenclatoarele menționate, în special în cazul prestatorilor privați. Menționează că s-a acceptat această propunere, se va completa cu trimiteri la Legea ocrotirii sănătății unde sunt indicate aceste acte necesare deja și această modificare nu va genera acte permissive noi.

O altă recomandare a fost de a exclude prevederile alin. (3) al art. 10 din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, deoarece acestea nu corelează cu prevederile actuale ale alineatului respect. Relatează că a fost acceptată și această obiecție.

A 3 obiecție se referă la intrarea în vigoare peste o lună de la data publicării, menționează că este necesar ca legea să intre în vigoare la data publicării ca să se reușească să intre în vigoare până la finele anului curent și să fie publicată în MO.

**Solicită susținerea proiectului.**

**dl Victor Ermurachi**

A menționat că autorul a luat în considerare recomandările expuse în opinie, proiectul în mare parte nu se referă la reglementarea activității de întreprinzător. Referitor la obiecția neacceptată cu intrarea în vigoare, se va expune și Ministerul Justiției.

**S-a decis:** *proiectul se susține cu condiția luării în considerare a obiecțiilor și recomandărilor (10 – se susține cu condiția luării în considerare a obiecțiilor și recomandărilor; 3 – se susține).*

**dna Cristina Țișcu**

A prezentat în scris tabelul de obiecții și propuneri la proiectul de lege.

Nr. art. /sursa de publicare	Obiecții și propuneri	Comentarii/Argumente
<b>Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală</b>		
<p>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 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>Nu e relevantă propunerea de modificare pe motiv că dublează o normă deja existentă în același act legislativ și anume reglementată prin art.4, alineatul 4 ”(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:”, litera h)” gravidele, parturientele și lăuzele;” și reiețerat în Programul unic aprobat prin HG 1387/2007, anexa nr.1 (pct.C).</p> <p><i>Se propune în variantă modificată</i></p> <p>La art. 5 alin. (4) va avea următorul cuprins:</p> <p>„(4) În cazul persoanelor neasigurate, 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 pentru <b>urgențele medico-chirurgicale majore stabilite prin Programul unic</b> al asigurării obligatorii de asistență medicală, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.”</p>	<p>Este imperios necesară <b>completarea art. 4 alin. (4) Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală prin includerea persoanelor neasigurate cu urgențe medico-chirurgicale majore în categoria persoanelor pentru care Guvernul va avea calitatea de asigurat.</b> Pentru argumentarea soluționării problemei abordate, în continuare se invocă cu titlu de exemplu cazurile de Sindrom Coronarian Acut.</p> <p>Prestatorii de servicii medicale publici sau privați incluși în anexa la Ordinul MSMPS nr. 235 din 06.03.2020 sunt obligați să preia de la echipele de asistență medicală urgentă pacienții cu Sindrom Coronarian Acut pentru acordarea asistenței medicale specializată. Prin efectul Ordinului MSMPS nr. 235/2020, serviciul CNAMUP transportă toate persoanele asigurate și neasigurate cu diagnosticul de Sindrom Coronarian Acut sau Infarct Miocardic Acut pentru acordarea asistenței medicale conform orarului în spitalele desemnate prin ordin. Frecvent la data referirii pacienților de către serviciul de urgență aceștia sunt în imposibilitate de a prezenta actele de identitate și de a comunica datele personale pentru verificarea statutului de asigurat în cadrul sistemului AOAM.</p> <p>Totodată, se remarcă că potrivit Anexei 1 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Sindromul Coronarian Acut se încadrează în lista urgențelor medico-chirurgicale majore. Pct. 26 secțiunea a 4-a intitulată ”Asistența medicală</p>

spitalicească” din HG nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală stabilește expres că internarea urgentă în spital se efectuează necondiționat în cazul în care neacordarea la timp a asistenței medicale în condiții de spital pune în pericol viața pacientului și/sau a celor din preajmă ori poate avea urmări grave pentru starea sănătății pacientului și/sau a sănătății publice. Constatarea urgenței în fiecare caz concret se efectuează de către medicii specialiști, care examinează pacientul în secția de internare și apreciază starea pacientului, în baza actelor normative în vigoare ale Ministerului Sănătății.

Mai mult de atât, conform pct. 102 alin. (3) Ordinul MS nr. 596/404 din 21.07.2016 cu privire la Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, **internarea de urgență în spital se efectuează necondiționat, indiferent de statutul persoanei asigurat/neasigurat și prezența/absența poliției de asigurare, la trimiterea serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă**, inclusiv spitalizarea, prin intermediul serviciului „AVIASAN”, a pacienților cu urgențe medico-chirurgicale în instituțiile medico-sanitare terțiare/municipale, la solicitarea instituțiilor spitalicești raionale și municipale, în cazurile când spectrul și gradul de complexitate a asistenței medicale depășește posibilitățile instituției medico-sanitare respective.

În aceeași ordine de idei, se remarcă că pct. 7 alin. (6) din Ordinul MS nr. 596/404 din 21.07.2016 stabilește că în toate cazurile, când este necesară acordarea asistenței medicale urgente, situații la care se

referă și Sindromul Coronarian Acut, informația privind statutul persoanei în sistemul AOAM (asigurat/neasigurat) se solicită/verifică doar la finalul acordării asistenței medicale urgente, adică, la data externării pacientului.

Complementar, se remarcă că art. 20 alin. (2) lit. b) din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 dispune expres că minimul asigurării medicale gratuite cetățenilor Republicii Moldova este garantat de stat conform Constituției și cuprinde asistența medicală în caz de urgențe medico-chirurgicale cu pericol vital, care se acordă prin structurile prestatorilor de servicii medicale de tip ambulator sau staționar, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și a mijloacelor bugetului de stat pe anul respectiv. De asemenea, art. 24 alin. (1) și (3) Legea nr. 411/1995 dispune că persoanele sunt asigurate cu asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață, iar asistența medicală urgentă se acordă și de instituțiile medico-sanitare proxime, indiferent de tipul de proprietate și forma de organizare juridică. Cu privire la același aspect, se evidențiază că legiuitorul utilizează termenul generic de "persoane", prin urmare, în accepțiunea *lato sensu*, norma legală se referă atât la persoanele asigurate cât și la cele neasigurate.

Astfel, pe de o parte art. 24 Legea ocrotirii sănătății, precum și pct. 102 alin. (3) Ordinul MS nr. 596/404 din 21.07.2016 cu privire la Normele metodologice de aplicare a Programului unic al ASOAM stabilește obligația tuturor prestatorilor de servicii medicale de a acorda asistență medicală în caz de urgențe vitale precum Sindromul Coronarian Acut sau Infarct Miorcardic Acut inclusiv persoanelor neasigurate. Pe de altă parte, art. 3.1 subpunct 7) din Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a

		<p>serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală aprobat prin HG nr.770/2022, stabilește obligația prestatorului de servicii medicale de a nu refuza acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistența medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor acoperi în condițiile art. 5 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Sub același aspect, se remarcă că norma de trimitere, adică, art. 5 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 prevede că în cazul persoanelor neasigurate cheltuielile de asistență 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. În același context, se evidențiază Sindromul Coronarian Acut nu se încadrează în lista maladiilor social – condiționate stabilită prin pct. 10 din Ordinul MS nr. 596/404 din 21.07.2016 cu privire la Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. În consecință, pct. 10 din Ordinul MS enunțat mai sus stabilește că persoanele neasigurate vor achita serviciile de asistență medicală acordate în legătură cu tratamentul Sindromului Coronarian Acut sau Infarct Miocardic Acut în corespundere cu costurile prevăzute în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice sau private. Cu privire la</p>
--	--	--

		<p>acest aspect, se remarcă că în practică majoritatea impunătoare a persoanelor neasigurate nu achită serviciile medicale la externare, invocând lipsa mijloacelor financiare, prin urmare, costurile asistenței medicale acordate sunt suportate de către prestatorii de servicii medicale publici sau privați. Astfel de situații limitează posibilitatea prestatorilor de servicii medicale de a prognoza eficient cheltuielile și de a investi mijloace financiare în dispozitive medicale, consumabile, instruirea personalului medical, condiții indispensabile pentru îmbunătățirea constantă a calității serviciilor medicale acordate populației.</p>
<p>art. 12 alin. (2) va avea următorul cuprins:  „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 <b>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;</b></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>e) să negocieze cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale prețul la medicamentele și/sau</p>	<p><b>Nu se acceptă lit.c)</b></p>	<p><b>Cu referire la lit. c):</b>  Dreptul persoanei lezate de a solicita compensarea prejudiciului cauzat este deja garantat de prevederile art. 19 Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, Codul Civil, Cod de Procedură Civilă, prin urmare, dublarea protecției nu este necesară și nu este proporțională în raport cu scopul și interesele protejate de lege. Propunerea de completare necesită o reglementare clară a situațiilor când CNAM poate interveni în interesele altor persoane,. Or, în condițiile în care, CNAM are atribuția de a încadra prestatorii în sistemul ASOAM de a propune tarifele, de a negocia și semna contracte cu prestatorii, de a îi verifica, de a constata încălcări și de a îi sancționa pe prestatori adăugarea competenței de a înainta acțiuni pentru prejudicii provocate terților implică riscul concentrării tuturor prerogativelor CNAM cu funcții de decizie, control, constrângere, or, această practică contravine tendinței de integrare a bunelor practici europene</p>

dispozitivele medicale compensate, de asemenea să încheie cu aceștia contracte în modul stabilit de Guvern;

**f) să constate și să examineze contravenții conform Codul contravențional nr. 218/2008;**

**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.”;**

#### **Nu se acceptă lit.f)**

*Se propune în final art.12 alin.(2) cu următorul cuprins:*

**”art. 12 alin. (2) va avea următorul cuprins:**

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

d) 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;

e) 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.”;

care presupune deconcentrarea atribuțiilor autorităților publice.

Mai mult de atât, reieșind din redacția propusă la lit. c) CNAM va putea interveni la cererea oricărei persoane asigurate care va invoca provocarea prejudiciului cauzat sanatații, astfel, implementarea normei implică cheltuieli suplimentare pentru contractarea juriștilor calificați pentru antrenarea în procese de judecată, extinderea echipei, fapt ce nu a fost prevăzut în nota informativă, or cadrul legislativ nu prevede direcționarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală acumulate pentru categoria fondurilor destinate acțiunilor judiciare.

#### **Cu referire la propunerea de completare la lit.**

**f):**

Dreptul CNAM de a examina contravenții este deja prevăzut de art. 413 alin. (3) și (4) Cod Contravențional, care reglementează dreptul directorului CNAM de a examina contravenții și de a aplica sancțiuni pentru neprezentarea în termen de către prestatorii de servicii medicale contractați în cadrul ASOAM a declarațiilor, documentelor confirmative, precum și pentru utilizarea neconform a sumelor de bani alocate pentru executarea contractului.

Propunerea de completare a legii dublează o normă deja existentă. Mai mult de atât, contractele semnate de CNAM cu prestatorii, de asemenea, stabilesc penalități pentru încălcările enunțate mai sus, prin urmare, interesul public este protejat.

<p>Art. 12 alin. (3) lit. c) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:</p> <p>c) <b>să evalueze și monitorizeze</b> 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 mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate, <b>conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;</b></p>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i> ” Art. 12 alin. (3) lit. c) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:</p> <p>c) să evalueze și 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 mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate, <b>conform mecanismului aprobat de Guvern;”</b></p>	<p>Pentru minimalizarea premizelor adoptării unor decizii arbitrare în raport cu prestatorii supuși verificării, se impune deconcentrarea atribuțiilor de control către o alta agentie din considerentele expuse la pct. 15 din prezentul tabel cu referire la propunerea ce vizează art. 12 alin. (2) lit. c) Totodată, pentru reglementarea limitelor dreptului de discreție a CNAM în procesul de evaluare se reiterează oportunitatea ca actele normative de reglementare a criteriilor și a metodologiei de evaluare și monitorizare a prestatorilor să fie adoptat de un organ colegial sau prin HG</p>
<p>Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>1</sup>) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:</p> <p><b>să evalueze și monitorizeze</b> 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 medical, <b>conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;</b></p>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i> ”Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>1</sup>) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:</p> <p><b>să evalueze și monitorizeze</b> 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 medical, <b>conform mecanismului aprobat de Guvern;”</b></p>	<p>Vedeți argumentele expuse la pct. 3</p>

<p>Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>2</sup>) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: <b>să evalueze și monitorizeze</b> respectarea de către furnizorii de medicamente și dispozitive medicale a prevederilor contractelor încheiate cu asiguratorul, <b>conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;</b></p>	<p><i>Se propune în variantă modificată</i> ”Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>2</sup>) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: <b>să evalueze și monitorizeze</b> respectarea de către furnizorii de medicamente și dispozitive medicale a prevederilor contractelor încheiate cu asiguratorul, <b>conform mecanismului aprobat de Guvern;</b>”</p>	<p>Vedeți argumentele expuse la pct. 3</p>
<p>Art. 12 alin. lit. g) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: g) să publice pe pagina sa web oficială:  liniuța a doua se completează cu: „- 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; - Registrul de prețuri cu amănuntul la medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;”.</p>	<p><i>Se propune în variantă modificată</i> ” Art. 12 alin. lit. g) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: g) să publice pe pagina sa web oficială:  după liniuța a doua se completează cu: „- planul anual de evaluare planificată a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală până la 31 decembrie - planurile de evaluare tematice și inopinante 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; - Registrul de prețuri cu amănuntul la medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat</p>	<p>Pentru o bună transparență și o activitate bine organizată atât din partea CNAM cât și a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice se propune de a se publica pe pagina sa web oficială planul anual de evaluare planificată a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală până la 31 decembrie și planurile de evaluare tematice și inopinante 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, similar cum se reglementează și organizează controlurile de stat prin Legea 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.</p>

	prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;”.	
<p>” Art. 13 se completează cu alin. (1<sup>1</sup>)</p> <p>„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 echipamentului medical, 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 Medicină, în 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><i>Se propune în variantă modificată:</i></p> <p>” Art. 13 se completează cu alin. (1<sup>1</sup>)</p> <p>„La examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, Compania Națională de Asigurări în Medicină <b>va aplica o metodologie de evaluare a ofertelor</b>, în care va 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 <b>dispozitivelor medicale</b>, 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 Medicină, în 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>Pentru obiectivitatea și transparența criteriilor care au stat la baza deciziei, se recomandă adoptarea metodologiei și criteriilor măsurabile pentru evaluarea ofertelor.</p> <p>În motivarea poziției se menționează că condiții precum gradul de satisfacție a pacienților implică factor subiectiv, iar prestatorii sunt în imposibilitate să verifice obiectivitatea datelor cu care operează CNAM la evaluarea ofertei.</p> <p>Prin Legea 102/2017 ”cu privire la dispozitivele medicale” este specificată noțiunea de dispozitiv medical, iar în acest sens, necesită a se substitui sintagma ”echipamente” cu sintagma ”dispozitive”, or pe parcursul legii se face referință la dispozitivele medicale, unul din calificative al cărora este performanța.</p>
<p>Art. 13 alin. (2)</p> <p>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</p>	<p><i>Se propune în varianta modificata</i></p> <p>Art. 13 alin. (2)</p>	<p>Pornind de la experiența și normalitatea deja stabilită de CNAM, procesul de contractare durează în timp (de la câteva săptămâni până la 1 (una) lună), astfel contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor</p>

<p>avizierul instituției, într-un loc vizibil și 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 <b>și/sau dispozitivelor medicale</b> 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 <b>și/sau dispozitivelor medicale</b> compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în termen de 15 zile lucrătoare de la data ședinței Consiliului;</p>	<p>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>a) contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, precum și contractele privind eliberarea medicamentelor <b>și/sau dispozitivelor medicale</b> 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 recepționării acestora de la Compania Națională de Asigurări în Medicină;</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 <b>și/sau dispozitivelor medicale</b> compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în termen de 15 zile lucrătoare de la data ședinței Consiliului;</p>	<p>medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale se semnează de prestator, însă avizarea/semnarea de către reprezentanții CNAM mai durează în timp, contractul fiind eliberat către prestator cu mult mai târziu, termen ce frecvent depășește 15 zile lucrătoare, situație ce din start impune prestatorul să încalce legislația. Propunerea de publicare a informațiilor susmenționate în termen de 15 zile lucrătoare din data recepționării acestora de la Compania Națională de Asigurări în Medicină ar permite atât CNAM-ului cât și prestatorilor să respecte legislația.</p>
<p>Art. 13 alin. (2) lit. c) 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><b>c) raportul anual privind activitatea instituției, până la data de 01 aprilie a anului următor celui de gestiune.”</b></p>	<p><i>Se propune în varianta modificata</i> Art. 13 alin. (2) lit. c) 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><b>c) darea de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și</b></p>	<p>În scopul unificării denumirilor de rapoarte și luând în considerație că de fapt denumirea raportului care se prezintă anual de către prestatorii de servicii medicale este Darea de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se propune de a substitui syntagma” raportul anual privind activitatea instituției” cu sintagma ” darea de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală”. Deasemenea autorul propune în <b>art. 266<sup>1</sup> alin. (2)<sup>1</sup></b> modificarea denumirii raportului de activitate anual în”<b>darea</b></p>

	<p><b>cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, până la data de 01 mai a anului următor celui de gestiune.”</b></p>	<p>de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală” (vedeți modificarea propusă în codul contravențional (pct.33 a tabelului)).</p> <p>Pornind de la faptul că Legea 287/2017 privind contabilitatea și raportarea financiară, prin art.33, alin. (3) prevede ca</p> <p>” (3) Entitatea de interes public este obligată să prezinte situațiile financiare individuale, raportul conducerii și raportul auditorului în termen de 120 de zile de la ultima zi a perioadei de gestiune. Entitatea, cu excepția entității de interes public, este obligată să prezinte situațiile financiare individuale, raportul conducerii și raportul auditorului, după caz, în termen de 150 de zile de la ultima zi a perioadei de gestiune.” Se propune ca termenul de prezentare a dării de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, până la data de 01 mai a anului următor celui de gestiune.</p>
<p><b>Art.15</b> 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 <i>fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală</i>.”</p>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i> ”<b>Art.15</b> 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 <b>asigurate</b> recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale acoperite din <i>fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală</i>.”</p>	<p>Propunerea de completare extinde dreptul CNAM de a solicita și compensarea prejudiciului și în cazul persoanelor neasigurate pentru care asistenta medicala prespitaliceasca, primara si tratamentul in stationar în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice se acopera din bugetul AOAM. Persoanele neasigurate nu se regăsesc în art.4, alin. (4) în care se specifică categoriile de persoane neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova la care Guvernul are calitatea de asigurat, în</p>

		<p>corespondere cu modificările propuse în aliniatul (4) a art.5 la prezentul proiect, or aceste cheltuieli, pentru persoanele neasigurate, urmează a se asigura din bugetul de stat.</p> <p>Cu referire la completare se reiterează argumentele expuse la pct. 15 din prezentul tabel vis-avis d redacția art. 12 alin. (2) și anume că mecanismul de compensare a prejudiciului este deja reglementat de art. 19 Legea ocrotirii sănătății, Codul civil, Codul de Procedură Civilă.</p> <p>Cadrul legislativ actual ce reglementează asigurarea obligatorie de asistență medicală nu prevede direcționarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală acumulate pentru categoria fondurilor destinate acțiunilor judiciare.</p>
--	--	--

INSTITUTUL NAȚIONAL AL JUSTIȚIEI  
DIN REPUBLICA MOLDOVA

MD-2004, mun. Chișinău, str. S. Lazo, 1  
Tel./fax: (+373 22) 23 27 55  
[inj@inj.gov.md](mailto:inj@inj.gov.md) , [www.inj.md](http://www.inj.md)



NATIONAL INSTITUTE OF JUSTICE  
REPUBLIC OF MOLDOVA

MD-2004, Chișinău, 1 Serghei Lazo, St.  
Tel./fax: (+373 22) 23 27 55  
[inj@inj.gov.md](mailto:inj@inj.gov.md) , [www.inj.md](http://www.inj.md)

*15.08.2023 nr. 247 - YNY*

**Doamnei Ala NEMERENCO,  
Ministră,  
Ministerul Sănătății**


**Stimată doamnă Ministră,**

Cu referire la scrisoarea Ministerului Sănătății nr. 21/2855 din 9 august 2023 privind prezentarea avizului asupra proiectului de Lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) (număr unic 489/MS/2023), Institutul Național al Justiției Vă comunică că a examinat proiectul actului normativ și susține aprobarea acestuia.

Institutul Național al Justiției nu are obiecții, sugestii sau propuneri de modificare a actului normativ enunțat, inclusiv susține modificarea pct. 4 din Anexa nr. 1 la Legea nr. 1593/2002, în scopul ajustării terminologiei la cea utilizată în Legea nr. 152/2006.

*În speranța continuării bunei colaborări, Vă rugăm să primiți expresia înaltei noastre considerațiuni.*

**Cu respect,**

  
**Ecaterina POPA,  
Director interimar**



## COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

MD-2012, mun.Chișinău, str.Vlaicu Pârcălab, 46; tel. 022 780 240, www.cnam.md; e-mail: secretariat@cnam.gov.md

14.08.2023 Nr. 01-02/2695

La nr. 21/2855 din 09.08.2023

**Ministerul Sănătății  
Cancelaria de Stat**

Cu referire la proiectul hotărârii Guvernului privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) (număr unic 489/MS/2023), prezentat pentru avizare repetată, comunicăm lipsa de obiecții și propuneri.

**Director general**

**Ion DODON**

Digitally signed by Dodon Ion  
Date: 2023.08.14 15:22:39 MSK  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



Ex. Victoria Ciorbă  
Tel. 0 22 780 297  
victoria.ciorba@cnam.gov.md

Zad. M

**CONFEDERAȚIA NAȚIONALĂ  
A SINDICATELOR DIN MOLDOVA**

2012, mun. Chișinău, str. 31 August, 129  
Tel. 266502; 237304; Tel/fax: 234508  
e-mail: office@cnsm.md



**НАЦИОНАЛЬНАЯ КОНФЕДЕРАЦИЯ  
ПРОФСОЮЗОВ МОЛДОВЫ**

2012, мун. Кишинэу, ул. 31 Август, 129  
Тел. 266502; 237304; Тел/факс: 234508  
e-mail: office@cnsm.md

14.08.2023 Nr. 03-02/589  
La nr. unic 489/MS/2023(repetat)

**Ministerul Sănătății**

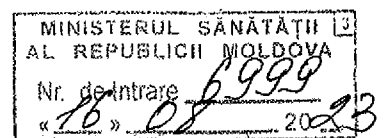
**Cancelaria de Stat**

Prin prezenta, cu referire la proiectul hotărârii Guvernului privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (*reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală*) (număr unic 489/MS/2023), parvenit repetat spre examinare, vă comunicăm despre lipsa propunerilor și obiecțiilor.

**Președinte**

**Igor ZUBCU**

Ex.: Polina Fisticanu  
022 266 568





**consiliul pentru egalitate**  
**совет по равенству**  
**equality council**

bd. Ștefan cel Mare și Sfânt 180, of. 404,  
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova / Republic of Moldova  
бул. Штефан чел Маре 180, оф. 404,  
MD-2004, Кишинев, Республика Молдова  
+373 22 212 817; info@egalitate.md; www.egalitate.md

Nr. 04/1032 din 16.08.2023

La nr. 21/2855 din 09.08.2023

**Ministerul Sănătății**  
[secretariat@ms.gov.md](mailto:secretariat@ms.gov.md)

**Dnei Mariana Zadnipru**  
[mariana.zadnipru@ms.gov.md](mailto:mariana.zadnipru@ms.gov.md)

În contextul prezentării pentru examinare repetată a proiectului de hotărâre privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) (*număr unic 489/MS/2023*), Consiliul pentru egalitate comunică următoarele.

Cu referire la propunerea de modificare a lit. h) din cadrul alin. (4) art. 4 din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, prin substituirea cuvintelor „și lăuzele” cu textul „, lăuzele și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani”, Consiliul atrage atenția că utilizarea sintagmei “mamele care îngrijesc copiii” are un efect limitativ, prin faptul că din dreptul de a beneficia de statutul de persoană asigurată de către Guvern în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală sunt excluși tații neangajați, dar și părinții adoptivi neangajați care îngrijesc copii până la vârsta de 2 ani.

În această privință, Consiliul atrage atenția că atât tații neangajați, cât și unul din părinții adoptivi neangajați, care îngrijesc copii până la vârsta de 2 ani, sunt în situație comparabilă cu mamele care îngrijesc copii până la vârsta de 2 ani, din perspectiva imposibilității obiective de a se încadra în câmpul muncii și de a obține venituri pentru a procura polița de asigurare obligatorie de asistență medicală. Mai mult, prin adoptarea Legii nr. 241/2023 pentru modificarea unor acte normative, persoanelor care au adoptat un copil le-a fost recunoscut dreptul la indemnizație lunară pentru creșterea copilului pînă la împlinirea vârstei de 3 ani sau pentru o perioadă de 24 de luni, cât și la concediu plătit pe o perioadă de până la 90 de zile, concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani și alte garanții. Respectiv, prin aceste modificări a fost recunoscut faptul că părinții adoptivi se află într-o situație comparabilă cu părinții biologici și trebuie să beneficieze de același nivel de protecție din partea statului. De asemenea, acordarea statutului de persoană asigurată de către Guvern categoriilor menționate, va stimula tații, inclusiv adoptivi, să se implice în îngrijirea copiilor până la vârsta de 2 ani.

**Având în vedere cele menționate, cât și necesitatea asigurării coerenței cadrului normativ, Consiliul propune modificarea lit. h) din cadrul alin. (4) art. 4 din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, prin substituirea cuvintelor „și lăuzele” cu textul „, lăuzele și mama/tatăl, inclusiv unul din părinții adoptivi, care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani”.**

**Președinte**

Digitally signed by Feldman Ian  
Date: 2023.08.16 12:09:23 EEST  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



**Ian FELDMAN**

Ex.: Cristina Hadîrcă  
022 922 146



## CANCELARIA DE STAT A REPUBLICII MOLDOVA

Nr. 26/2-69-8712

Chișinău

16 august 2023

**Ministerul Sănătății**

*Referitor la număr unic 489/MS/2023.*

Cancelaria de Stat a examinat *proiectul de hotărâre a Guvernului privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală)*, definitivat în baza avizelor autorităților interesate, prezentat spre avizare repetată și în limita competențelor funcționale, comunică despre susținerea proiectului.

Totodată, reiterăm obiecția expusă în avizul nr. 26/2-69-7046 din 04.07.2023, referitor la **Art. II.** din proiectul de lege care modifică *Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și anume completările propuse la art.23 ce țin de restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă. Mecanismul propus prin proiect vizează doar o categorie de subiecți, care pot solicita și beneficia de restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, și anume acei care la început de an se asigură în mod individual, iar apoi pe parcursul anului se angajează și achită prima în formă de contribuție procentuală ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistenta medicala în formă fixă. În situația dată, se creează **inechitate în raport cu ceilalți subiecți de drept**, care la început de an au achitat prima în formă de contribuție procentuală și la modificarea raporturilor de muncă (demisia, eliberare) sunt impuși fie să achite prima de asigurare în sumă fixă, fără a beneficia de mecanismul de restituire, fie să rămână cu statut de persoană neasigurată.*

**Secretar general al Guvernului**

*/semnat electronic/*

**Artur MIJA**

Digitally signed by Mija Artur  
Date: 2023.08.16 18:47:35 EEST  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



Ex: Gînga Liana  
022 250-204

Casa Guvernului,  
MD-2012, Chișinău,  
Republica Moldova

Telefon:  
+ 373 22 250 104

E-mail:  
[cancelaria@gov.md](mailto:cancelaria@gov.md)

21

CONFEDERAȚIA NAȚIONALĂ  
A SINDICATELOR DIN MOLDOVA

2012, mun. Chișinău, str. 31 August, 129  
Tel. 266502; 237304; Tel/fax: 234508  
e-mail: office@cnsm.md



НАЦИОНАЛЬНАЯ КОНФЕДЕРАЦИЯ  
ПРОФСОЮЗОВ МОЛДОВЫ

2012, мун. Кишинэу, ул. 31 Август, 129  
Тел. 266502; 237304; Тел/факс: 234508  
e-mail: office@cnsm.md

06.07.2023 Nr.03-02/508

La nr. unic 489/MS/2023

Ministerul Sănătății

Cancelaria de Stat

Prin prezenta, cu referire la *proiectul de Hotărâre a Guvernului privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) (număr unic 489/MS/2023)*, vă comunicăm despre lipsa propunerilor și obiecțiilor.

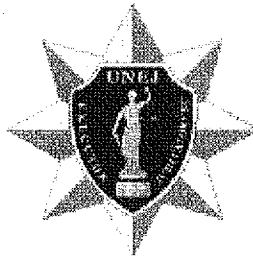
Președinte

Igor ZUBCU

Ex.: Fisticanu Polina,  
022 266 568

06 08 2023

REPUBLICA MOLDOVA  
Uniunea Națională a Executorilor  
Judecătorești



REPUBLIC OF MOLDOVA  
National Union of the Judicial  
Officers

[unejmoldova@gmail.com](mailto:unejmoldova@gmail.com)

Republica Moldova, mun. Chișinău, str. Kiev 3/A, et. 3  
373) 22 876 523

---

05.07.2023 Nr. 584  
La nr.01-02/2304 din 03.07.23

**COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ**

**Domnului Ion Dodon, director**

*Email: [secretariat@cnam.gov.md](mailto:secretariat@cnam.gov.md)*

În contextul recepționării demersului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină din 04.07.2023 (înregistrat cu nr. 899) privind prezentarea avizului la proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală), înregistrat la Cancelaria de Stat cu numărul unic 489/MS/2023, Uniunea Națională a Executorilor Judecătorești comunică lipsa obiecțiilor.

*Cu respect,*

**PREȘEDINTE**

**Roman TALMACI**



## COMPANIA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI ÎN MEDICINĂ

MD-2012, mun. Chișinău, str. Vlaicu Pârcălab, 46; tel. 022 780 240, www.cnam.md; e-mail: secretariat@cnam.gov.md

05.07.2023 Nr. 01-02/2337

La nr.18-69-6701 din 26.06.2023

**Ministerul Sănătății  
Cancelaria de Stat**

Cu referire la proiectul de hotărâre privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) (număr unic 489/MS/2023), Compania Națională de Asigurări în Medicină comunică lipsa de obiecții și propuneri.

**Director general**

Digitally signed by Dodon Ion  
Date: 2023.07.05 16:41:18 MSK  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



**Ion DODON**



Uniunea Avocaților din Republica Moldova  
Союз Адвокатов Республики Молдова  
Union of Advocates of the Republic of Moldova

---

MD-2012, mun. Chișinău, str. București, 46, tel.: 022226152, fax: 022226152  
email: [uniunea.avocaților.rm@gmail.com](mailto:uniunea.avocaților.rm@gmail.com), [www.uam.md](http://www.uam.md)

Nr. UA/422/2023 din 05.07.2023  
La nr. 01-02/2304 din 03.07.2023

Compania Națională de Asigurări în Medicină  
[secretariat@enam.gov.md](mailto:secretariat@enam.gov.md)

Cu referire la proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală), număr unic 489/MS/2023, comunicăm următoarele.

**I. Cu referire la Art. I din proiect, referitor la modificarea Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.**

1.1. În Art. 15, se utilizează într-un context greșit noțiunea de „persoane responsabile”, deoarece norma juridică reglementează dreptul de a cere recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale, caz în care se aplică conceptul de răspundere juridică și noțiunile „persoane vinovate”, „persoane culpabile”, etc. Responsabilitatea persoanei ține de conceptul de discernământ, liberul arbitru și caracterizează gradul de asumare conștientă și voluntară de către o persoană a obligațiilor contractuale sau legale.

**II. Cu referire la Art. II. Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală.**

2.1. La art. 23 alin. (2)<sup>1</sup> menționăm că, *restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă doar în cazul în care prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în mărime a fost achitată în quantum ce depășește mărimea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă*, poate constitui un tratament discriminatoriu în raport cu persoanele prevăzute la alin. (2) care beneficiază de restituirea proporțională a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă. În acest mod se va evita îmbogățirea nejustificată a bugetului de stat prin încasarea primei de asigurare în sumă fixă și a primei de asigurare în mărime procentuală încasată *în aceeași mărime cu cea dintâi*, în rezultat fiind încasată mărimea dublă a primei de asigurare în sumă fixă pentru anul de gestiune respectiv.

2.2. Uniunea Avocaților propune și insistă să fie acceptată propunerea privind modificarea și/sau completarea:

- *alin. (4) art. 23 din Legea nr. 1593/2002, cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală;*

- punctul 2 al Anexei nr. 2 la Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală;

- litera i) de la alin. (4) art. 4 al Legii nr. 1585/1998, cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;

- punctul 10 al Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018,

astfel încât să fie conforme cu Hotărârea Curții constituționale nr. 08 din 06.04.2023, care la §§ 60-62 și 66 a constatat că, excluderea persoanelor din categoria de „*persoană asigurată de Guvern*”, și includerea lor în categoria „*persoană asigurată individual*”, doar pentru motivul că dețin statutul de avocat, nu are la bază un criteriu obiectiv, deoarece nu ia în considerare circumstanțe de ordin obiectiv precum ar fi posibilitatea realizării veniturilor din activitatea profesională de avocat.

2.3. Prin urmare, dacă un avocat are statutul de *veteran de război/persoană cu dizabilități de pe urma războiului sau persoană cu dizabilități, pensionar (în special în cazul pensiei pentru limită de vârstă), persoană care îngrijește la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane, participant la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl, etc.*, avocatul în cauză **trebuie să beneficieze de acest statut și să dispună de asigurare din partea Guvernului din bugetul de stat, în baza acestui statut**, or deținerea concomitentă a statutului de avocat nu constituie un criteriu obiectiv în baza căruia în mod automat persoana trebuie lipsită de beneficiul oferit și altor persoane asigurate de Guvern în temeiul alin. (4) art. 4 al Legii nr. 1585/1998.

2.4. În acest sens, potrivit Hotărârii Curții constituționale nr. 08 din 06.04.2023, „*Se recunoaște constituțional textul „avocații” din punctul 2 al Anexei nr. 2 la Legea nr. 1593 din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în măsura în care nu se aplică în privința persoanelor cu dizabilități severe, accentuate sau medii care dețin o licență de avocat și în cazul persoanelor care asigură creșterea și educarea a patru și mai mulți copii care dețin licență de avocat.*”

2.5. Drept urmare, **este neconstituțional textul „avocații” din punctul 2 al Anexei nr. 2 la Legea nr. 1593 din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, în măsura în care se aplică în privința persoanelor cu dizabilități severe, accentuate sau medii, inclusiv în privința veteranilor de război și invalizilor de război, care dețin o licență de avocat și în cazul persoanelor care asigură creșterea și educarea a patru și mai mulți copii care dețin licență de avocat.**

2.6. În această ordine de idei, dreptul la egalitate nu este decât dreptul de a fi tratat în același mod în care este tratată o persoană care se află într-o situație juridică echivalentă (a se vedea, în acest sens, HCC nr. 13 din 18 ianuarie 2019, § 28). Compararea situațiilor se realizează în baza unor criterii obiective în care se află subiecții comparării și nu în baza unor categorii formale, deoarece **tratamentul diferit trebuie justificat în mod obiectiv și rezonabil** (HCC nr. 30 din 23 septembrie 2021, § 45). Remarcăm că statutul de avocat **nu garantează realizarea unor venituri** și în asemenea situații avocații neangajați care se încadrează concomitent în categoria persoanelor asigurate de Guvern în temeiul alin. (4) art. 4 al Legii nr. 1585/1998, se regăsesc în situații comparabile cu persoanele asigurate de Guvern care nu au calitatea de avocat și nu sunt angajate.

2.7. Mai mult, în raport cu persoanele obligate prin lege să se asigure în mod individual, și anume persoanele menționate în art. 23 alin. (4) din Legea nr. 1593/2002, precum ar fi: **proprietarii de terenuri cu destinație agricolă (lit. a) pct. 1 din anexa nr. 2); titularii de patentă de întreprinzător (lit. d) pct. 1 din anexa nr. 2), care sunt scutite de obligația achitării primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă dacă sunt concomitent persoane asigurate de Guvern în temeiul alin. (4) art. 4 al Legii nr. 1585/1998, avocații, nu beneficiază în mod egal de această scutire, deși se pot afla obiectiv în situații similare.**

2.8. În ambele cazuri atât *proprietarii de terenuri cu destinație agricolă*, cât și *titularii de patentă de întreprinzător*, care concomitent au calitatea de persoane asigurate de Guvern, deși sunt în situația în care dispun de o sursă **potențială de venit din bunurile pe care le dețin sau din activitățile desfășurate și sunt scutiți de obligația achitării primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, avocații**, în schimb, care concomitent au calitatea de persoane asigurate de Guvern conform alin. (4) art. 4 al Legii nr. 1585/1998, totuși sunt obligați la plata primei de asigurare medicală în sumă fixă anume din aceleași motive, că ar dispune de o sursă potențială de venit.

2.9. Acest tratament diferit în situații comparabile **nu are la bază o justificare întemeiată pe un criteriu obiectiv și rezonabil**. În așa mod, **este vorba despre o discriminare vădită între aceste categorii de persoane** pe criteriul profesional (pe criteriul de dispunere de o sursă potențială de venit din bunurile pe care le dețin sau din activitățile desfășurate), fapt care se încadrează în prevederile art. 7 alin. (1<sup>1</sup>), (2) lit. a<sup>1</sup>), g) din Legea nr. 121/2012 cu privire la asigurarea egalității.

Drept urmare, normele juridice care permit un astfel de tratament trebuie revăzute.

2.10. Astfel, propunem următoarele modificări și completări a legislației avizate după cum urmează:

- alin. (4) art. 23 din Legea nr. 1593/2002, cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, va avea următorul conținut: *„Persoanele fizice care, concomitent, fac parte din categoriile de persoane neangajate, asigurate de Guvern, indicate la art. 4 alin. (4) lit. h), i), j), l), m), p), q), r) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, și din categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, prevăzute la pct. 1 lit. a) și pct. 2 din anexa nr. 2 la prezenta lege, nu vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă.”*

- punctul 2 al Anexei nr. 2 la Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, se completează cu o nouă propoziție după cum urmează: *„Persoanele fizice care, concomitent, fac parte din categoriile de persoane neangajate, asigurate de Guvern, indicate la art. 4 alin. (4) lit. h), i), j), l), m), p), q), r) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, și din categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, prevăzute la pct. 1 lit. a) și pct. 2 din anexa nr. 2 la prezenta lege, nu vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă.”*

- litera i) de la alin. (4) art. 4 al Legii nr. 1585/1998, cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, după cuvântul „medii”, se completează cu sintagma: „persoanele cu dizabilități de pe urma războiului”.

- propoziția a doua de la punctul 10. al Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018, va avea următorul conținut: „Pentru persoanele fizice indicate la art. 4 alin. (4) lit. h), i), j), l), m), p), q), r) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, pentru perioada care se încadrează în categoriile prevăzute la pct. 1 lit. a) și pct. 2 din anexa nr. 2 la Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, se va acorda statutul de „persoană asigurată de Guvern”.

Remarcăm că, în privința titularilor patentei de întreprinzători legislația obligă trecerea acestora în alt regim și formă juridică de organizare a activității de întreprinzător.

**Cu respect,**

Digitally signed by Popescu Dorin  
Date: 2023.07.06 15:48:29 EEST  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



**Dorin POPESCU**  
**Președinte al Uniunii Avocaților din Republica Moldova**

Ex. Vladislav Cîrlan

**Tabelul de obiecții și propuneri la proiectul Hotărârii de Guvern "privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative"**

Nr. d/o	Nr. art. /sursa de publicare	Obiecții și propuneri	Comentarii/Argumente
<b>Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală</b>			
1	<p>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 ambulator și spitalicească în cazul bolilor 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>Nu e relevantă propunerea de modificare pe motiv că dublează o normă deja existentă în același act legislativ și anume reglementată prin art.4, alineatul 4 “(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.”, litera h)” gravidele, parturientele și lăuzele;” și reiterat în Programul unic aprobat prin HG 1387/2007, anexa nr.1 (pct.C).</p> <p><i>Se propune în variantă modificată</i></p> <p>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 ambulator și spitalicească în cazul bolilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, conform listei stabilite de Ministerul Sănătății, precum și pentru <b>urgențele medico-chirurgicale majore stabilite prin Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală</b>, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.”</p>	<p>Este imperios necesară <b>completarea art. 4 alin. (4) Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală prin includerea persoanelor neasigurate cu urgențe medico-chirurgicale majore în categoria persoanelor pentru care Guvernul va avea calitatea de asigurat.</b> Pentru argumentarea soluționării problemei abordate, în continuare se invocă cu titlu de exemplu cazurile de Sindrom Coronarian Acut.</p> <p>Prestatorii de servicii medicale publice sau privați incluși în anexa la Ordinul MSMPS nr. 235 din 06.03.2020 sunt obligați să preia de la echipele de asistență medicală urgentă pacienții cu Sindrom Coronarian Acut pentru acordarea asistenței medicale specializată. Prin efectul Ordinului MSMPS nr. 235/2020, serviciul CNAMUP transportă toate persoanele asigurate și neasigurate cu diagnosticul de Sindrom Coronarian Acut sau Infarct Miocardic Acut pentru acordarea asistenței medicale conform orarului în spitalele desemnate prin ordin. Frecvent la data referirii pacienților de către serviciul de urgență aceștia sunt în imposibilitate de a prezenta actele de identitate și de a comunica datele personale pentru verificarea statutului de asigurat în cadrul sistemului AQAM.</p> <p>Totodată, se remarcă că potrivit Anexei 1 la Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, Sindromul Coronarian Acut se încadrează în lista urgențelor medico-chirurgicale majore. Pct. 26 secțiunea a 4-a intitulată “Asistența medicală spitalicească” din HG nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală stabilește expres că internarea urgentă în spital se efectuează necondiționat în cazul în care neacordarea la timp a asistenței medicale în condiții de spital pune în</p>

pericol viața pacientului și/sau a celor din preajmă ori poate avea urmări grave pentru starea sănătății pacientului și/sau a sănătății publice. Constatarea urgenței în fiecare caz concret se efectuează de către medicii specialiști, care examinează pacientul în secția de internare și apreciază starea pacientului, în baza actelor normative în vigoare ale Ministerului Sănătății.

Mai mult de atât, conform pct. 102 alin. (3) Ordinul MS nr. 596/404 din 21.07.2016 cu privire la Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, **internarea de urgență în spital se efectuează necondiționat, indiferent de statutul persoanei asigurat/neasigurat și prezența/absența poliței de asigurare, la trimiterea serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă, inclusiv spitalizarea, prin intermediul serviciului „AVIASAN”, a pacienților cu urgențe medico-chirurgicale în instituțiile medico-sanitare terțiare/municipale, la solicitarea instituțiilor spitalicești raionale și municipale, în cazurile când spectrul și gradul de complexitate a asistenței medicale depășește posibilitățile instituției medico-sanitare respective.**

În aceeași ordine de idei, se remarcă că pct. 7 alin. (6) din Ordinul MS nr. 596/404 din 21.07.2016 stabilește că în toate cazurile, când este necesară acordarea asistenței medicale urgente, situații la care se referă și Sindromul Coronarian Acut, **informația privind statutul persoanei în sistemul AOAM (asigurat/neasigurat) se solicită/verifică doar la finalul acordării asistenței medicale urgente, adică, la data externării pacientului.**

Complementar, se remarcă că art. 20 alin. (2) lit. b) din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 dispune expres că minimul asigurării medicale gratuite cetățenilor Republicii Moldova este garantat de stat conform Constituției și cuprinde asistența medicală în caz de urgențe medico-chirurgicale cu pericol vital, care se acordă prin structurile prestatorilor de servicii medicale de tip ambulator sau staționar, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și a mijloacelor bugetului de stat pe anul respectiv. De asemenea, art. 24 alin. (1) și (3) Legea nr. 411/1995 dispune că persoanele sunt asigurate cu asistență medicală urgentă în caz de pericol pentru viață, iar asistența medicală urgentă se acordă și de instituțiile medico-sanitare proxime, indiferent de tipul de proprietate și forma de organizare juridică. Cu privire la același aspect, se evidențiază că legiuitorul utilizează termenul generic de "persoane", prin

urmare, în accepțiunea *lato sensu*, norma legală se referă atât la persoanele asigurate cât și la cele neasigurate.

Astfel, pe de o parte art. 24 Legea ocrotirii sănătății, precum și pct. 102 alin. (3) Ordinul MS nr. 596/404 din 21.07.2016 cu privire la Normele metodologice de aplicare a Programului unic al ASOAM stabilește obligația tuturor prestatorilor de servicii medicale de a acorda asistență medicală în caz de urgențe vitale precum Sindromul Coronarian Acut sau Infarct Miocardic Acut inclusiv persoanelor neasigurate. Pe de altă parte, art. 3.1 subpunct 7) din Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală aprobat prin HG nr.770/2022, stabilește obligația prestatorului de servicii medicale de a nu refuza acordarea asistenței medicale persoanelor în caz de urgență, iar cheltuielile pentru asistență medicală urgentă în cazul persoanelor neasigurate se vor acoperi în condițiile art. 5 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Sub același aspect, se remarcă că norma de trimitere, adică, art. 5 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 prevede că în cazul persoanelor neasigurate cheltuielile de asistență medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul bolilor 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. În același context, se evidențiază Sindromul Coronarian Acut nu se încadrează în lista bolilor social – condiționate stabilită prin pct. 10 din Ordinul MS nr. 596/404 din 21.07.2016 cu privire la Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. În consecință, pct. 10 din Ordinul MS enunțat mai sus stabilește că persoanele neasigurate vor achita serviciile de asistență medicală acordate în legătură cu tratamentul Sindromului Coronarian Acut sau Infarct Miocardic Acut în corespondere cu costurile prevăzute în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice sau private. Cu privire la acest aspect, se remarcă că în practică majoritatea impunătoare a persoanelor neasigurate nu achită serviciile medicale la externare, invocând lipsa mijloacelor financiare, prin urmare, costurile asistenței medicale acordate sunt suportate de către prestatorii de servicii medicale publici sau privați. Astfel de situații limitează posibilitatea prestatorilor de servicii

			<p>medicale de a prognoza eficient cheltuielile și de a investi mijloace financiare în dispozitive medicale, consumabile, instruirea personalului medical, condiții indispensabile pentru îmbunătățirea constantă a calității serviciilor medicale acordate populației</p>
2	<p>art. 12 alin. (2) va avea următorul cuprins: „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 <b>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;</b></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>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 constate și să examineze contravenții conform Codul contravențional nr. 218/2008;</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><b>Nu se acceptă lit.c)</b></p> <p><b>Nu se acceptă lit.f)</b></p> <p><i>Se propune în final art.12 alin.(2) cu următorul cuprins:</i></p> <p>”art. 12 alin. (2) va avea următorul cuprins: „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</p>	<p><b>Cu referire la lit. c):</b> Dreptul persoanei lezate de a solicita compensarea prejudiciului cauzat este deja garantat de prevederile art. 19 Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, Codul Civil, Cod de Procedură Civilă, prin urmarea dublarea protecției nu este necesară și nu este proporțională în raport cu scopul și interesele protejate de lege. Propunerea de completare necesită o reglementare clară a situațiilor când CNAM poate interveni în interesele altor persoane, iar în condițiile în care, CNAM are atribuția de a încadra prestatorii în sistemul ASOAM de a propune tarifele, de a negocia și semna contracte cu prestatorii, de a îi verifica, de a constata încălcări și de a îi sancționa pe prestatori adăugarea competenței de a înainta acțiuni pentru prejudicii provocate terților implică riscul concentrării tuturor prerogativelor CNAM cu funcții de decizie, control, constrângere, or, această practică contravine tendinței de integrare a bunelor practici europene care presupune deconcentrarea atribuțiilor autorităților publice.</p> <p>Mai mult de atât, reieșind din redacția propusă la lit. c) CNAM va putea interveni la cererea oricărei persoane asigurate care va invoca provocarea prejudiciului cauzat sănătății, astfel, implementarea normei implică cheltuieli suplimentare pentru contractarea juristilor calificați pentru antrenarea în procese de judecată, extinderea echipei, fapt ce nu a fost prevăzut în nota informativă, or cadrul legislativ nu prevede direcționarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală acumulate pentru categoria fondurilor destinate acțiunilor judiciare.</p> <p><b>Cu referire la propunerea de completare la lit. f):</b> Dreptul CNAM de a examina contravenții este deja prevăzut de art. 413 alin. (3) și (4) Cod Contravențional, care reglementează dreptul directorului CNAM de a examina contravenții și de a aplica sancțiuni pentru neprezentarea în termen de către prestatorii de servicii medicale contractați în cadrul ASOAM a declarațiilor, documentelor confirmative, precum și pentru utilizarea neconform a sumelor de bani alocate pentru executarea contractului. Propunerea de completare a legii dublează o normă deja</p>

		<p>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 negocieze cu prestatorii de servicii medicale ofertele prezentate de aceștia pentru încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>d) 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>e) 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>existentă. Mai mult de atât, contractele semnate de CNAM cu prestatorii, de asemenea, stabilesc penalități pentru încălcările enunțate mai sus, prin urmare, interesul public este protejat.</p>
3	<p>Art. 12 alin. (3) lit. c) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: c) să evalueze și 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 mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate, conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;</p>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i> ” Art. 12 alin. (3) lit. c) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: c) să evalueze și 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 mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate, conform mecanismului aprobat de Guvern;”</p>	<p>Pentru minimalizarea premizelor adoptării unor decizii arbitrare în raport cu prestatorii supuși verificării, se impune deconcentrarea atribuțiilor de control către o alta agentie din considerentele expuse la pct. 15 din prezentul tabel cu referire la propunerea ce vizează art. 12 alin. (2) lit. c) Totodată, pentru reglementarea limitelor dreptului de discreție a CNAM în procesul de evaluare se reiterează oportunitatea ca actele normative de reglementare a criteriilor și a metodologiei de evaluare și monitorizare a prestatorilor să fie adoptat de un organ colegial sau prin HG</p>
4	<p>Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>1</sup>) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: să evalueze și monitorizeze dacă livrarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate, modalitatea de aprovizionare, de eliberare și de evidență a acestora,</p>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i> ”Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>1</sup>) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: să evalueze și monitorizeze dacă livrarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale</p>	<p>Vedeți argumentele expuse la pct. 3</p>

	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, <b>conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;</b>	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, <b>conform mecanismului aprobat de Guvern;</b> "	
5	Art. 12 alin. (3) lit. c <sup>2</sup> ) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: să evalueze și monitorizeze respectarea de către furnizorii de medicamente și dispozitive medicale a prevederilor contractelor încheiate cu asiguratorul, <b>conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;</b>	<i>Se propune în variantă modificată</i> "Art. 12 alin. (3) lit. c <sup>2</sup> ) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: să evalueze și monitorizeze respectarea de către furnizorii de medicamente și dispozitive medicale a prevederilor contractelor încheiate cu asiguratorul, <b>conform mecanismului aprobat de Guvern;</b> "	Vedeți argumentele expuse la pct. 3
6	Art. 12 alin. lit. g) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: g) să publice pe pagina sa web oficială:  liniuța a doua se completează cu: „- 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; - Registrul de prețuri cu amănuntul la medicamente și dispozitive medicale compensate <i>din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală</i> , aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;”	<i>Se propune în variantă modificată</i> " Art. 12 alin. lit. g) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: g) să publice pe pagina sa web oficială:  după liniuța a doua se completează cu: „- planul anual de evaluare planificată a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală până la 31 decembrie - planurile de evaluare tematice și inopinante 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; - Registrul de prețuri cu amănuntul la medicamente și dispozitive medicale compensate <i>din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală</i> , aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;”	Pentru o bună transparență și o activitate bine organizată atât din partea CNAM cât și a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice se propune de a se publica pe pagina sa web oficială planul anual de evaluare planificată a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală până la 31 decembrie și planurile de evaluare tematice și inopinante 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, similar cum se reglementează și organizează controlurile de stat prin Legea 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.

7	<p>Art. 13 se completează cu alin. (1<sup>1</sup>)</p> <p>„La examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, Compania Națională de Asigurări în Medicină ține cont de următoarele:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;</li> <li>2) calitatea și eficiența formelor de diagnostic și tratament;</li> <li>3) performanța echipamentului medical, calitatea consumabilelor și medicamentelor utilizate;</li> <li>4) acoperirea geografică cu servicii medicale a populației;</li> <li>5) disponibilitatea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;</li> <li>6) neexecutarea obligațiilor contractuale de către prestatorul de servicii medicale față de Compania Națională de Asigurări Medicină, în care a determinat rezoluțiunea contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale);</li> <li>7) calificarea personalului medical antrenat în prestarea serviciilor medicale;</li> <li>8) satisfacția pacienților.”;</li> </ol>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i></p> <p>Art. 13 se completează cu alin. (1<sup>1</sup>)</p> <p>„La examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, Compania Națională de Asigurări în Medicină va aplica o <b>metodologie de evaluare a ofertelor</b>, în care va ține cont de următoarele:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;</li> <li>2) calitatea și eficiența formelor de diagnostic și tratament;</li> <li>3) performanța <b>dispozitivelor medicale</b>, calitatea consumabilelor și medicamentelor utilizate;</li> <li>4) acoperirea geografică cu servicii medicale a populației;</li> <li>5) disponibilitatea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;</li> <li>6) neexecutarea obligațiilor contractuale de către prestatorul de servicii medicale față de Compania Națională de Asigurări Medicină, în care a determinat rezoluțiunea contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale);</li> <li>7) calificarea personalului medical antrenat în prestarea serviciilor medicale;”</li> </ol>	<p>Pentru obiectivitatea și transparența criteriilor care au stat la baza deciziei, se recomandă adoptarea metodologiei și criteriilor măsurabile pentru evaluarea ofertelor.</p> <p>În motivarea poziției se menționează că condiții precum gradul de satisfacție a pacienților implică factor subiectiv, iar prestatorii sunt în imposibilitate să verifice obiectivitatea datelor cu care operează CNAM la evaluarea ofertei.</p> <p>Prin Legea 102/2017 “cu privire la dispozitivele medicale” este specificată noțiunea de dispozitiv medical, iar în acest sens, necesită a se substitui sintagma “echipamente” cu sintagma “dispozitive”, or pe parcursul legii se face referință la dispozitivele medicale, unul din calificative al cărora este performanța.</p>
8	<p>Art. 13 alin. (2)</p> <p>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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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;</li> <li>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</li> </ol>	<p><i>Se propune în varianta modificată</i></p> <p>Art. 13 alin. (2)</p> <p>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> <ol style="list-style-type: none"> <li>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 recepționării acestora de la Compania Națională de Asigurări în Medicină;</li> <li>b) deciziile Consiliului de administrație al</li> </ol>	<p>Pornind de la experiența și normalitatea deja stabilită de CNAM, procesul de contractare durează în timp (de la câteva săptămâni până la 1 (una) lună), astfel contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale se semnează de prestator, însă avizarea semnarea de către reprezentanții CNAM mai durează în timp, contractul fiind eliberat către prestator cu mult mai târziu, termen ce frecvent depășește 15 zile lucrătoare, situație ce din start impune prestatorul să înclace legislația. Propunerea de publicare a informațiilor susmenționate în termen de 15 zile lucrătoare din data recepționării acestora de la Compania Națională de Asigurări în Medicină ar permite atât CNAM-ului cât și prestatorilor să respecte legislația.</p>

	<p>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>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>	
9	<p>Art. 13 alin. (2) lit. c)  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:  <b>c) raportul anual privind activitatea instituției, până la data de 01 aprilie a anului următor celui de gestiune.”</b></p>	<p><i>Se propune în varianta modificată</i>  Art. 13 alin. (2) lit. c)  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:  <b>c) darea de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, până la data de 01 mai a anului următor celui de gestiune.”</b></p>	<p>În scopul unificării denumirilor de rapoarte și luând în considerație că de fapt denumirea raportului care se prezintă anual de către prestatorii de servicii medicale este Darea de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se propune de a substitui syntagma ” raportul anual privind activitatea instituției” cu sintagma ” darea de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală”. Deasemenea autorul propune în art. 266<sup>1</sup> alin. (2)<sup>1</sup> modificarea denumirii raportului de activitate anual în ”darea de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală” (vedeți modificarea propusă în codul contravențional (pct.33 a tabelului)).  Pornind de la faptul că Legea 287/2017 privind contabilitatea și raportarea financiară, prin art.33. alin. (3) prevede ca  ” (3) Entitatea de interes public este obligată să prezinte situațiile financiare individuale, raportul conducerii și raportul auditorului în termen de 120 de zile de la ultima zi a perioadei de gestiune. Entitatea, cu excepția entității de interes public, este obligată să prezinte situațiile financiare individuale, raportul conducerii și raportul auditorului, după caz, în termen de 150 de zile de la ultima zi a perioadei de gestiune.” Se propune ca termenul de prezentare a dării de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, până la data de 01 mai a anului următor celui de gestiune.</p>
10	<p>Art.15 Dreptul asiguratorului la acțiune în regres</p>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i></p>	<p>Propunerea de completare extinde dreptul CNAM de a solicita</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 <i>fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală</i>.”</p>	<p>”Art.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 <b>asigurate</b> recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale acoperite din <i>fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală</i>.”</p>	<p>și compensarea prejudiciului și în cazul persoanelor neasigurate pentru care asistența medicală prespitalicească, primara și tratamentul în staționar în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice se acopera din bugetul AOAM. Persoanele neasigurate nu se regăsesc în art.4. alin. (4) în care se specifică categoriile de persoane neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova la care Guvernul are calitatea de asigurat, în corespundere cu modificările propuse în alineatul (4) a art.5 la prezentul proiect, or aceste cheltuieli, pentru persoanele neasigurate, urmează a se asigura din bugetul de stat.</p> <p>Cu referire la completare se reiterează argumentele expuse la pct. 15 din prezentul tabel vis-avis d redacția art. 12 alin. (2) și anume că mecanismul de compensare a prejudiciului este deja reglementat de art. 19 Legea ocrotirii sănătății, Codul civil, Codul de Procedură Civilă.</p> <p>Cadru legislative actual ce reglementează asigurarea obligatorie de asistență medicală nu prevede direcționarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală acumulate pentru categoria fondurilor destinate acțiunilor judiciare.</p>
--	---	---

# UIMSP

Uniunea Institutelor  
Medicin Sănătate Private

Nr. 08 din 07.07.2023

**Ministerul Sănătății  
Compania Națională de Asigurări în Medicină**

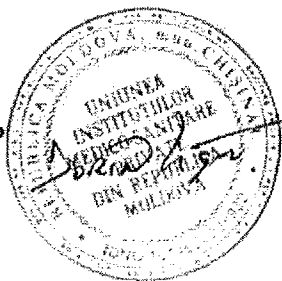
Prin prezenta Asociația patronală Uniunea Instituțiilor Medico-Sanitare Private din Republica Moldova (în continuare (UIMSP) ca răspuns la consultările publice lansate de Ministerul Sănătății prin intermediul platformei [particip.gov.md](https://particip.gov.md), anunț disponibil la următorul link: <https://particip.gov.md/ro/document/stages/proiectul-legii-pentru-modificarea-unor-acte-normative-reglementari-privind-organizarea-sistemului-asigurarii-obligatorii-de-asistenta-medicala/10712> vine cu următoarele propuneri și recomandări în anexă.

În speranța ca se va ajunge la un consens privind conținutul proiectului de act normativ numit, primiți, vă rugăm, asigurările noastre de profund respect.

Cu stimă,

Președintele UIMSP

Dorin LÎȘÎ



Nr.070/2023 din 07.07.2023  
La nr. 01-02/2300 din 03.07.2023

### **Către: Compania Națională de Asigurări în Medicină**

Prin prezenta, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) emite următoarele recomandări la proiectul legii pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală) plasat pentru consultări publice pe platforma <https://particip.gov.md/ro/document/stages/proiectul-legii-pentru-modificarea-unor-acte-normative-reglementari-privind-organizarea-sistemului-asigurarii-obligatorii-de-asistenta-medicala/10712>

**La Art.I pct.1. din proiectul de lege, și anume art. 4 alin. (4), lit. h) din Legea 1585/1998.** Analizând reglementările propuse, precum și informația din documentele aferente proiectului de lege, se constată lipsa analizei impactului economico-bugetar, analiză care nu se regăsește în nota informativă, pentru argumentarea majorării numărului de persoane neangajate propuse pentru asigurare din bugetul de stat. Menționăm că art.30, lit.e) din Legea nr.100/2017 stabilește obligativitatea fundamentării economico-financiare pentru reglementările cu impact asupra bugetului. Pct.5 al Notei informative la proiectul de lege se limitează doar la o propoziție - „Implementarea proiectului se va realiza în limita fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.”. Astfel reiese că statul nu va asigura acoperirea financiară a categoriei de persoane neangajate propuse la Art.I pct.1 din proiectul de lege, și anume art. 4 alin. (4), lit. h) din Legea 1585/1998. Cu toate că numărul de persoane neangajate asigurate de Guvern (mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani) se va dubla în comparație cu numărul de gravide, parturiente și lăuze, care astăzi sunt asigurate din bugetul de stat, proiectul de act normativ rămâne fără acoperire financiară. Menționăm că fraza „Implementarea proiectului se va realiza în limita fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.” a fost utilizată de către autoritățile din sănătate pentru a mușamaliza majorarea, fără acoperire financiară din buget, a categoriilor de persoane neangajate, ceea ce a deteriorat sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Amintim că suma transferurilor din bugetul de stat pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate este limitată. Iar orice reglementare trebuie să respecte prevederile art.131 alin.(6) din Constituția Republicii Moldova conform cărora, nici o cheltuială bugetară nu poate fi aprobată fără stabilirea sursei de finanțare. În acest context, recomandăm includerea în Nota informativă a calculului financiare și a angajamentelor de acoperire a cheltuielilor pentru categoria de persoane neangajate propusă în proiectul de lege.

Totodată, menționăm că norma propusă în proiectul de lege contravine angajamentului asumat în pct. 15.11. - „... inclusiv revizuirea categoriilor de persoane neangajate asigurate din contul statului cu acordarea dreptului de acces la servicii medicale a categoriilor vulnerabile” din Planul de acțiuni al Guvernului pentru anul 2023 și aprobat prin HG nr.90 din 28.02.2023. Menționăm că pct.15.11. din Planul de acțiuni al Guvernului stipulează - **revizuirea categoriilor de persoane neangajate asigurate din contul statului cu acordarea dreptului de acces la servicii medicale a categoriilor vulnerabile.** Astfel, includerea în lista categoriilor de persoane asigurate de către Guvern a persoanelor neangajate ar trebui să fie însoțită de o abordare complexă, nediscriminatorie în raport cu alte categorii de persoane încadrate în sistemul AOAM. Nu totdeauna persoanele care fac parte din categoriile asigurate de stat sunt și persoane social-vulnerabile, cu venituri

mici și pentru care cheltuielile pentru serviciile medicale ar fi împovărătoare sau catastrofale. Dimpotrivă, sunt numeroase persoane, cu venituri mari proprii sau ale gospodăriei din care fac parte, nimerind grație mecanismului categorial imperfect în lista celor scutiți de plata primelor de AOAM. Astfel recomandăm examinarea posibilității de atribuire a calității de persoană asigurată din contul Guvernului ținându-se cont de nivelul veniturilor, folosindu-se, de exemplu, modele similare selectării beneficiarilor de ajutor social și nu modele bazate pe categorii.

**La Art.I pct.2. din proiectul de lege.** Norma propusă în proiectul de lege încalcă art.3. alin.(40, lit. a) din Legea nr.100/2017, deoarece nu este corelată cu prevederile actelor normative de nivel superior sau de același nivel cu care se află în conexiune. Astfel norma propusă în proiectul de lege nu este corelată cu prevederile alin. (2) și alin.(3) din art. 20. al Legii nr.411/1995, care garantează minimul asigurării medicale gratuite cetățenilor Republicii Moldova în conformitate cu Constituția. Prin reglementările din alin. (2) și alin.(3) din art. 20. al Legii nr.411/1995 statul garantează drepturi mult mai largi pentru persoane neasigurate comparativ cu reglementările propuse în proiectul de lege, precum și cu actualele reglementări din art.5 alin.(4) al Legii nr.1585/1998. În asemenea circumstanțe, apar anumite incoerențe între prevederile Legii nr.1585/1998 și Legii nr.411/1995, cu referire la asistența medicală acordată persoanelor neasigurate din FAOAM în cadrul minimului asigurării medicale gratuite oferite de stat. Opinia juridică la prevederile art. 5 alin. (4) din Legea nr.1585/1998<sup>1</sup> evidențiază că lipsa unei reglementări (în esență, explicative) la nivel de Lege nr.1585/1998 nu degreveză statul de obligațiile sale constituționale. Prin urmare, statul rămâne obligat, în temeiul art. 36 alin. (2) din Constituție, la oferirea gratuită cetățenilor săi a minimului de asistență medicală, care trebuie și este stabilit prin art.20 din Legea nr.411/1995. Totuși, având în vedere lipsa de unitate terminologică în repertoriul normativ privind ocrotirea sănătății, în general, și asigurarea medicală a minimului garantat de stat, în special, se consideră că, completarea – fie a art. 20 din Legea nr. 411/1995, fie a Legii nr.1585/1998 – cu o normă care să prevadă expres beneficiarii serviciilor care constituie minimul asigurării medicale garantate de stat – cetățenii Republicii Moldova asigurați și neasigurați, ar fi facilitat aplicarea uniformă a reglementărilor primare, dar și instituirea de mecanisme care să asigure realizarea eficientă și eficace de către stat a obligației constituționale de acordare a minimului asigurării medicale.

**La Art.I. pct.5. din proiectul de lege.** Reglementarea propusă în proiectul de lege, precum și cea existentă în art.8 al Legii nr.1585/1998 în vigoare, nu asigură claritate vis a vis de extinderea volumului serviciilor prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Proiectul de lege nu prevede nicio reglementare pentru CNAM prin care aceasta să ofere, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, pachete suplimentare de servicii medicale (peste Programul unic). Art.1 și art.2 al Legii 1585/1998 definesc clar asigurarea obligatorie de asistență medicală și Programul unic, ceea ce contrazice reglementarea propusă în proiectul de lege precum că „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.” Prin urmare, pentru a evita contradicția menționată supra alin.(1) din pct.5 al proiectului de lege poate avea următorul cuprins:

<sup>1</sup> Opinia Juridică la întrebarea "Dacă Guvernul/Parlamentul trebuia să aducă prevederile art. 5 alin. (4) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală în concordanță cu prevederile art. 20 alin. (2) lit. c1) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, pentru ca Statul să garanteze minimul asigurării medicale gratuite și cetățenilor RM neasigurați CNAM?"  
<http://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/364>

„(1) Prestatorii de servicii medicale care au încheiat contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) cu Compania Națională de Asigurări în Medicină sau cu agențiile ei teritoriale (ramurale) pot presta servicii medicale pentru riscul asigurat în temeiul asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile medicale prestate peste volumul și condițiile prevăzute de Programul unic.”

**La Art.I. pct.7. din proiectul de lege.**

La art. 11. alin. (1) din Legea nr.1585/1998 propunem completarea cu lit. c<sup>1</sup>), lit. c<sup>2</sup>) și lit. c<sup>3</sup>) cu următorul cuprins:

„c<sup>1</sup>) să primească de la prestatorul de servicii medicale informații privind starea sa de sănătate, examinările planificate, procedurile, metoda de tratament și efectele acestuia, domeniul de aplicare, condițiile, precum și locația serviciilor medicale prestate. Informații similare privind persoanele aflate în incapacitate sunt disponibile pentru reprezentanții legali ai acestora;

c<sup>2</sup>) să primească de la prestatorul de servicii farmaceutice, la recepționarea rețetei, informații despre prezența în farmacie a tuturor denumirilor comerciale de medicamente și/sau dispozitive medicale ale aceleiași denumiri comune internaționale de medicament sau tip/categorie de dispozitiv medical prescris, prețurile cu amănuntul a acestora, precum și denumirile comerciale care se încadrează integral în suma fixă compensată și pot fi eliberate în mod gratuit. Informații similare privind persoanele aflate în incapacitate sunt disponibile pentru reprezentanții legali ai acestora;

c<sup>3</sup>) să se adreseze asiguratorului și instanței de judecată în ceea ce privește încălcarea de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sau de către de asigurator, a actelor normative care reglementează asigurarea obligatorie de asistență medicală.”

Cu referire la propunerea, din proiectul de lege, de abrogare a alin. 3) din art.11 din Legea nr.1585/1998. Regretăm faptul că autoritățile din sănătate, timp de 3 ani de zile de la aprobarea Legii 110/2020, nu au reușit să elaboreze și să promoveze spre aprobare la Guvern un mecanism clar de achitare/încasare a plăților pentru serviciile medicale acordate peste volumul și condițiile Programul unic. Anume, neclaritățile și neînțelegerile atât a prestatorilor de servicii medicale cât și a persoanelor asigurate privind serviciile medicale acordate în volumul și condițiile Programului unic, precum și cele acordate peste acesta mențin și stimulează plățile neformale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Este nelalocul lui argumentul din Nota informativă, care se referă la abrogarea alin. (3) din art. 11. al Legii 1585/1998, precum că 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 antreprenoriat 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. Menționăm că reglementarea din alin. (3) art. 11. al Legii 1585/1998 în vigoare nu se referă doar la mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale, ci și la modul de achitare/încasare a acestor plăți de la persoanele asigurate cărora le-au fost acordate servicii medicale peste volumul și condițiile Programului unic la care în Nota informativă nu se aduce niciun argument în favoarea abrogării acestuia.

**La Art.I. pct. 8 din proiectul de lege.**

La art. 12. alin. (2) din proiectul de lege propunem completarea cu lit. h), lit. i), lit. j), lit.k) și lit.l) cu următorul cuprins:

„h) să propună Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate retragerea certificatului de acreditare a prestatorului de servicii medicale care nu asigură calitate serviciilor medicale în corespundere cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale).

i) să solicite autorităților din sănătate competente, în cazul în care constată că serviciile medicale prestate nu sunt conforme cu prevederile actelor normative, să verifice calificările profesionale ale personalului medical;

j) să efectueze analize a evoluției structurii, disponibilității și calității serviciilor medicale acoperite din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, și să le publice pe pagina-web oficială a sa;

k) să analizeze și să evalueze impactul asupra sănătății al activităților comerciale, economice sau de altă natură ale întreprinderilor, instituțiilor, organizațiilor, să prezinte propuneri în acest sens Consiliului de administrație al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, să organizeze și să achite, din fondul măsurilor de profilaxie, serviciile de monitorizare selectivă a sănătății persoanelor asigurate;

l) să informeze persoanele asigurate cu privire la serviciile de prevenire a îmbolnăvirilor și profilaxie a bolilor, acoperite de mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la procedura, condițiile și locația de acordare a acestora.”.

La art. 12. alin.3 lit. c) și c<sup>1</sup>) din proiectul de lege propunem substituirea sintagmei „prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină” cu sintagma „de Guvern”.

La art.12. alin. (3) lit. g) din legea nr.1585/1998 propunem completarea cu o liniuță cu următorul conținut:

„- rapoartele integrale ale sondajelor de satisfacție a persoanelor asigurate realizate sub auspiciile sale.”

La art.12. alin. (3) din legea nr.1585/1998 propunem completarea cu litera d<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„d<sup>1</sup>) 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;”.

**La Art.I. pct. 9 din proiectul de lege.** Alin. (1<sup>1</sup>) din proiectul de lege propunem a fi redenumit în alin. (1<sup>2</sup>). Recomandăm completarea art. 13 din Legea nr.1585/1998 cu alin. (1<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:

„(1<sup>1</sup>) Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sunt obligați:

1) să asigure disponibilitatea, accesibilitatea și caracterul adecvat al serviciilor medicale și farmaceutice garantate prin asigurarea obligatorie de asistență medicală pentru persoanele asigurate;

2) să se asigure că toate persoanele asigurate beneficiază de drepturi egale atunci când primesc servicii medicale și farmaceutice în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;

3) să informeze persoana asigurată despre serviciile medicale și farmaceutice care nu sunt acoperite din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, condițiile și procedura de acordare a acestora.”.

Cu respect, Digitally signed by Gherman Sergiu  
Date: 2023.07.07 14:54:29 EEST  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



**Sergiu Gherman**

**Director**

**Nr. 66**  
**Din 7 iulie 2023**

**Ministerul Sănătății**

**Copie: Compania Națională de Asigurări în Medicină**  
**Secretariatul Consiliului Economic PM**

**Ref:** *Elaborarea proiectului Hotărârii Guvernului „Privind aprobarea Proiectului legii pentru modificarea unor acte normative” (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)*

**Stimată Doamnă/Domn,**

Companiile-membre ale Asociației Investitorilor Străini (FIA Moldova) Vă salută și exprimă înaltele sale considerațiuni.

Prin prezenta, remitem Avizul **repetat** asupra proiectului Hotărârii Guvernului „Privind aprobarea Proiectului legii pentru modificarea unor acte normative” (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală) și care conține o serie de recomandări și propuneri (în Anexă), ca răspuns la consultările publice lansate de Ministerul Sănătății prin intermediul platformei particip.gov.md, anunț disponibil la următorul link:

<https://particip.gov.md/ro/document/stages/proiectul-legii-pentru-modificarea-unor-acte-normative-reglementari-privind-organizarea-sistemului-asigurarii-obligatorii-de-asistenta-medicala/10712>

În speranța că recomandările prezentate vor fi luate în considerare, Vă mulțumim anticipat și solicităm respectuos organizarea consultărilor în format extins.

**Cu profund respect,**  
**Director executiv**  
**Ana Groza**

**Notă:** *Asociația Investitorilor Străini reunește 25 companii – cei mai mari investitori din Republica Moldova, investițiile cărora provin din 14 țări, cu peste 21.000 de angajați. Volumul total al investițiilor companiilor-membre FIA depășește 2 miliarde 300 milioane euro, ceea ce constituie aproximativ 18%*



**consiliul pentru egalitate**  
**совет по равенству**  
**equality council**

bd. Ștefan cel Mare și Sfânt 180, of. 404,  
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova / Republic of Moldova  
бул. Штефан чел Маре 180, оф. 404,  
MD-2004, Кишинев, Республика Молдова  
+373 22 212 817; info@egalitate.md; www.egalitate.md

Nr. 04/847 din 07.07.2023

**Ministerul Sănătății**  
[secretariat@ms.gov.md](mailto:secretariat@ms.gov.md)

**Dnei Mariana Zadnipru**  
[mariana.zadnipru@ms.gov.md](mailto:mariana.zadnipru@ms.gov.md)

Consiliul pentru egalitate, în temeiul art. 12 alin. (1) lit. b) și c) al Legii nr. 121/2012 cu privire la asigurarea egalității și pct. 21 lit. (b) al Legii nr. 298/2012 cu privire la activitatea Consiliului pentru egalitate, a luat act de proiectul legii pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală) și înaintează următoarea propunere.

În contextul procesului de asociere a Republicii Moldova la Uniunea Europeană, Consiliul propune armonizarea legislației privind asigurarea obligatorie de asistență medicală la Directiva UE 2013/33 de stabilire a standardelor pentru primirea solicitanților de protecție internațională (reformare). Articolele 21 și 22 ale Directivei prevăd că statul trebuie să ia măsuri speciale pentru respectarea dreptului la sănătate a solicitanților de azil care fac parte din categoria grupurilor vulnerabile, precum minorii, minorii neînsoțiți, persoanele cu dizabilități, persoanele în vârstă, femeile însărcinate, părinții singuri cu copii minori, victimele traficului de persoane, persoanele care suferă de afecțiuni grave, persoanele cu afecțiuni mintale și persoanele care au fost supuse torturilor, violurilor sau altor forme grave de violență psihologică, fizică sau sexuală.

Consiliul menționează că a examinat<sup>1</sup> situația solicitanților de azil în acces la asistența medicală. Astfel, Consiliul a constatat că solicitanții de azil sunt asigurați, în conformitate cu legislația în vigoare, cu asistență medicală urgentă la etapa prespitalicească în caz de stări acute care pun în pericol viața. Cu alte cuvinte, solicitanții de azil, deși nu sunt subiecți ai sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, pot beneficia de asistență medicală de urgență sau pot solicita prestarea contra plată a unui serviciu medical de care au nevoie, ori pot să se asigure în mod facultativ la asigurătorii privați din Republica Moldova. Totodată, Consiliul constată că nu toți solicitanții de azil sunt în situație similară. Astfel, precum prevede Directiva UE 2013/33, minorii, minorii neînsoțiți, persoanele cu dizabilități, persoanele în vârstă, femeile însărcinate, părinții singuri cu copii minori, victimele traficului de persoane, persoanele care suferă de afecțiuni grave, persoanele cu afecțiuni mintale și persoanele care au fost supuse torturilor, violurilor sau altor forme grave de violență psihologică, fizică sau sexuală sunt persoane vulnerabile care au nevoi speciale și trebuie să se bucure de sprijinul specific din partea statului.

<sup>1</sup> [https://egalitate.md/wp-content/uploads/2016/04/Decizie\\_neconstatare\\_237\\_2018.pdf](https://egalitate.md/wp-content/uploads/2016/04/Decizie_neconstatare_237_2018.pdf)

Din aceste considerente, în vederea armonizării legislației aferente azilului și asigurării medicale obligatorii prin raportare la cadrul normativ european, **Consiliul reiterează recomandarea de a se modifica art. 4 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală prin completarea listei beneficiarilor de asigurare medicală din partea statului cu persoanele solicitante de azil din grupurile vulnerabile enumerate în art. 21 al Directivei UE 2013/33.**

**Președinte**

Digitally signed by Feldman Ian  
Date: 2023.07.07 09:11:59 EEST  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



**Ian FELDMAN**

INSTITUTUL NAȚIONAL AL JUSTIȚIEI  
DIN REPUBLICA MOLDOVA

MD-2004, mun. Chișinău, str. S. Lazo, 1  
Tel./fax: (+373 22) 23 27 55  
[inj@inj.gov.md](mailto:inj@inj.gov.md), [www.inj.md](http://www.inj.md)



NATIONAL INSTITUTE OF JUSTICE  
REPUBLIC OF MOLDOVA

MD-2004, Chișinău, 1 Serghei Lazo, St.  
Tel./fax: (+373 22) 23 27 55  
[inj@inj.gov.md](mailto:inj@inj.gov.md), [www.inj.md](http://www.inj.md)

*10.04.2023 nr. 199-JN<sup>19</sup>*

**Domnului Ion DODON,  
Director general,  
Compania Națională de Asigurări în Medicină**

**Stimate domnule Director,**

Cu referire la scrisoarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 01-02/2304 din 3 iulie 2023 privind prezentarea avizului asupra proiectului de Lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) (număr unic 489/MS/2023), Institutul Național al Justiției Vă expediază, în anexă, avizul emis.

*În speranța continuării bunei colaborări, Vă rugăm să primiți expresia înaltei noastre considerațiuni.*

**Cu respect,**

  
**Ecaterina POPA,  
Director interimar**

*Anexă: Avizul asupra proiectului de Lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală)*

**A V I Z**  
**asupra proiectului de Lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări  
privind asigurarea obligatorie de asistență medicală)**

Institutul Național al Justiției a examinat proiectul de Lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală), (nr. unic 489/MS/2023) și comunică susținerea acestuia, cu următoarele propuneri de îmbunătățire a actului normativ.

Potrivit proiectului de lege supus consultărilor publice, se propune completarea art. 6 alin. (3) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, cu lit. a<sup>1</sup>) cu următorul cuprins: a<sup>1</sup>) informației prezentate de Institutul Național al Justiției privind audienții cursurilor de formare inițială a judecătorilor și a procurorilor.

În sensul Legii nr. 152 din 8 iunie 2006 privind Institutul Național al Justiției, *inter alia* Institutul este o instituție publică ce realizează formarea inițială a candidaților la funcțiile de judecător și de procuror.

Conform dispozițiilor art. 19 alin. (3) din Legea nr. 152/2006, persoanele care au promovat concursul de admitere, din momentul de emiteră a ordinului directorului de admitere, capătă statutul de audient al cursurilor de formare inițială.

Din textul normei legale citate *supra* derivă că legiuitorul a stabilit că persoanele care au promovat concursul de admitere, capătă statutul de audient al cursurilor de formare inițială, sintagma „*formarea inițială a judecătorilor și procurorilor*” nefiind utilizată în actul normativ enunțat.

Prin urmare, propunem ca textul de la art. 6 alin. (3) lit. a<sup>1</sup>) să aibă următorul cuprins: „a<sup>1</sup>) informației prezentate de Institutul Național al Justiției privind audienții cursurilor de formare inițială”.

Recomandarea formulată se întemeiază inclusiv și pe faptul că, după absolvirea Institutului Național al Justiției, audienții nu sunt numiți direct în funcție, aceasta realizându-se doar după respectarea unei proceduri de selecție și participare la concurs.



## CANCELARIA DE STAT A REPUBLICII MOLDOVA

Nr. 26/2-69-7046

Chișinău

04 iulie 2023

**Ministerul Sănătății**

*Referitor la număr unic 489/MS/2023*

Urmare a examinării proiectului de hotărâre a Guvernului privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) comunicăm următoarele.

### **Cu referire la proiectul de lege**

#### ***La Art.I. Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală***

**La punctul 1.** Propunerea de completare a *art. 4, alin.(4), lit. h)* cu o nouă categorie de persoane asigurate de către Guvern și anume "lăuzele și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani", contravine obiectului de reglementare a acțiunii nr.15.11 din Planul de acțiuni al Guvernului pentru anul 2023 aprobat prin Hotărârea Guvernului (HG) nr.90/2023, și anume de revizuire a categoriilor de persoane neangajate asigurate din contul statului cu acordarea dreptului de acces la servicii medicale a categoriilor vulnerabile. În acest context este de menționat că, nota informativă la proiect nu conține argumente referitor la numărul de persoane în această categorie, costul estimativ al acestei propuneri pe termen scurt cât și mediu, dacă în bugetul de stat sunt planificate surse suplimentare în acest sens sau acoperirea cheltuielilor urmează a fi efectuată în limita sumei transferurilor de la bugetul de stat către fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală prevăzută pentru anul curent cât și anii următori.

Prevederile expuse la *lit.k), alin (4) al art.4,* se propun a fi excluse, din considerentul amendării acesteia de către Ministerul Muncii și Protecției Sociale prin proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (activarea pieței forței de muncă) înregistrat cu număr unic 527/MMPS/2023 și anunțat în procedură de avizare.

**La punctul 3.** Propunerea de modificare a termenului de suspendare a statutului de persoană asigurată în mod individual de la 31 decembrie la 31 ianuarie al anului următor de gestiune (*art.6, alin. (4) lit.d)*) se consideră una neargumentată și contravine mai multor acte normative, în special Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014, prevederile art. 5, principiul anualității prin care "bugetele se aprobă pentru o perioadă de un an bugetar", iar anul bugetar începe cu 01 ianuarie și

se încheie la 31 decembrie. Concomitent, contravine și prevederilor art.17, alin. (4) din Legea nr.1585/1998, conform căroră, mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă se calculează prin aplicarea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală

la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici, care ca rezultat se calculează pentru un an (12 luni) și nu pentru 13 luni. În consecință, propunerea respectivă va reduce nivelul încasărilor în luna ianuarie.

**La punctul 8.** Modificările propuse *la art. 12* prin excluderea prevederilor actuale ce țin de obligativitatea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM) de a încheia cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, selectați conform criteriilor aprobate de Guvern, contracte de acordare a asistenței medicale și de eliberare a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală nu sunt argumentate, or raționamentul aprobării criteriilor printr-o HG reiese din importanța și necesitatea consultării publice a acesteia, cu respectarea procedurilor de transparență.

**La punctul 9.** Completarea *art. 13* cu un alineat nou care stabilește criteriile de care trebuie să țină cont CNAM la examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, în opinia Cancelariei de Stat, reglementarea acestora prin lege este riscantă, luând în considerare necesitatea pe viitor a modificării acestora. Totodată, unele criterii ar fi nerealizabile și favorizează anumiți prestatori, în cazul respectiv, prestatorii privați, după cum urmează:

- cu referire la necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, nu este clar (i) dacă autorul se referă la toate tipurile de servicii sau doar la cele urgente sau planificate, (ii) cum vor fi estimate necesitățile și de către cine, (iii) după care criterii/indicatori urmează a fi estimate necesitățile.

- cât privește performanța echipamentului medical, calitatea consumabilelor și medicamentelor utilizate, este de precizat că, având în vedere baza tehnico-materială a prestatorilor publici, aceștia nu vor putea concura cu prestatorii privați. În ceea ce privește calitatea consumabilelor și medicamentelor utilizate, nu este clar cum va fi estimată această calitate, luând în considerare că pentru prestatorii de servicii medicale publici, achizițiile sunt efectuate de către Centrul pentru achiziții centralizate în sănătate, bazat pe prețul cel mai mic și nu calitate, iar prestatorii privați desfășoară achizițiile având la bază alte criterii decât cele financiare.

- satisfacția pacienților, se consideră a fi un criteriu în defavoarea prestatorilor publici. Satisfacția pacientului este legată și de condițiile de spitalizare, iar cele mai bune condiții sunt la prestatorii privați.

***La Art.II. Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală***

**La punctul 6.** Completările propuse *la art.23* ce țin de restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă, precum și a celor achitate în plus care urmează a fi efectuate, la cerere, de către CNAM, conform modului stabilit prin ordin al directorului general al CNAM, contravin principiului solidarității de organizare a sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, potrivit căruia

plătitorii primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală achită contribuțiile respective în funcție de venit, iar persoanele asigurate beneficiază de asistență medicală și farmaceutică în funcție de necesități. În acest context, rămân incerte aplicarea prevederilor de către CNAM în anul următor anului în care au fost achitate primele (înregistrarea datoriilor față de persoane fizice, planificarea în Legea anuală a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală a acestor cheltuieli și la care fond, or CNAM din contul mijloacelor acumulate constituie și gestionează 5 fonduri: fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice, fondul măsurilor de profilaxie, fondul de rezervă, fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale și fondul de administrare al sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală).

În afară de aceasta, prevederile propuse sunt discriminatorii în raport cu persoanele incluse la începutul anului în una din categoriile de persoane prevăzute în anexa nr.1 (plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense), care din varii motive modifică raporturile pe parcursul anului, fiind obligați să achite prima de asigurare în sumă fixă.

#### ***Cu referire la Nota informativă***

Compartimentul 5 "Fundamentarea economico-financiară", pomind de la prevederile art.30 din Legea nr.100/2017 cu privire la actele normative, urmează să descrie impactul financiar al prevederilor proiectului în cauză.

În acest sens, se propune de a completa Nota informativă cu costul necesar pentru punerea în aplicare a prevederilor proiectului, cu indicarea expresă a surselor de finanțare a cheltuielilor atât pentru anul 2023, cât și pe termen mediu, întrucât potrivit prevederilor art.17 alin.(2) din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014, pe parcursul anului bugetar în curs nu pot fi puse în aplicare decizii care duc la reducerea veniturilor și/sau majorarea cheltuielilor bugetare, dacă impactul financiar al acestora nu este prevăzut în buget.

În contextul celor expuse, Cancelaria de Stat este disponibilă de a examina repetat proiectul de lege în urma definitivării acestuia prin prisma celor menționate, inclusiv a propunerilor/obiecțiilor și recomandărilor autorităților avizatoare.

**Secretar general al Guvernului**

*/semnat electronic/*

**Artur MIJA**

Digitally signed by Mija Artur  
Date: 2023.07.05 07:29:29 EEST  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova





**CAMERA NOTARIALĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA**

**adresa: MD-2012, mun. Chișinău, str. București 90, of.16**

**[www.cnm.md](http://www.cnm.md); [camera.notariala@cnm.md](mailto:camera.notariala@cnm.md), (022) 000 701, (022) 000 702, 061077753**

**Nr. 323 din 10 iulie 2023**

**la nr. 01-02/2304 din 03.07.2023**

**Compania Națională de Asigurări în Medicină**

**MD-2012, mun. Chișinău, str. Vlaicu Pîrcălab, 46**

**[secretariat@cnam.gov.md](mailto:secretariat@cnam.gov.md)**

Camera Notarială a examinat proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) – număr unic 489/MS/2023, și comunică următoarele.

Printre propunerile din proiect se regăesc și modificarea reglementărilor privind asigurarea medicală a liber-profesioniștilor care practică activitate în sectorul justiției și se asigură în mod individual prin achitarea primei de asigurare medicală obligatorie în sumă fixă.

Astfel, proiectul propune:

- Reglementarea posibilității persoanelor fizice care au achitat prima de asigurare medicală în sumă fixă de a beneficia de serviciile medicale până la 31 ianuarie a anului de gestiune următor;

- Menținerea statutului de asigurat a liber-profesioniștilor care practică activitate în sectorul justiției pe durata concediului de maternitate sau a concediului pentru îngrijirea copilului cu vârsta de până la 3 ani similar persoanelor angajate;

- Abrogarea prevederii de înregistrare 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 licenței;

- Reglementarea posibilității de restituire a primei de asigurare obligatorie achitată în sumă fixă pentru persoanele 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;

- Beneficierea de statutul de asigurat pentru persoanele fizice care achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă cu depășirea termenului de 31 martie, de la data achitării primei de asigurare și a penalităților aferente;

- Excluderea răspunderii contravenționale pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termenul stabilit de Legea nr. 1593/2002.

În partea acestor propuneri din proiect, se vizează soluționarea unor aspecte privind asigurarea medicală a liber-profesioniștilor care practică activitate în sectorul justiției prin care se defavorizează reprezentanții profesiilor juridice conexe justiției cu persoanele angajate. Sub acest aspect, Camera Notarială susține propunerea privind menținerea statutului de asigurat a liber-

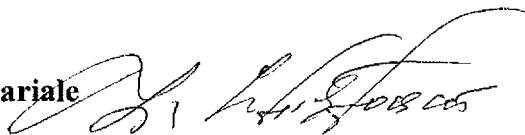
Prin Hotărârea Curții constituționale nr. 08 din 06.04.2023 privind excepțiile de neconstituționalitate a unor prevederi din articolul 4 alin. (4) din Legea nr. 1585 din 27 februarie 1998, din articolul 23 alin. (4) din Legea nr. 1593 din 26 decembrie 2002 și punctul 10 al Regulamentului aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246 din 19 decembrie 2018, Curtea a statuat că excluderea persoanelor din categoria de „persoană asigurată de Guvern”, și includerea lor în categoria „persoană asigurată individual”, doar pentru motivul că dețin statutul de avocat, nu are la bază un criteriu obiectiv, deoarece nu ia în considerare circumstanțe de ordin obiectiv precum ar fi posibilitatea realizării veniturilor din activitatea profesională de avocat. Considerăm constatările Curții Constituționale relevante și pentru notari, care de comun cu avocații sunt obligați să se asigure individual în sistemul de asigurare medical. Prin urmare, dacă un avocat / notar are statutul de veteran de război/persoană cu dizabilități de pe urma războiului sau persoană cu dizabilități, pensionar (în special în cazul pensiei pentru limită de vârstă), persoană care îngrijește la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane, participant la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl, etc., acesta trebuie să beneficieze de acest statut și să dispună de asigurare din partea Guvernului din bugetul de stat, în baza acestui statut, or deținerea concomitentă a statutului de liber – profesionist în sectorul justiției nu constituie un criteriu obiectiv în baza căruia în mod automat persoana trebuie lipsită de beneficiul oferit și altor persoane asigurate de Guvern în temeiul alin. (4) art. 4 al Legii nr. 1585/1998. 2.4.

În acest sens, potrivit Hotărârii Curții constituționale nr. 08 din 06.04.2023, „Se recunoaște constituțional textul „avocații” din punctul 2 al Anexei nr. 2 la Legea nr. 1593 din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în măsura în care nu se aplică în privința persoanelor cu dizabilități severe, accentuate sau medii care dețin o licență de avocat și în cazul persoanelor care asigură creșterea și educarea a patru și mai mulți copii care dețin licență de avocat.”

Considerăm că liberii-profesioniști din sectorul justiției care face parte din categoriile de persoane asigurate de Guvern, indicate la art. 4 alin. (4) lit. h), i), j), l), m), p), q), r) din Legea nr. 1585/1998 și concomitent din categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă nu urmează să achite prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă. Prin urmare, se propune expunerea alin. (4) art. 23 din Legea nr. 1593/2002, cu următorul conținut: „Persoanele fizice care, concomitent, fac parte din categoriile de persoane neangajate, asigurate de Guvern, indicate la art. 4 alin. (4) lit. h), i), j), l), m), p), q), r) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, și din categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, prevăzute la pct. 1 lit. a) și pct. 2 din anexa nr. 2 la prezenta lege, nu vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă.”

În concluzie, propunerile conținute în proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) sunt oportune și reprezintă o adaptare potrivită a reglementărilor privind sistemul de asigurare medicală pentru liberii-profesioniști care practică activitate în sectorul justiției, însă ar fi oportună și luarea în considerare a propunerilor formulate mai sus.

Președintele Camerei Notariale



Lilia CHIRTOACĂ