

**Nr. 60**  
**Din 6 iunie 2023**

**Ministerul Sănătății**

**Copie: Compania Națională de Asigurări în Medicină**

**Ref:** *Elaborarea proiectului Hotărârii Guvernului „Privind aprobarea Proiectului legii pentru modificarea unor acte normative”*

**Stimată Doamnă/Domn,**

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

Prezentul Aviz 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: [Elaborarea proiectului Hotărârii Guvernului „Privind aprobarea Proiectului legii pentru modificarea unor acte normative” | Particip.gov.md](#)

În speranța că recomandările prezentate vor fi luate în considerare, Vă mulțumim anticipat pentru dedicație și declarăm deschiderea pentru a participa la consultări.

**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%*

**Tabelul de obiecții și propuneri la Privind aprobarea proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative  
(Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Codul contravențional 218/2008)**

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	art. 4 alin. (2) Asiguratul este persoana fizică obligată prin lege să-și asigure riscul propriu de a se îmbolnăvi <b>sau Guvernul pentru categoriile de persoane prevăzute la alin. (4)</b>	Nu sunt obiecții	
2	Art. 4 alin. (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: h) gravidele, parturientele și lăuzele <b>și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani;</b> k) șomerii înregistrați la <b>subdiviziunile</b> teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;	<i>Se propune în varianta modificata:</i> "Art. 4 alin. (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: h) gravidele, parturientele și lăuzele <b>și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani;</b> k) șomerii înregistrați la <b>subdiviziunile</b> teritoriale pentru ocuparea forței de muncă; <b>l) persoanele neasigurate cu urgențe medico-chirurgicale majore"</b>	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.  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 AOAM.

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 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 Miorcardic 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 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

			<p>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 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 publice 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,</p>
--	--	--	---

			instruirea personalului medical, condiții indispensabile pentru îmbunătățirea constantă a calității serviciilor medicale acordate populației.
3	<p>Art. 4 alin. (9) Evidența nominală a categoriilor de persoane asigurate de către Guvern, indicate la alin.(4), se ține de următoarele instituții abilitate ale Republicii Moldova: d) autoritățile administrației publice locale – pentru categoria indicată la alin.(4) lit.l) privind persoanele cu dizabilitate severă cu vârsta de la 18 ani;</p>	Nu sunt obiecții	
4	<p>Art. 4 alin. (9) se completează cu lit. d<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:  „d<sup>1</sup>) structurile teritoriale de asistență socială – pentru categoria indicată la alin. (4) lit. n)”</p>	Nu sunt obiecții	
5	<p>Art. 4 alin. (9<sup>1</sup>) se completează cu lit. c) cu următorul cuprins: „c) cererii și documentelor confirmative – pentru persoanele asigurate, menționate la alin. (4) lit. j) (se refera la pensionari), ce au atins vârsta standard de pensionare conform legislației naționale, dar beneficiază de pensie din partea altui stat.”;</p>	Nu sunt obiecții	
6	alin. (9 <sup>2</sup> ) se abrogă	Nu sunt obiecții	
7	<p>Art. 6 alin. (2) Statutul de persoană asigurată conferă dreptul de a beneficia de volumul integral de asistență medicală</p>	Nu sunt obiecții	

	prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și acordat de prestatorii de servicii medicale și farmaceutice contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină.		
8	Art. 6 alin. (3) se completează cu lit. a <sup>1</sup> ) cu următorul cuprins: <b>„a<sup>1</sup>) informației prezentate de Institutul Național al Justiției privind audienții cursurilor de formare inițială a judecătorilor și a procurorilor;”;</b>	Nu sunt obiecții	
9	Art. 6 alin. (4) lit. d) va avea următorul cuprins: <b>„d) persoanelor care au achitat prima de asigurare în sumă fixă pentru anul de gestiune la 31 ianuarie al anului următor celui de gestiune, cu excepția cazurilor când persoanele se află în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani;</b>	Nu sunt obiecții	
10	Art. 6 <sup>1</sup> alin. (3) Statutul persoanei fizice asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se confirmă prin interogarea electronică a sistemului informațional al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, utilizând numărul de identificare de stat seria și <b>numărul buletinului de identitate provizoriu pentru persoanele care nu dețin număr de identificare de stat.</b>	Nu sunt obiecții	
11	<b>Redactie noua</b> Art. 8. Prestarea serviciilor <i>medicale</i> peste Programul unic	Nu sunt obiecții	

	<p>(1) Volumul serviciilor prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate.</p> <p>(2) Prestatorii de servicii medicale acordă asistență în cadrul asigurărilor facultative de sănătate fără a aduce prejudicii volumului și calității asistenței medicale acordate în conformitate cu Programul unic.”</p>		
12	<p>Se exclude</p> <p>Art. 10 alin. (2) Asiguratul, inclusiv mediatorii, notarii, avocații, executorii judecătorești, experții judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, interpreții și traducătorii, administratorii autorizați, este obligat:</p> <p>a) în cazul unităților și al persoanelor fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat, al mediatorilor, al notarilor, al avocaților, al executorilor judecătorești și al experților judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, al interpreților și traducătorilor, al administratorilor autorizați, să se înregistreze ca plătitor de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală la agenția teritorială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de o lună de la data eliberării deciziei de înregistrare, a atestatului de mediator, a licenței de notar, de avocat, de executor judecătoresc sau de expert judiciar care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, a autorizației pentru activitatea de interpret și/sau traducător, administrator autorizat;</p> <p>b) să achite primele de asigurare în mărimea, în modul și în termenele stabilite de legislație;</p>	Nu sunt obiecții	

	<p>c) să nu împiedice realizarea măsurilor de depistare și studiere a factorilor cu influență nefavorabilă asupra sănătății contingentului care urmează să fie asigurat (sau este deja asigurat) și, în limitele competenței sale, să întreprindă măsuri de înlăturare a lor;</p> <p>d) să prezinte asiguratorului, utilizînd metode automatizate de raportare electronică, prin intermediul instituțiilor abilitate, indicate la art.4 alin.(9), listele de evidență nominală a persoanelor asigurate, conform modelului stabilit de asigurator, precum și modificările survenite în acestea, pînă la data de 7 a lunii următoare celei în care au avut loc schimbările.</p>		
13	<p>Art. 11 alin. (2) lit. b) va avea următorul cuprins:  <b>„să achite direct prestatorului de servicii medicale, la momentul acordării asistenței medicale, costul serviciilor medicale care i-au fost acordate peste volumul și condițiile prevăzute de Programul unic;</b></p>	Nu sunt obiecții	
14	<p>Se abrogă  Art. 11 alin. (3)  Mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți, prevăzute la alin.(2) lit.b), se aprobă de către Guvern.</p>	Nu sunt obiecții	
15	<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</p>	<b>Nu se acceptă lit.c)</b>	<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</p>

<p>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><b>c) să intenteze acțiuni prestatorului de servicii medicale sau lucrătorului medical, prestatorului de servicii farmaceutice în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat sănătății persoanei asigurate din culpa acestora;</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><b>f) să constate și să examineze contravenții conform Codul contravențional nr. 218/2008;</b></p>	<p>Nu se acceptă lit.f)</p>	<p>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 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 orcărei persoane asigurate care va invoca provocarea prejudiciului cauzat sanataii, 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.</p> <p><b>Cu referire la propunerea de completare la lit. f):</b></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><i>Se propune în final art.12 alin.(2) cu următorul cuprins:</i>  ”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;</p>	<p>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>
--	---	---	--

		<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>	
16	<p>Art. 12 alin. (3) lit. a<sup>1</sup></p> <p>Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: „ a<sup>1</sup>) să gestioneze fondurile stabilite de prezenta lege;”</p>	Nu sunt obiecții	
17	<p>Art. 12 alin. (3) lit. c)</p> <p>Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: c) să <b>evalueze și monitorizeze</b> corespunderea cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și</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>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</p>

	<p>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>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>expuse la pct. 15 din prezentul tabel cu referire la propunerea ce vizează art. 12 alin. (2) lit. c) Totodata, pentru reglementarea limitelor dreptului de discreție a CNAM in 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>
18	<p>Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>1</sup>) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: <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: <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. 17</p>
19	<p>Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>2</sup>) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:</p>	<p><i>Se propune în variantă modificată</i> ”Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>2</sup>)</p>	<p>Vedeți argumentele expuse la pct. 17</p>

	<p><b>să evalueze și monitorizeze</b> respectarea de către furnizorii de medicamente și dispozitive medicale a prevederilor contractelor încheiate cu asigurătorul, <b>conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;</b></p>	<p>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 asigurătorul, <b>conform mecanismului aprobat de Guvern;</b>”</p>	
20	<p>Art. 12 alin. lit. g) prima liniuță g) să publice pe pagina sa web oficială: – contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, contractele privind eliberarea medicamentelor <b>și dispozitivele medicale compensate</b> din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația, pentru fiecare contract, privind achitarea sumelor compensate de către asigurător pentru anul precedent, precum și contractele încheiate din mijloacele financiare, altele decât cele din fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice, în termen de 15 zile lucrătoare de la data încheierii acestora;</p>	Nu sunt obiecții	
21	<p>Art. 12 alin. lit. g) liniuța a doua Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: g) să publice pe pagina sa web oficială:  – rapoartele trimestriale privind mijloacele financiare achitate pentru medicamentele compensate, ce vor cuprinde informații privind toate medicamentele și <b>dispozitivele medicale</b> compensate eliberate de prestatorul de servicii farmaceutice în perioada de</p>	Nu sunt obiecții	

	<p>raportare, suma totală achitată de către asigurator, denumirile comune internaționale (DCI), <b>denumirile de dispozitive medicale</b> cu indicarea, pentru fiecare DCI, <b>denumire de dispozitiv medical</b> a denumirii comerciale corespunzătoare, dozei, formei farmaceutice, a producătorului, a cantității compensate în unități nominale, a sumei compensate de către asigurator pentru fiecare unitate nominală, a sumei achitate de către pacient, precum și a numărului de beneficiari, până în data de 15 a lunii următoare trimestrului;</p>		
22	<p>Art. 12 alin. lit. g) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: g) să publice pe pagina sa web oficială:</p> <p>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;”.</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:</p> <p>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;</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>

		- 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;”.	
23	Art. 13 alin. (1) (1) În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală și farmaceutică se acordă de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și formă juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația <b>sunt acreditați, autorizați sanitar și sunt incluși în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate</b>	Nu sunt obiecții	
24	” Art. 13 se completează cu alin. (1 <sup>1</sup> ) „La examinarea ofertelor prezentate de prestatorii de servicii medicale, Compania Națională de Asigurări în Medicină ține cont de următoarele: 1) necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală; 2) calitatea și eficiența formelor de diagnostic și tratament; 3) performanța echipamentului medical, calitatea consumabilelor și medicamentelor utilizate;	<i>Se propune în variantă modificată:</i> ” Art. 13 se completează cu alin. (1 <sup>1</sup> ) „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: 1) necesitatea de servicii medicale pentru persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;	Pentru obiectivitatea și transparența criteriilor care au stat la baza deciziei, se recomandă adoptarea metodologiei și criteriilor măsurabile pentru evaluarea ofertelor. 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.  Prin Legea 102/2017 ”cu privire la dispozitivele medicale” este specificată noțiunea de dispozitiv

	<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>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>medical, iar în acest sens, necesită a se substitui sintagma ”echipamente” cu sintagma ”dicpozitive”, or pe parcursul legii se face referință la dispozitvele medicale, unul din calificative al cărora este performanța.</p>
25	<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> <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><i>Se propune în varianta modificata</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> <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</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 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 fregvent depășește 15 zile lucrătoare, situație ce din start impune prestatorul să înlace legislația. Propunerea de publicare ainformațiilor susmenționate în termen de 15 zile lucrătoare din</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>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>data recepționării acestora de la Compania Națională de Asigurări în Medicină ar permite atât CNAM-ului cât și prestatorilor să respecte legislația.</p>
26	<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</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>(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 de seamă anuală despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală”</b> (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><b>” (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.”</b></p> <p>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>
27	<p>Art. 14 alin. (3) Asigurătorul achită serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale și farmaceutice în modul și în termenele prevăzute în contractele încheiate cu ei, dar nu mai târziu</p>	<p>Nu sunt obiecții</p>	

	decît la expirarea unei luni de la data prezentării <b>facturii fiscale electronice</b> . Răspunderea pentru achitarea cu întârziere este stipulată în contract.		
28	<p>Art. 14 alin. (5)</p> <p>Nu se admite dezafectarea de către prestatorii de servicii medicale a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decît cele pentru care sînt stabilite conform legislației și contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. <b>Pentru suma dezafectată, depistată în urma evaluărilor efectuate, Compania Națională de Asigurări în Medicină va percepe suma dezafectată și o penalitate în mărime de 0,1% din suma depistată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decît cele stabilite de legislație.</b></p>	Nu sunt obiecții	Reformularea este preluată din Contractul de acordare a asistenței medicale în cadrul ASOAM aprobat prin HG nr. 770/2022
29	<p><b>Art.15</b> Dreptul asiguratorului la acțiune în regres</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><i>Se propune în variantă modificată:</i></p> <p><b>”Art.15</b> Dreptul asiguratorului la acțiune în regres</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 <b>asigurate</b> recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale acoperite din <i>fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală</i>.”</p>	Propunerea de completare extinde dreptul CNAM de a solicita și compensarea prejudiciului și în cazul persoanelor neasigurate pentru care asistența medicală prespitalicească, primară și tratamentul în staționar în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice se acopera din bugetul ASOAM. 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, or aceste cheltuieli, pentru

			<p>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. 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>
30	<p>art. 16 alin. (1) lit. a) În scopul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania Națională de Asigurări în Medicină constituie, din contul mijloacelor totale acumulate, și gestionează următoarele fonduri:</p> <p>a) <b>fondul de bază pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice;</b></p>	Nu sunt obiecții	
31	<p><b>Redacție nouă</b> <b>Art18</b> Achitarea serviciilor medicale și farmaceutice (1) Asigurătorul achită lunar sau trimestrial serviciile medicale, în funcție de mijloacele financiare disponibile, în baza facturilor fiscale electronice prezentate de prestatorii de servicii medicale, conform condițiilor stabilite în contract. (2) Asigurătorul achită lunar serviciile farmaceutice prestate, în baza facturilor fiscale electronice prezentate</p>	Nu sunt obiecții	

	<p>de prestatorii de servicii farmaceutice, însoțite de rapoartele generate de sistemul informațional din gestiunea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la medicamente și/sau dispozitive medicale compensate, eliberate pacienților în perioada de gestiune.</p> <p>(3) Asigurătorul este în drept să efectueze plăți în avans pentru serviciile medicale, conform condițiilor stabilite în contract.</p> <p>(4) Modelele de registre și dări de seamă, modul de completare și termenul prezentării acestora se elaborează și se aprobă de asigurător în comun cu Ministerul Sănătății.”</p>		
<b>Codul Contravențional 218/2008</b>			
32	<p><b>art. 266<sup>1</sup> alin. (1)</b></p> <p>1) Neprezentarea în termenul stabilit de contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, de contractul privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sau de actele normative a dărilor de seamă, a rapoartelor și a facturilor <b>fiscale electronice</b> pentru achitarea serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate sau prezentarea lor cu date incomplete ori eronate</p> <p>se sancționează cu amendă de la 9 la 12 unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere.</p>	Nu sunt obiecții	
33	<p><b>art. 266<sup>1</sup> alin. (2<sup>1</sup>)</b></p> <p>Nepublicarea în termenul stabilit de legislație a contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), inclusiv a anexelor și acordurilor adiționale, a contractelor privind eliberarea</p>	Nu sunt obiecții	

	<p>medicamentelor compensate, a deciziilor organului suprem de deliberare și decizie (în partea ce ține de utilizarea mijloacelor financiare aferente contractelor de acordare a asistenței medicale și contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate), a <b>dării de seamă despre îndeplinirea devizului de venituri și cheltuieli (business plan) din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală</b></p> <p>se sancționează cu amendă de la 12 la 24 de unități convenționale aplicată persoanei cu funcție de răspundere sau cu amendă de la 15 la 30 de unități convenționale aplicată persoanei juridice.</p>		
34	<p><b>Art. 413</b> Compania Națională de Asigurări în Medicină</p> <p>(1) Contravențiile prevăzute la art. 266<sup>1</sup> alin. (1) și (2) se examinează de Compania Națională de Asigurări în Medicină.</p> <p>(2) Sunt în drept să examineze contravențiile prevăzute la alin. (1) și să aplice sancțiuni directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și adjuncții săi.”</p>	Nu sunt obiecții	