

**S I N T E Z A**  
**Obiecțiilor/propunerilor/recomandărilor**  
**(structurată pe articole sau puncte din proiect)**  
**la proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative**  
**(reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)**

Conținutul articolelor/ punctelor din proiectul prezentat spre avizare/expertizare/consulta re publică	Participantul la expertizare/cons ultare publică	Conținutul obiecției/ propunerii/recomandării	Argumentarea autorului proiectului
1	2	3	4

**I. Avizarea (expertizarea) inițială a proiectului**

	<b>Ministerul Justiției</b>	Denumirea proiectului de lege se va revizui prin prisma prevederilor art. 42 alin. (3) și (4) din <i>Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative</i> și uniformizarea acestora cu denumirea indicată în proiectul hotărârii Guvernului privind aprobarea proiectului de lege.	<b>Se acceptă</b>
--	---------------------------------	---	-------------------

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

<p>1. La art. 4: alin. (4): la lit. h) cuvintele „și lăuzele” se substituie cu textul „, lăuzele și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani;</p>	<p><b>Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate</b></p>	<p><b>La Art.I pct.1. din proiectul de lege, și anume art. 4 alin. (4), lit. h) din Legea 1585/1998.</b> 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 <i>Legea nr.100/2017</i> 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 <i>Legea 1585/1998</i>. 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</p>	<p><b>Se acceptă.</b> Nota informativă a fost completată cu informația solicitată. Propunerea în cauză se aliniază și la rigorile Agendei de Dezvoltare Durabilă 2030, adoptată la Summitul Organizației Națiunilor Unite la 25 septembrie 2015 și cele 17 Obiective de Dezvoltare Durabilă (ODD), Obiectivul nr. 3 „Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării tuturor la orice vârstă”, care are scopul să reducă riscurile legate de sănătate prin oferirea accesului mai larg la serviciile de sănătate, inclusiv accesul la serviciile de bază de calitate și un acces mai larg la medicamente și vaccinuri sigure, efective, de calitate și accesibile, inclusiv având principul de bază „nimeni nu este lăsat în urmă”.</p>
---	--	--	--

persoane neangajate este limitată. Iar orice reglementare trebuie să respecte prevederile art.131 alin.(6) din Constituția Republicii Moldova conform căreia, 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.

Subiecții vizați de această modificare reprezintă o categorie de persoane vulnerabile. Mamele sunt asigurate pe perioada sarcinii, lăuziei, după care, dacă nu se angajează în câmpul muncii sau nu se asigură în mod individual, nu mai au statutul de persoană asigurată în sistemul AOAM.

În perioada reducerilor, unele mame gravide și-au manifestat dorința de a procura cu reducere prima de asigurare medicală, acest lucru fiind imposibil, deoarece în sistem ele deja aveau statutul de asigurat.

Scopul modificării în cauză este asigurarea dreptului de a beneficia de volumul integral de asistență medicală prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM) mamelor care îngrijesc copiii mici și nu au posibilitate să se încadreze în câmpul muncii sau să obțină un venit.

Conform art. 5 alin. (1) lit. d) din Legea nr. 133/2008 cu privire la ajutorul social „(1) De dreptul la ajutor social și/sau la ajutor pentru perioada rece a anului beneficiază familiile defavorizate în cazul în care toți membrii adulți ai acesteia se încadrează în cel puțin una dintre următoarele situații:

[...]

d) se află în perioada dintre săptămîna a 30-a de sarcină și săptămîna a 12-a după naștere în cazul în care copilul se naște mort sau moare în perioada concediului postnatal, **ori îngrijește un copil până la vârsta de 3 ani;**”.

Suplimentar, menționăm că această modificare este în concordanță cu dispoziția art. 50 alin. (1) din Constituție, conform căreia mama și copilul au dreptul la ajutor și ocrotire specială. Modificarea a fost

<p><b>1. La art. 4:</b> alin. (4): la lit. h) cuvintele „și lăuzele” se substituie cu textul „, lăuzele și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani; la lit. k) cuvântul „agențiile” se substituie cu cuvântul „subdiviziunile”;</p>	<p><b>Cancelaria de Stat</b></p>	<p><b>La punctul 1.</b> Propunerea de completare a <i>art. 4, alin.(4), lit. h)</i> 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.</p>	<p>recomandată atât de Oficiul Avocatului Poporului, cât și de Consiliul pentru Egalitate.</p> <p><b>Se acceptă.</b> Nota informativă a fost completată.</p> <p>Numărul persoanelor din această categorie constituie 63 mii persoane, dintre care o parte ar putea să se încadreze în altă categorie, având statutul de angajat, titular al patentei de întreprinzător, persoană ce beneficiază de ajutor social etc. Acoperirea cheltuielilor pentru prestarea serviciilor medicale se vor efectua în limita transferurilor de la bugetul de stat către FAOAM aprobate în Legea bugetului de stat pentru anul 2023 și prognozate pe termen mediu, conform formulei de calcul prevăzute la articolul 9 din Legea 1593/2022 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, care stipulează că „Suma transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate prevăzute la art. 4 alin. (4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală se stabilește anual prin legea bugetului de stat, reprezentând suma aprobată a transferurilor din bugetul de stat în fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală pentru anul precedent, indexată cu indicele prețurilor de consum pentru anul precedent”.</p> <p>Suplimentar, menționăm că modificarea propusă este în acord cu acțiunea 15.11 din Planul de acțiuni al Guvernului pentru anul 2023, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.90/2023, întrucât se propune de a acorda satutul de persoană asigurată de Guvern unei</p>
--	----------------------------------	--	---

			categoria de persoane vulnerabile (a se vedea argumentele referitoare la observația Centrului PAS la aceeași modificare).
		Prevederile expuse la <i>lit.k</i> , <i>alin (4) al art.4</i> , 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.	<b>Se acceptă</b>

	<b>Ministerul Finanțelor</b>	În urma analizei proiectului se constată faptul că, normele propuse la proiectul de lege în <i>pct.1</i> care modifică Art.4 alin.(4) lit. h), <i>pct.2</i> care modifică Art.5 alin.(4) și <i>pct.3</i> care modifică Art.6 alin.(4) lit. d), se atenționează că acestea vor genera un impact negativ asupra Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2023 nr.358/2022.	Impactul propunerilor modificărilor în cauză se va putea determina numai după implementarea acestora în timp. De asemenea, protecția financiară a unor categorii de persoane vulnerabile, ar conduce la evitarea unor riscuri de îmbolnăviri mult mai grave, care vor condiționa cheltuieli suplimentare din FAOAM pe viitor.
--	----------------------------------	---	---

La art. 4:  alin. (4): la lit. k) cuvântul „agențiile” se substituie cu cuvântul „subdiviziunile”;	<b>Ministerul Muncii și Protecției Sociale</b>	MMPS este în proces de avizare/expertiză a proiectului de hotărâre pentru aprobarea proiectului de lege privind modificarea unor acte normative (activarea pieței forței de muncă) (număr unic 527/MMPS/2023). Prin acest proiect se propune modificarea unor acte normative, printre care și a Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, proiectul dat are drept scop activarea șomerilor pe piața forței de muncă și reducerea numărului persoanelor beneficiare de ajutor social, apte de muncă. În acest context, propunem excluderea modificării propuse la art. 4, alin. (4), lit. k) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistența medicală, ținând cont de faptul, că modificarea din proiectul MMPS (număr unic 527/MMPS/2023), este mai substanțială și prevede expunerea articolului sus menționat, într-o redacție nouă cu următorul cuprins: „șomerii, beneficiari de indemnizație de șomaj, înregistrați la subdiviziunile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă, pe perioada plății indemnizației de șomaj”, precum și modificarea art. 47, alin. (2) din Legea nr.105/2018 cu privire la promovarea ocupării forței de munca și asigurarea de șomaj, „Șomerii înregistrați la subdiviziunea teritorială, beneficiari de indemnizație de șomaj, sunt asigurați în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, pe perioada de plată a indemnizației de șomaj”. Prin urmare, modificarea propusă de MMPS prevede, că vor fi asigurați de către Guvern în sistemul asigurărilor de asistență medicală obligatorie, doar șomerii beneficiari de indemnizație de șomaj și doar pe perioada plății indemnizației de șomaj.	<b>Se acceptă</b>
---	--	---	-------------------

Redacția în vigoare a	<b>Uniunea</b>	Litera i), după cuvântul „medii”, se completează cu sintagma „ persoanele cu	<b>Nu se acceptă.</b>
-----------------------	----------------	--	-----------------------

art. 4 alin. (4) lit. i): „i) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;”	Avocaților	dizabilități de pe urma războiului”.	CNAM acordă/suspendă statutul de persoană asigurată în sistemul AOAM persoanelor cu dizabilități severe, accentuate sau medii în baza informației prezentate de CNAS (a se vedea art. 4 alin. (9) lit. c) din Legea nr.. 1585/1998).
--	------------	--------------------------------------	--

art. 4 alin. (4)	Consiliul pentru Egalitate	<p>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 neînsoșiți, 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.</p> <p>Consiliul menționează că a examinat 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 neînsoșiți, 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.</p> <p>Din aceste considerente, în vederea armonizării legislației aferente azilului și asigurării medicale obligatorii prin raportare la cadrul normativ european, <b>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</b></p>	<p><b>Nu se acceptă</b></p> <p>Conform art. 3 din Legea nr. 270/2008 privind azilul în Republica Moldova, solicitantul de azil este străinul care a depus o cerere de azil, nesoluționată încă prin decizie irevocabilă. Art. 28 lit. o) din legea prenotată stabilește că solicitantul de azil beneficiază de dreptul de a primi asistență medicală primară și de urgență, conform legislației în vigoare. Potrivit art. 30 alin. (1) și alin. (4) din aceeași lege, 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, iar solicitanții de azil minori au acces la asistență medicală în aceleași condiții ca și minorii cetățeni ai Republicii Moldova.</p> <p>Menționăm că dispozițiile din Legea nr. 270/2008 privind azilul în Republica Moldova, aferente accesului la asistență medicală a solicitanților de azil, au fost supuse controlului de constituționalitate. În Decizia nr. 27/2020 de inadmisibilitate a sesizării nr. 186a/2019 privind controlul constituționalității articolului 26 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411 din 28 martie 1995, articolului 9 din Legea nr. 1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și articolului 30 din Legea nr. 270 din 18 decembrie 2008 privind</p>
------------------	----------------------------	---	---

		<p>de azil din grupurile vulnerabile enumerate în art. 21 al Directivei UE 2013/33.</p>	<p>azilul în Republica Moldova, Curtea Constituțională a reținut că nivelul de asistență medicală de care dispun solicitanții de azil este conform cu recomandările Înaltului Comisariat pentru Refugiați al Națiunilor Unite, iar legislatorul nu și-a depășit marja discreționară atunci când a conferit solicitanților de azil adulți dreptul de a primi asistență medicală primară și de urgență. <b>Ține de competența Parlamentului să stabilească un nivel de protecție mai mare în domeniul asistenței medicale în funcție de posibilitățile statului (a se vedea § 33 și 38).</b></p> <p>Totodată, propunerea dată urmează a fi examinată suplimentar pe platforma Ministerului Sănătății cu participarea autorităților publice competente (Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Finanțelor, Inspectoratul General pentru Migrație, Consiliul pentru egalitate, Oficiul Avocatului Poporului, Compania Națională de Asigurări în Medicină).</p>
--	--	---	---

<p>2. La art. 5 alin. (4) va avea următorul cuprins: „(4) În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, asistența medicală specializată de 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</p>	<p><b>Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate</b></p>	<p><b>La Art.I pct.2. din proiectul de lege.</b> 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</p>	<p><b>Nu se acceptă</b> De obiecția în cauză se va ține cont pentru viitor la modificarea Legii 411/1995. Dacă în privința persoanelor asigurate nu există dispute privind volumul de servicii medicale la care au dreptul în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, problema ține de volumul de servicii medicale pentru persoanele neasigurate. În acest context se impune necesitatea de a reglementa cu precizie volumul de asistență medicală în caz de urgențe medico-chirurgicale cu pericol vital pentru persoanele neasigurate. Relevăm faptul că serviciile de sănătate costă enorm. Aceste costuri includ</p>
--	--	--	--

<p>spontan, sarcină extrauterină), se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.”</p>		<p>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.</p>	<p>plățile pentru salarizarea la medici, asistente și alt personal, medicamente și consumabile, investigații costisitoare, investiții capitale și întreținerea infrastructurii etc. Având în vedere că bolile transmisibile prezintă în continuare un risc sporit, pandemia cu COVID-19 fiind un exemplu elocvent, iar prevalența bolilor netransmisibile - boli de inimă, cancer și alte afecțiuni cronice - crește peste tot în lume, costurile de tratament continuă, la fel, să crească. Aceste creșteri conduc, respectiv, la creșterea mijloacelor financiare care urmează să fie direcționate, în primul rând, pentru persoanele asigurate, precum și pentru profilaxia și tratamentul bolilor prin crearea condițiilor ce ar asigura servicii medicale în volum deplin și un ajutor medical calificat în caz de boală. Este necesar de specificat că rezolvarea urgențelor medico-chirurgicale majore reprezintă o cotă impunătoare a asistenței medicale spitalicești (cheltuieli de spitalizare, intervenție, consumabile și medicamente costisitoare, salariu și alimentație), și asigurarea acestor servicii și pentru persoanele neasigurate, care deja au acoperite cheltuielile pentru asistență medicală urgentă prespitalicească, asistență medicală primară cu un șir de medicamente compensate la nivel de ambulator, asistență medicală specializată de ambulator pentru maladii social-condiționate, diferența la accesul serviciilor medicale din cadrul sistemului a persoanelor asigurate și neasigurate practice nu va exista, deoarece persoanele neasigurate în final avînd acces practic la toate tipurile de servicii cu excepția SÎP și îngrijirilor la domiciliu/paliative. Ca</p>
--	--	---	---

			<p>urmăre scopul și sensul asigurării de sănătate se va denatura, deoarece persoanele care nu contribuie la formarea FAOAM practice vor avea aceleași drepturi ca cei asigurați.</p> <p>Totodată, art. 36 din Constituție nu are un caracter prohibitiv, ci conține anumite premise ale unui sistem mixt de asigurare medicală, deoarece stabilește că statul suportă o parte din cheltuielile de asistență medicală, iar în continuare, legea trebuie să stabilească cuantumul taxelor pentru servicii medicale și modul de plată a acestor taxe.</p> <p>La fel, este de menționat și faptul că acoperirea, practic, a tuturor tipurilor de asistență medicală pentru persoanele neasigurate crează premise pentru neaderența persoanelor la SAOAM.</p>
	<p><b>FIA, UIMSP</b></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><i>Comentarii/argumente</i></p> <p>Este imperios necesară 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. Pentru argumentarea soluționării problemei abordate, în continuare se invocă cu titlu de exemplu cazurile de Sindrom Coronarian Acut.</p>	<p><b>Nu se acceptă</b></p> <p>Conform prevederilor art. 4 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998, Guvernul are calitatea de asigurat pentru un șir de categorii de persoane, aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova, respectiv, numărul acestor persoane este estimat și raportat în termeni stabiliți, fapt ce oferă posibilitatea structurilor abilitate să estimeze și să cuantifice cheltuielile aferente acestei categorii, pentru planificarea ulterioară în buget.</p> <p>Deoarece cheltuielile pentru categoria nou propusă de către FIA și UIMSP nu pot fi estimate și planificate, există riscul insuficienței resurselor financiare și neacoperirii cheltuielilor de către instituțiile medicale, fapt ce va afecta volumul și calitatea serviciilor medicale persoanelor asigurate.</p> <p>Includerea noii categorii va dezavantaja procesul de aderență a persoanelor la SAOAM, fiind acoperite practic toate tipurile de asistență</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 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

medicală și pentru persoanele neasigurate: AMUP, AMP, AMSA și AMS pentru (maladii social-conditionate+urgențe **medico-chirurgicale majore**).

asistența medicală urgent 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 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, instruirea personalului medical, condiții indispensabile pentru îmbunătățirea constantă a calității serviciilor medicale acordate populației.

3. La art. 6:  
[...]  
alin. (3) se  
completează cu lit. a<sup>1</sup>) cu  
următorul cuprins:  
„a<sup>1</sup>) informației

**Institutul  
Național al  
Justiției**

Conform dispozițiilor art. 19 alin. (3) din Legea nr. 152/2006 privind Institutul Național al Justiției, persoanele care au promovat concursul de admitere, din momentul de emitere 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

**Se acceptă.**  
Suplimentar, art. II din proiectul de lege în cauză se completează cu o nouă dispoziție privind modificarea pct. 4 din anexa nr. 1 la Legea nr. 1593/2002, în scopul ajustării terminologiei la cea

<p>prezentate de Institutul Național al Justiției privind audienții cursurilor de formare inițială a judecătorilor și a procurorilor;”;</p>		<p>inițială, sintagma „formarea inițială a judecătorilor și procurorilor” nefiind utilizată în actul normative 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 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.</p>	<p>utilizată în Legea nr. 152/2006 privind Institutul Național al Justiției.</p>
---	--	--	--

<p>3. La art. 6: [...] la alin. (4) lit. d) va avea următorul cuprins: „d) persoanelor care au achitat prima de asigurare în sumă fixă pentru anul de gestiune la 31 ianuarie al anului următor celui de gestiune, cu excepția cazurilor când persoanele se află în concediu de maternitate sau în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani;”</p>	<p><b>Cancelaria de Stat</b></p>	<p><b>La punctul 3.</b> 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 (<i>art. 6, alin. (4) lit.d)</i>) 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.</p>	<p><b>Nu se acceptă</b> De cele mai multe ori Legea fondurilor AOAM se publică la sfârșitul lunii decembrie, din care cauză persoanele ce se asigură în mod individual nu pot achita prima până la anul nou și în primele zile din ianuarie care, ca regulă, sunt zile de odihnă. În cazul spitalizării acestor persoane, care din motivele obiective enunțate supra nu au avut posibilitate să se asigure în mod individual, există risc de corupție. Prin urmare, se propune ca să le fie menținut statutul de asigurat în luna ianuarie a anului următor celui de gestiune, pentru ca persoana să se conformeze și să achite prima. În plus, obiectivul pe termen mediu este de a reduce perioada când persoana achită prima de AOAM în sumă fixă cu reducere, astfel ca termenul limită să fie 31 ianuarie. Luna ianuarie va fi de regularizare a situației. Astfel, se vor exclude elementele de incertitudine. Ca impact, anual circa 60 000 de oameni se asigurau în mod individual, cu excepția anului 2023, când 93 000 de persoane au achitat prima de AOAM în sumă fixă până la 31 martie. Procesul de elaborare și executare a fondurilor AOAM va fi asigurat în continuare conform principiilor bugetare și prevederilor Legii finanțelor publice și responsabilității</p>
--	----------------------------------	---	---

<p>5. Art. 8 va avea următorul cuprins:  <b>„Articolul 8. Prestarea serviciilor medicale peste Programul unic</b>                  (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.                  (2) Prestatorii de servicii medicale acordă asistență în cadrul asigurărilor facultative de sănătate fără a aduce prejudicii volumului și calității asistenței medicale acordate în conformitate cu Programul unic.”</p>	<p><b>Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate</b></p>	<p><b>La Art.I. pct.5. din proiectul de lege.</b> 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:                  „(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.”</p>	<p><b>Se acceptă parțial</b>                  Din art. 8 alin. (1) se exclud cuvintele „în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”</p>
<p>7. La art. 11: alin. (2) lit. b) va avea următorul cuprins:                  „b) să achite direct prestatorului de servicii medicale, la momentul acordării asistenței medicale, costul serviciilor medicale care i-au fost acordate peste volumul și condițiile prevăzute de Programul unic; alin. (3) se abrogă.</p>	<p><b>Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate</b></p>	<p><b>La Art.I. pct.7. din proiectul de lege.</b>                  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;</p>	<p><b>Nu se acceptă.</b>                  Recomandarea contravine cerinței de evitare a paralelismelor de reglementare.                  Asigurarea dreptului la informare pacientului (include și persoanele asigurate), precum și a reprezentantului acestuia este prevăzută la art. 5 lit. g) și art. 11 Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului, precum și art. 27 Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, art. 17 lit. k) și art. 18 alin. (2) din Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic.                  Norma propusă la art. 11 alin. (1) lit. c<sup>2</sup>) este prevăzută în pct.2.2, lit c),</p>

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.”.

privind obligațiunile prestatorului de servicii farmaceutice, din Contractul-tip privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin anexa nr.3 la Hotărârea Guvernului nr. 106/2022, care are următorul conținut:

„să informeze pacientul, la recepționarea rețetei, despre prezența în farmacie a tuturor denumirilor comerciale de medicamente și/sau dispozitive medicale ale aceleiași denumiri comune internaționale de medicament sau denumiri de dispozitiv medical prescris, prețurile cu amănuntul al acestora, precum și denumirile comerciale care se încadrează integral în suma fixă compensată și care pot fi eliberate în mod gratuit;”.

Cu privire la redacția art. 11 alin. (1) lit. c<sup>3</sup>), se remarcă că dreptul persoanelor asigurate de a solicita repararea prejudiciului material sau moral cauzat de prestatorii de servicii medicale este garantat art. 20 din Constituție, art. 13 și 1998 din Codul civil, art. 19 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995.

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

#### **Nu se acceptă.**

La art. 11 alin. (3) se abrogă, deoarece în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală se acordă de către prestatorii de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare. Astfel, prestatorii privați își stabilesc independent prețurile și tarifele la serviciile prestate, în conformitate cu prevederile art. 6 din Legea nr. 845/1992 cu privire la

		<p>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</p>	<p>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.</p>
--	--	--	---

<p>8. La art. 12: alin. (2) va avea următorul cuprins:</p> <p>„(2) Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept :</p> <p>a) să încadreze în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală prestatorii de servicii medicale și farmaceutice prin încheierea contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) și eliberare a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>b) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p> <p>c) să intenteze acțiuni prestatorului de servicii medicale sau lucrătorului medical, prestatorului de servicii farmaceutice în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat sănătății persoanei asigurate din culpa acestora;</p> <p>d) să negocieze cu</p>	<p><b>Cancelaria de Stat</b></p>	<p>La punctul 8. Modificările propuse <i>la art. 12</i> 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.</p>	<p><b>Nu se acceptă.</b></p> <p>Criteriile de selectare a prestatorilor de servicii medicale vor fi stabilite în lege.</p> <p>Legea este un act normativ superior unei hotărâri de Guvern. Conform art. 102 din Constituție, hotărârile Guvernului se adoptă pentru organizarea executării legilor. Actele Guvernului și normele cuprinse în ele nu pot avea caracter primar, ele sunt acte complementare ce dezvoltă și concretizează dispozițiile legii.</p> <p>În jurisprudența sa, Curtea Constituțională a statuat că actul normativ subordonat legii nu poate conține norme primare, iar conținutul actului normativ urmează să fie în strictă corespundere cu normele și scopul legii sau ale actului normativ superior și nu poate introduce reglementări noi, altele decât cele stabilite de lege sau actul superior. De asemenea, actul normativ nu poate interveni în domenii nereglementate de lege. Actele Guvernului sunt acte complementare, ce dezvoltă și concretizează dispozițiile legii.</p> <p>[...] Guvernul, fiind o autoritate a puterii executive, are rolul de a executa legile. Odată ce legea este direct aplicabilă, necesitatea și legitimitatea unei hotărâri de Guvern apare numai în măsura în care punerea în aplicare a unei prevederi</p>
--	----------------------------------	--	---

<p>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>legale reclamă stabilirea unor reguli subsecvente, care să asigure corectă lor aplicare sau organizarea corespunzătoare a unor activități (a se vedea § 71 și § 72 din Hotărârea Curții Constituționale nr. 29 din 28.10.2026).</p> <p>Totodată, semnalăm că propunerea de a reglementa în Legea nr. 1585/1998 condițiile în încadrare în sistemul AOAM a prestatorilor de servicii medicală a fost susținută de părțile interesate.</p> <p>Proiectul de lege în cauză a fost plasat pentru consultări publice pe pagina web oficială a Ministerului Sănătății și pe portalul <a href="http://www.particip.gov.md">www.particip.gov.md</a>. Totodată, despre consultarea publică a acestuia, în conformitate cu prevederile Regulamentului cu privire la procedurile de consultare publică cu societatea civilă în procesul decizional, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 967/2016, au fost informate direcționat părțile interesate, iar recomandările părților interesate au fost examinate în cadrul întrunirii consultative din 26 iulie 2023.</p>
	<p><b>FIA, UIMSP</b></p>	<p>La art. 12 alin. (2):  <b>Nu se acceptă lit.c)</b>  <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</p>	<p><b>Nu se acceptă</b>  Conform prevederilor art 19 alin. (3) din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 atât pacienții, cât și <b>organele de asigurare medicală</b> au dreptul la repararea prejudiciilor aduse pacienților.  În redacția actuală a art. 12 alin. (2) lit. d), CNAM este în drept să intenteze acțiuni doar prestatorului de servicii medicale, dat fiind faptul că CNAM contractează și prestatori farmaceutici și <b>are obligativitatea apărării drepturilor persoanelor</b></p>

	<p>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 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.</p>	<p><b>asigurate</b>, respectiv în varianta propusă la lit c) a fost inclus și prestatorul de servicii farmaceutice. Mai mult ca atât, cheltuieli suplimentare nu au fost prevăzute în nota informativă, deoarece contractarea juriștilor calificați pentru antrenarea în procese de judecată, extinderea echipei nu este necesară, iar atribuțiile respective vor fi exercitate de către subdiviziunile CNAM.</p>
FIA, UIMSP	<p><b>Nu se acceptă lit.f)</b>  <b>Cu referire la propunerea de completare la lit. f):</b></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.</p> <p>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><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;  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.”</p>	<p><b>Se acceptă</b>  Dispoziția privind dreptul CNAM de a examina contravenții a fost exclusă din proiect.</p>
Centrul pentru	La Art.I. pct. 8 din proiectul de lege.	Nu se acceptă



	<p><b>Politici și Analize în Sănătate</b></p>	<p>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:</p> <p>„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).</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>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; 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.”.</p>	<p>Art. 11<sup>4</sup> Legea nr. 552/2001 cu privire la evaluarea și acreditarea în sănătate stabilesc exhaustiv temeiurile de retragere a acreditării și anume:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la cererea prestatorului,</li> <li>- în cazul radierii prestatorului din Nomenclatorul prestatorilor de servicii medicale sau din registrul de stat al persoanelor juridice (de exemplu, în caz de lichidarea/dizolvarea persoanei juridice),</li> <li>- depistarea unor date neveridice în actele prezentate Consiliului</li> <li>- în cazul omisiunii de a înlătura circumstanțele care conduc suspendarea activității (se referă la criteriile și cerințele de acreditare). În corespundere cu prevederile Ordinului ministrului sănătății 1289/2018 cu privire la Regulamentul privind procedura de evaluare și acreditare în sănătate, procedura de evaluare și acreditare în sistemul de sănătate include evaluarea curentă anuală a prestatorului acreditat pe întregul termen de acreditare, în scopul monitorizării remedierii neconformităților constatate, precum și a menținerii conformității pe baza cărora prestatorul a fost acreditat.</li> </ul> <p>Într-o altă ordine de idei, în cazul în care se constată cauzarea prejudiciului prin servicii medicale necalitative și în alt volum decât cel prevăzut, legile speciale stabilesc dreptul pacientului sau al CNAM de a solicita compensarea prejudiciului</p>
--	---	---	---

			inclusiv prin adresare în instanță de judecată. Contractului tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) instituie dreptul CNAM de a rezoluționa contractul în caz de neexecutare sau executare necorespunzătoare a obligațiilor contractuale de către prestator, care, în sens larg include și obligația de a presta servicii medicale calificate și de calitate. Totodată, conform cadrului normativ în vigoare, CNAM poate sesiza organul de evaluare și acreditare în sănătate, iar includerea unei norme în acest sens în Legea nr. 1585/1998 se consideră inoportună.
--	--	--	--

<p>8. La art. 12: alin. (3): lit. a<sup>1</sup>) va avea următorul cuprins: „ a<sup>1</sup>) să gestioneze fondurile stabilite de prezenta lege;”</p> <p>la lit. c), c<sup>1</sup>) și c<sup>2</sup>) cuvintele „să verifice” se substituie cu cuvintele „să evalueze și să monitorizeze”;</p> <p>lit. c) și c<sup>1</sup>) se completează cu textul „ , conform mecanismului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină”;</p> <p>lit. e) se abrogă;</p> <p>la lit. g): prima liniuță după cuvintele „eliberarea medicamentelor” se completează cu cuvintele „și dispozitivelor medicale”;</p>	<p>FIA, UIMSP</p>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i></p> <p>” Art. 12 alin. (3) lit. c)</p> <p>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><i>Se propune în variantă modificată:</i></p> <p>”Art. 12 alin. (3) lit. c<sup>1</sup>)</p> <p>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 medicală, <b>conform mecanismului aprobat de Guvern;</b>”</p> <p><i>Argumentare</i></p> <p>Pentru minimalizarea premizelor adoptării unor decizii arbitrare în raport cu prestatorii supuși verificării, se impune deconcentrarea atribuțiilor de control către o altă agentie din considerentele expuse la pct. 15 din prezentul tabel cu referire la propunerea ce vizează art. 12 alin. (2) lit. c).</p> <p>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</p>	<p><b>Se acceptă parțial</b></p> <p>CNAM nu are atribuții de control și nu face parte din Lista organelor de control prevăzută în Legea nr.131/2012.</p> <p>Deconcentrarea atribuțiilor de control către o alta agentie, impune crearea unei structuri (agenții) noi, care va implica cheltuieli suplimentare.</p> <p>Conform prevederilor art. 12 alin. (3) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585/1998, pct. 3.2 din Contractul-tip de acordare a asistenței medicale în cadrul AOAM, aprobat prin HG770/2023 și Statutului CNAM aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002, CNAM are obligativitatea să verifice corespunderea cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale</p>
--	-------------------	--	---

<p>liniuța a doua, după cuvântul „medicamentele”, în ambele cazuri, se completează cu cuvintele „și dispozitivele medicale”, după textul „(DCI)” se completează cu textul „/denumirile de dispozitive medicale”, după abrevierea „DCI” se completează cu textul „/denumire de dispozitiv medical”;</p> <p>după liniuța a doua se completează cu o liniuță cu următorul cuprins:</p> <p>„- planurile de evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și rapoartele de evaluare în termen de până la data de 10 a lunii următoare trimestrului de gestiune;”;</p>		<p>metodologiei de evaluare și monitorizare a prestatorilor să fie adoptat de un organ colegial sau prin HG.</p>	<p>acordate persoanelor asigurate, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate.</p>
	<p><b>Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate</b></p>	<p>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”.</p>	<p>Nu se acceptă Norma de modificare a 12 alin. (3) lit. c) și c<sup>1</sup>) a fost exclusă din proiect</p>
		<p>La art.12. alin. (3) lit. g) din legea nr.1585/1998 propunem completarea cu o liniuță cu următorul conținut:</p> <p>„- rapoartele integrale ale sondajelor de satisfacție a persoanelor asigurate realizate sub auspiciile sale.”</p>	<p>Nu se acceptă Rapoartele privind sondajele pot fi publicate pe pagina web oficială a CNAM și fără o dispoziție expresă în acest sens.</p>
		<p>La art.12. alin. (3) din legea nr.1585/1998 propunem completarea cu litera d<sup>1</sup>) cu următorul cuprins:</p> <p>„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;”.</p>	<p>Se acceptă</p>
	<p><b>FIA, UIMSP</b></p> <p><i>Se propune în variantă modificată</i> ” Art. 12 alin. (3) 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:</p> <p>„- planul anual de evaluare planificată a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală până la 31 decembrie</p> <p>- 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>- 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>Argumentare:</i></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</p>	<p>Nu se acceptă Planul de evaluare a prestatorilor de servicii medicale încadrați în SAOAM este elaborat trimestrial, în baza estimării riscurilor, cu axarea în cadrul evaluărilor pe punctele slabe existente în sistem, care afectează în mod direct sau tangențial atât volumul și calitatea serviciilor medicale, cât și utilizarea eficientă de către Prestatori a mijloacelor financiare provenite din FAOAM și publicat în termen de până la data de 10 a lunii următoare trimestrului de gestiune. Evaluările inopinate, includ:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- evaluarea datelor la nivel de pacient pentru care a fost solicitată revalidarea cazurilor în sistemul DRG;</li> <li>- examinarea petițiilor parvenite în adresa DEM;</li> <li>- solicitarea altor organe (CNA, organe de drept, administrația</li> </ul>	

		de gestiune, similar cum se reglementează și organizează controlurile de stat prin Legea 131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător.	publică centrală sau locală, etc.) și nu sunt incluse în Planul de evaluare. Termenul „inopinat” este în opoziție cu termenul „planificat”.
--	--	---	---

<p><b>9. Art. 13:</b> alin. (1) se completează cu textul „, sunt acreditați, autorizați sanitar și sunt incluși în Nomenclatorul prestatorilor publici de servicii medicale sau în Nomenclatorul prestatorilor privați de servicii de sănătate”;</p> <p>se completează cu alin. (1<sup>1</sup>) cu următorul cuprins: „(1<sup>1</sup>) 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> </ol>	<p><b>FIA, UIMSP</b></p>	<p><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 va aplica o metodologie de evaluare a ofertelor, 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 dispozitivelor medicale, 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><i>Argumentare:</i> 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 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><b>Se acceptă parțial</b> În art. 13 alin. (1<sup>1</sup>) subpct. 3) termenul „echipamentului medical” a fost substituit cu termenul „dispozitivelor medicale”.</p>
	<p><b>Cancelaria de Stat</b></p>	<p><b>La punctul 9.</b> Completarea <i>art. 13</i> 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:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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.</li> <li>- cît privește performanța echipamentului medical, calitatea consumabilelor și</li> </ul>	<p><b>Nu se acceptă.</b> Aprobarea unor criterii de selectare prin lege a prestatorilor de servicii medicale (PSM) clar definite și transparente va motiva instituțiile medico-sanitare să devină mai eficiente și să investească în calitate și dezvoltare și nu în ultimul rând acest lucru va schimba atitudinea PSM față de pacient. Criteriile de selectare a PSM propuse sunt clare și asumate și se axează pe amplasarea</p>

<p>6) neexecutarea obligațiilor contractuale de către prestatorul de servicii medicale față de Compania Națională de Asigurări în Medicină, care a determinat rezoluțiunea contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale);</p> <p>7) calificarea personalului medical antrenat în prestarea serviciilor medicale;</p> <p>8) satisfacția pacienților.”;</p> <p>la alin. (2): după cuvintele „eliberarea medicamentelor” se completează cu textul „și/sau dispozitivelor medicale”;</p> <p>lit. c) va avea următorul cuprins: „c) raportului anual privind activitatea instituției, până la data de 01 aprilie a anului următor celui de gestiune.”</p>	<p>medicamentelor utilizate, este de precizat că, avînd 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, luînd 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 avînd la bază alte criterii decît cele financiare.</p> <p>- satisfacția pacienților, se consideră a fi un criteriu în defavoarea prestatorilor publici. Satisfacția pacientului este legată și de condițiile de spitalizare, iarcele mai bune condiții sunt la prestatorii privați.</p>	<p>geografică a PSM în raport cu populația deservită, capacitatea prestatorului de a furniza o gamă largă de servicii medicale racordate la necesitățile populației arondate și nu în ultimul rînd - pe calitatea serviciilor prestate.</p> <p>Mai mult, selectarea PSM presupune implicarea activă a prestatorilor, care trebuie să ofere ca și criterii de bază toate condițiile necesare pentru prestarea calitativă a asistenței medicale și să nu se rezume doar la obținerea unei finanțări suficiente a instituției medicale.</p> <p>PSM trebuie selectați pentru prestarea doar a celor servicii pe care le pot realiza conform tuturor cerințelor de calitate, astfel ca pacientul să se simtă în siguranță.</p> <p>Mai mult decît atît, CNAM dispune de pârghiile analitice și statistice necesare pentru estimarea necesităților de servicii medicale și, respectiv, de selectare a prestatorilor reieșind din acestea.</p> <p>Totodată, art. 26 din Legea nr131/2015 stipulează un șir de criterii pentru determinarea celei mai avantajoase oferte și nu obligatoriu cel mai mic preț. Nu există nici un impediment ca oferta să fie examinată prin prisma criteriului cel mai bun raport calitate-preț/calitate-cost care se determină pe baza unor factori de evaluare care includ aspecte calitative, de mediu și/sau sociale în legătură cu obiectul contractului de achiziții publice.</p> <p>Cu referire la satisfacția pacienților, studiile realizate denotă că principala insatisfacție a pacienților rezidă în comunicarea defectuoasă a personalului medical cu pacienții și</p>
--	---	--

			apoi condițiile de spitalizare. Respectiv, nu putem considera că satisfacția pacienților este criteriu în defavoarea prestatorilor publici, în condițiile în care se întreprind măsurile necesare pentru promovarea unui comportament adecvat față de pacienți. Mai mult decât atât, în ultima perioada se investește mult în dezvoltarea prestatorilor de servicii medicale publice astfel ca să presteze servicii calitative și să ofere servicii hoteliere concurențiale.
Centrul PAS	<p>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:</p> <p>„(1<sup>1</sup>) Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sunt obligați:</p> <p>1) să asigure disponibilitatea, accesibilitatea și caracterul adecvat al serviciilor medicale și farmaceutice garantate prin asigurarea obligatorie de asistență medicală pentru persoanele asigurate;</p> <p>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;</p> <p>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.”.</p>	<p><b>Nu se acceptă</b></p> <p>Cadrul legal nu reglementează noțiunea sau criteriile pentru aprecierea disponibilității, accesibilității și caracterul adecvat al serviciilor medicale. În plus, egalitatea cetățenilor este garantată conform art. 16 Constituția Dispozițiile alin. (1/1) sunt formulate echivoc și creează premise pentru aprecieri subiective.</p>	
FIA, UIMSP	<p><i>Se propune în varianta modificată</i></p> <p>Art. 13 alin. (2) lit. c)</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><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><i>Argumentare:</i></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 sintagma ” 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</p>	<p><b>Se acceptă parțial.</b></p> <p>Lit. c) va avea următorul cuprins: „c) darea de seamă privind utilizarea mijloacelor financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală până la 01 aprilie a anului următor celui de gestiune;”</p>	

		<p><b>(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> 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>11. Art. 15 va avea următorul cuprins:</p> <p><b>„Articolul</b></p> <p><b>15. Dreptul asiguratorului la acțiune în regres</b></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><b>FIA, UIMSP</b></p>	<p><i>Se propune în variantă modificată:</i></p> <p><b>”Art.15 Dreptul asiguratorului la acțiune în regres</b></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> <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 corespundere 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-a-vis 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>	<p><b>Nu se acceptă</b></p> <p>Noua redacție a art. 15 prevede acordarea dreptului de regres Companiei Naționale de Asigurări în Medicină împotriva persoanelor juridice sau fizice, responsabile de cauzarea prejudiciului sănătății persoanelor asigurate și neasigurate în vederea recuperării cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, or, potrivit art. 5 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, pentru asistența medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, acordate persoanelor neasigurate, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.</p>
	<p><b>Uniunea Avocaților din Republica Moldova</b></p>	<p>În Art. 15, se utilizează într-un context greșit noțiunea de „<i>persoane responsabile</i>”, 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 „<i>persoane vinovate</i>”, „<i>persoane culpabile</i>”, etc. Responsabilitatea persoanei</p>	<p><b>Nu se acceptă.</b></p> <p>Terminologia este conformă cu cea utilizată în art. 1974, 2034, 2646, 2036 din Codul civil.</p>

ține de conceptul de discernământ, liberul arbitru și caracterizează gradul de asumare conștientă și voluntară de către o persoană a obligațiilor contractuale sau legale.

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

**Ministerul  
Finanțelor**

Se propune completarea articolului cu două puncte noi cu următorul conținut:

1. "Art.14 se exclude", reieșind din faptul, că prevederile acestuia dublează prevederile art.21 din legea prenotată.
2. "La art.21 cuvântul "(subvențiile)" și textul "fiind transferate în măsură deplină la Contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nu mai târziu de data de 27 a fiecărei luni de gestiune"se exclud."

Excluderea cuvântului "(subvențiile)" se propune reieșind din prevederile art.34, alin.(1) din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014, care stabilește că "*relațiile între bugetul de stat și fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se realizează prin transferuri de la bugetul de stat ...*" și totodată excluderea textului, se propune reieșind din prevederile art.67, alin.(2) din Legea nr.181/2014, și anume *finanțarea cheltuielilor se efectuează pe măsura încasării mijloacelor bănești la conturile bugetului, precum și stabilește prioritățile de finanțare a cheltuielilor.*

**Se acceptă parțial.**

Art. II al proiectul a fost completat cu două puncte noi privind abrogarea art. 14 și privind Excluderea din art. 21 a textului „(subvențiile)”.

Cu referire la propunerea de excludere din art. 21 a textului "fiind transferate în măsură deplină la Contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nu mai târziu de data de 27 a fiecărei luni de gestiune" semnalăm că sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, obligativitate, contributivitate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiuni), iar drepturile de asigurări medicale se exercită corelativ cu îndeplinirea obligațiilor conform prevederilor Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585/1998.

Astfel, potrivit art.3 al legii menționate, obiect al AOAM este riscul asigurat, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistență medicală, prevăzut în Programul unic.

Totodată, primele de AOAM reprezintă o sumă fixă sau o contribuție procentuală la salariu și la alte



recompense, pe care asiguratul este obligat să o plătească asigurătorului pentru preluarea riscului asigurat al persoanei, conform prevederilor legislației.

În prezent, Guvernul are calitatea de asigurat pentru 13 categorii de persoane neangajate (printre care copii, studenți, persoane cu dizabilități, pensionari, șomeri, femei însărcinate, etc), pentru care virează lunar transferuri, calculate ca prime de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru categoriile de persoane date.

Potrivit prevederilor Legii nr.1585/1998 între asigurător și prestatorul de servicii medicale se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, în volumul și termenele prevăzute în Programul unic, iar asigurătorul se obligă să achite costul asistenței medicale acordate.

Totodată, conform punctului 4.3 din Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.770/2022, pentru tipurile de servicii medicale contractate pentru care în actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, CNAM efectuează lunar, până la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de până la 80% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă.

Astfel, propunerile de modificare

			<p>contravin principiilor de organizare a SAOAM și vor conduce la neonorarea angajamentelor contractuale atât din partea asiguratorului cât și a prestatorilor de servicii medicale în acordarea asistenței medicale calificate, în volumul și termenele prevăzute în Programul unic, persoanelor asigurate.</p>
<p>6. Art. 23 se completează cu alin. (2<sup>1</sup>) și (2<sup>2</sup>) cu următorul cuprins:</p> <p>„(2<sup>1</sup>) Persoanele fizice, incluse la începutul anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr.2 și care se asigură în mod individual, iar pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în mărime ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv, pot solicita restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă.</p> <p>(2<sup>2</sup>) Restituirea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, prevăzute la alin. (2) și (2<sup>1</sup>), precum și a celor achitate în plus se efectuează, la cerere, de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, conform modului stabilit prin</p>	<p><b>Uniunea Avocaților</b></p>	<p>2.1. La art. 23 alin. (2<sup>1</sup>) menționăm că, <i>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 cuantum ce depășește mărimea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă</i>, 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.</p>	<p><b>Nu se acceptă</b></p> <p>Alegația privind îmbogățirea nejustificată a bugetului de stat nu este relevantă.</p> <p>În primul rând, primele de asigurare obligatorie de asigurare medicală se varsă în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, dar nu în bugetul de stat.</p> <p>În al doilea rând, în conformitate cu art.22 alin. (1) din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, persoanele fizice incluse la începutul anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr.2 sunt obligate să achite integral prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termen de până la data de 31 martie a anului de gestiune.”</p> <p>Potrivit art. 5 din aceeași lege „Mărimea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală se calculează de către Ministerul Sănătății, conform prevederilor art. 17 din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, și se aprobă anual prin legea fondurilor obligatorii de asistență medicală.”</p> <p>În conformitate cu art. 17 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 „Mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă se</p>

<p>ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.”.</p>		<p>Uniunea Avocaților propune și insistă să fie acceptată propunerea privind modificarea și/sau completarea:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- litera i) de la alin. (4) art. 4 al Legii nr. 1585/1998, cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;</li> <li>- 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,</li> </ul> <p>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”, <u>doar pentru motivul că dețin statutul de avocat, nu are la bază un criteriu obiectiv</u>, deoarece nu ia în considerare circumstanțe de ordin obiectiv precum ar fi <b>posibilitatea realizării veniturilor din activitatea profesională de avocat.</b></p> <p>3.1. Prin urmare, dacă un avocat are statutul de <i>veteran de război/persoană cu dizabilități de pe urma războiului sau persoană cu dizabilități, pensionar (în special în cazul <u>pensiei pentru limită de vârstă</u>)</i>, 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 <u>trebuie să beneficieze de acest statut și să dispună de asigurare din partea Guvernului din bugetul de stat. în baza acestui statut</u>, 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.</p> <p>3.2. 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</p>	<p>calculează prin aplicarea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici.”</p> <p><b>S-a luat act de propunerile Uniunii Avocaților</b></p> <p>Ajustarea cadrului normativ privind sistemul AOAM în contextul Hotărârii Curții Constituționale nr. 08 din 06.04.2023 se va realiza într-un proiect de lege separat.</p>
---	--	--	---

*o licență de avocat și în cazul persoanelor care asigură creșterea și educarea a patru și mai mulți copii care dețin licență de avocat.”*

3.3. Drept urmare, este neconstitucional 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 medical, 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.

3.4. 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 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.

3.5. 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.

3.6. 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

		<p><b>discriminare vădită între aceste categorii de persoane</b> 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.</p> <p>Drept urmare, normele juridice care permit un astfel de tratament trebuie revăzute.</p> <p>3.7. Astfel, propunem următoarele modificări și completări a legislației avizate după cum urmează:</p> <p>- alin. (4) art. 23 din Legea nr. 1593/2002, cu privire la mărirea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, va avea următorul conținut: <i>„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.”</i></p> <p><b>punctul 2 al Anexei nr. 2 la Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărirea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, se completează cu o nouă propoziție după cum urmează:</b> <i>„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.”</i></p>	
	<p><b>Camera Notarială</b></p>	<p>Reglementarea mecanismului de restituire a primei de asigurare obligatorie achitată în sumă fixă pentru cazurile în care aceasta a fost achitată și în formă de contribuție procentuală la alte recompense este binevenită, însă propunem examinarea necesității achitării primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense atât timp cât persoana a achitat deja prima de asigurare în sumă fixă.</p> <p>În situațiile date rezultă o achitare dublă a primei de asigurare (în sumă fixă și în mărime procentuală), care se propune a fi soluționată prin restituirea, la cerere, a primei de asigurare în mărime fixă în anumite condiții și într-o anumită valoare. Mulți din notari, avocați, executori judecătorești pe lângă activitatea profesională, desfășoară și activitate didactică pentru care sunt recompensați și din contul căreia se reține procentual prima de asigurare medicală.</p> <p>Mecanismul de restituire propus prezintă unele inconveniențe: necesitatea depunerii cererii speciale în acest sens și respectarea condiției de depășire a primei achitate în mărime procentuală față de prima de asigurare în sumă fixă. Rezultă, că în lipsa unei</p>	<p><b>A se vedea argumentele referitoare la propunerile Uniunii Avocaților</b></p> <p>Referitor la propunerea de excludere a obligației de achitare a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense pe lângă prima de asigurare medicală în sumă fixă, astfel încât prima de asigurare medicală să fie achitată o singură dată (în mărime fixă sau procentual), remarcăm că, potrivit pct. 9 din Regulamentul privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea</p>

cereri din partea notarului și / sau a mărimii mai mici a primei de asigurare medicală calculată în cota procentuală (în comparație cu prima de asigurare în sumă fixă), notarul / avocatul va achita de 2 ori prima de asigurare medicală, fapt care nu se reflectă în nici un fel asupra cercului de servicii medicale de care va beneficia în cadrul Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, dar favorizează îmbogățirea nejustificată a bugetului de asigurări sociale 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. Mai mult ca atât, reglementarea în acest mod presupune adresarea în fiecare an a persoanei cu o cerere către CNAM în vederea restituirii primei de asigurare în sumă fixă, ceea ce este în plus.

Mecanismul dat de restituire a primei de asigurare medicală poate constitui un tratament discriminatoriu în raport cu persoanele prevăzute la art. 23 alin. (2) care beneficiază de restituirea proporțională a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă.

Considerăm echitabil excluderea obligației de achitare și a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense pe lângă prima de asigurare medical în sumă fixă, astfel încât prima de asigurare medical să fie achitată o singură dată (în mărime fixă sau procentual).

Totodată se impune și revizuire art. 23 alin. (4) din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală: "Persoanele fizice care, concomitent, fac parte din categoriile de persoane neangajate, asigurate de Guvern, indicate la art. 4 alin. (4) lit. i) și j) 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 d) din anexa nr. 2 la prezenta lege, nu vor achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă."

Considerăm că scutirea de la achitarea primei de asigurare medicală în sumă fixă doar pentru anumite categorii de persoane neangajate asigurate de Guvern (persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii și pensionari) nu este obiectiv justificată și întemeiată în raport cu profesiilor liberale din sectorul justiției, ceea ce se apreciază ca un tratament inegal și discriminatoriu.

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

Guvernului nr. 1246/2018, „La acordarea statutului de persoană asigurată, în cazul includerii concomitente a persoanei fizice în categoriile „persoană asigurată de Guvern”, „persoană asigurată în mod individual” și „persoană asigurată angajată”, se acordă, în mod prioritar, statutul de „persoană asigurată angajată”.

Astfel, liber-profesioniștii ce practică activitate în sectorul justiției nu au obligația de a se asigura în mod individual, dacă desfășoară activitate didactică în baza unui contract individual de muncă.

	<p>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.</p> <p>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.”</p> <p>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.”</p> <p>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.</p>	
<p><b>Cancelaria de Stat</b></p>	<p><b>La punctul 6.</b> Completările propuse la <i>art.23</i> 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</p>	<p><b>Nu se acceptă</b></p> <p>Principiul solidarității nu poate fi interpretat în sensul că obligă persoana asigurată să achite prima de asigurare obligatorie de asistență medicală atât în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, cât și în sumă fixă. Completările propuse la art. 23 oferă persoanei posibilitatea de a</p>

	<p>(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).</p> <p>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.</p>	<p>solicita restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă.</p> <p>Procesul de elaborare și executare a fondurilor AOAM va fi asigurat în continuare conform principiilor bugetare și prevederilor Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014.</p> <p>Art. 23 de la Legea 1593/2002 se completează cu mecanismul de restituire a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă persoanelor care pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în marime, ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv. Astfel, restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă va putea fi solicitată numai după achitarea primei în cote procentuale conform condițiilor enunțate, având la bază principiul redistribuirii.</p>
<p><b>Ministerul Finanțelor</b></p>	<p>Normele propuse la <i>pct. 6</i> nu pot fi acceptate deoarece contravin prevederilor Art.5 alin.(1) din Legea nr.1585/1998 <i>cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală</i> și instituie un tratament privilegiat pentru categoria de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, care se asigură în mod individual și, prin urmare, nu asigură respectarea principiului egalității în drepturi și posibilități a tuturor categoriilor de plătitori ai primelor asigurare obligatorie de asistență medicală. Totodată menționăm că propunerile menționate vor genera un impact negativ asupra veniturilor FAOAM, care nu a fost cuantificat (în Nota informativă). Cu atât mai mult că, conform prevederilor alineatului (4) din Art. XIII al Legii nr. 40/2023 pentru modificarea unor acte normative, doar titularii de patentă de întreprinzător (pct.1 lit. d) din anexa nr. 2 din Legea nr.1593/2002) sunt în drept să solicite restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă</p>	<p><b>Nu se acceptă</b></p> <p>Impactul propunerilor modificărilor în cauză, inclusiv cel financiar se va putea determina numai după implementarea acestora în timp.</p> <p>Procesul de elaborare și executare a fondurilor AOAM va fi asigurat în continuare conform principiilor bugetare și prevederilor Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014.</p> <p>Art. 23 de la Legea 1593/2002 se completează cu mecanismul de restituire a primei de asigurare</p>



	<p>achitată pentru anul 2023, în cazul când fac parte din categoriile de persoane asigurate de Guvern indicate la art. 4 alin (4) lit. I) și j) din Legea nr.1585/1998.</p>	<p>obligatorie de asistentă medicală în sumă fixă persoanelor care pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistentă medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în marime, ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistentă medicală în formă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistentă medicală pentru anul respectiv. Astfel, restituirea primei de asigurare obligatorie de asistentă medicală în sumă fixă va putea fi solicitată numai după achitarea primei în cote procentuale conform condițiilor enunțate, având la bază principiul redistribuirii.</p>
--	---	---

<p>2. Art. 16 va avea următorul cuprins: „Art.16. - Categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr.2 achită primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în mod individual.”.</p> <p>6. Art. 23 se completează cu alin. (2<sup>1</sup>) și (2<sup>2</sup>) cu următorul cuprins: „(2<sup>1</sup>) Persoanele fizice, incluse la începutul anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr.2 și care se asigură în mod individual, iar pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în mărime ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă</p>	<p><b>Ministerul Justiției</b></p>	<p><b>Art. II:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la pct. 2 din proiect, întrucât la art. 16 cuprinsul alin. (1) nu se modifică, se consideră judicios doar abrogarea alin. (2);</li> <li>- la pct. 6, în contextul amendamentului propus la pct. 5 privind modificarea art. 22 alin. (1) din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, pentru uniformizarea stilului de redactare a normelor conexe, recomandăm substituirea cuvântului „începutul” cu textul „la 1 ianuarie a” în art. 23 alin. (2) și în redacția propusă pentru alin. (2<sup>1</sup>) al acestui articol;</li> <li>- la pct. 9 referitor la norma indicată la art. 31 se va ține cont că prevederile generale privind survenirea răspunderii poartă un caracter declarativ și necesită a fi excluse. Răspunderea juridică trebuie să fie prevăzută de normele materiale, ce stabilesc tipul concret de răspundere (penală sau contravențională), determină faptele și sancțiunile pentru comiterea acestora.</li> </ul>	<p><b>Se acceptă parțial</b> (în partea ce ține de modificarea art. 23 alin. (2) și (2<sup>1</sup>)).</p> <p>Art. 16 din Legea nr. 1593/2002 are două alineate. În măsura în care alin. (2) se abrogă, conform uzanțelor normative, articolul urmează a fi expus în redacție nouă.</p> <p>În contextul abrogării art. 266 din Codul contravențional este judicios de a prezenta în redacție nouă art. 31 din Legea nr. 1593/2002.</p>
--	------------------------------------	--	---

<p>fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv, pot solicita restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă.</p> <p>(2<sup>2</sup>) Restituirea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, prevăzute la alin. (2) și (2<sup>1</sup>), precum și a celor achitate în plus se efectuează, la cerere, de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, conform modului stabilit prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.”</p> <p>9. Art. 31 va avea următorul cuprins:</p> <p>„Art. 31. – Nerespectarea modului de calculare și netransferarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală datorate de angajați atrag răspunderea contravențională a persoanelor cu funcții de răspundere din unități.”</p>			
<p>9. Art. 31 va avea următorul cuprins:</p> <p>„Art. 31. – Nerespectarea modului de calculare și netransferarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală datorate de angajați atrag răspunderea contravențională a persoanelor cu funcții de</p>	<p><b>Ministerul Finanțelor</b></p>	<p>La pct.9 care modifică art. 31 urmează a fi precizat, dat fiind faptul că nu este clar în baza cărui articol vor fi atrași la răspundere contravențională persoanele cu funcție de răspundere având în vedere faptul că se propune excluderea art.266 din Codul contravențional al Republicii Moldova (Legea nr.218/2008).</p>	<p><b>Nu se acceptă</b> Conform art. 129 din Codul fiscal, obligația contribuabilului de a plăti prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în cotă procentuală reprezintă o obligație fiscală. Încălcarea modului de prezentare de către contribuabili a dării de seamă fiscale și de achitare a obligațiilor, precum și a informației</p>

răspundere din unități.”.			aferente raporturilor de muncă pentru stabilirea drepturilor sociale și medicale atrage răspunderea contravențională a persoanelor cu funcții de răspundere conform art. 301 <sup>1</sup> din Codul contravențional. Contravențiile prevăzute la art. 301 <sup>1</sup> din Codul contravențional sunt examinate de către Serviciul Fiscal de Stat.
---------------------------	--	--	--

Art. III. Codul contravențional al Republicii Moldova nr. 218/2008 (republicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2017, nr. 78-84, art. 100), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:	Ministerul Justiției	La Art. III comunicăm că, în scopul centralizării tuturor propunerilor ce vizează modificarea <i>Codului contravențional nr. 218/2008</i> și luând în considerare că politica penală a statului ține de competența Ministerului Justiției reiterăm asupra faptului că modificările de la prevederile din <i>Codul contravențional</i> urmează a fi preluate de Ministerul Justiției și incluse în proiectul consolidat de modificare a codului.	Se acceptă în cazul în care proiectul consolidat de modificare a Codului contravențional, elaborat de Ministerul Justiției, va fi promovat concomitent cu proiectul în cauză.
--	----------------------	---	---

Nota informativă	Cancelaria de Stat	<p>Compartimentul 5 „Fundamentarea economico-financiară”, pornind 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.</p> <p>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.</p>	<p>Se acceptă. Nota informativă a fost completată.</p> <p>Impactul propunerilor modificărilor în cauză se va putea determina numai după implementarea acestora în timp.</p> <p>Procesul de elaborare și executare a fondurilor AOAM va fi asigurat în continuare conform principiilor bugetare și prevederilor Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014.</p> <p>Proiectul legii nu include careva propuneri care vor duce la reducerea veniturilor și/sau majorarea cheltuielilor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2023, fără surse de finanțare.</p> <p>Acoperirea cheltuielilor pentru prestarea serviciilor medicale categoriei noi de persoane asigurate de către Guvern „mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani” se vor efectua în limita transferurilor de la bugetul de stat către FAOAM aprobate</p>
------------------	--------------------	---	--

			<p>în Legea bugetului de stat pentru anul 2023 și prognozate pe termen mediu, conform formulei de calcul prevăzute la articolul 9 din Legea 1593/2022 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală.</p> <p>Prin norma de la alin. (4<sup>1</sup>) art.6 se propune ca persoanele fizice care au achitat primele de asigurare obligatorie de asistenta medicala în sumă fixă până la finele anului de gestiune să aibă posibilitate de a beneficia în continuare de serviciile medicale în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistenta medicală până la 31 ianuarie a anului de gestiune următor. Considerăm că aceste propuneri vor condiționa creșterea gradului de încredere a populației în oportunitățile sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală și, respectiv, de respectare de către persoanele neangajate și neasigurate de către Guvern a obligației legale de a se asigura în mod individual conform prevederilor actelor pentru anul în curs.</p> <p>Art. 23 de la Legea 1593/2002 se completează cu mecanismul de restituire a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă persoanelor care pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în marime, ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistenta medicala în formă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistenta medicala pentru anul respectiv. Astfel, restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă va putea fi solicitată numai după achitarea primei</p>
--	--	--	---

			în cote procentuale conform condițiilor enunțate, având la bază principiul redistribuirii. Respectiv, nu va genera reducerea veniturilor în FAOAM.
	<b>Ministerul Finanțelor</b>	<p>Constatarea enunțată în Capitolul 5 <i>Fundamentarea economico-financiară</i>, precum că, implementarea proiectului se va realiza în limita fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, este una necorespunzătoare exigențelor legale privind estimarea impactului financiar. Astfel capitolul urmează a fi completat/ajustat conform rigorilor art.30 din Legea cu privire la actele normative nr.100/2017, cu costul/suma cheltuielilor (bugetare și nebugetare) necesare pentru implementarea prevederilor proiectului, inclusiv estimarea impactului pe termen mediu și sursa de finanțare.</p>	<p><b>Se acceptă</b></p> <p>Impactul propunerilor modificărilor în cauză se va putea determina numai după implementarea acestora în timp.</p> <p>De asemenea, protecția financiară a unor categorii de persoane vulnerabile, ar conduce la evitarea unor riscuri de îmbolnăviri mult mai grave, care vor condiționa cheltuieli suplimentare din FAOAM pe viitor.</p> <p>Proiectul legii nu include careva propuneri care vor duce la reducerea veniturilor sau acceptarea unor cheltuieli din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în anul 2023, fără determinarea sursei de finanțare.</p> <p>Acoperirea cheltuielilor pentru prestarea serviciilor medicale categoriei noi de persoane asigurate de către Guvern „mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani” se vor efectua în limita transferurilor de la bugetul de stat către FAOAM aprobate în Legea bugetului de stat pentru anul 2023 și prognozate pe termen mediu, conform formulei de calcul prevăzute la articolul 9 din Legea 1593/2022 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală.</p> <p>Prin norma de la alin. (4<sup>1</sup>) art.6 se propune ca persoanele fizice care au achitat primele de asigurare obligatorie de asistenta medicala în sumă fixă până la finele anului de gestiune să aibă posibilitate de a beneficia în continuare de serviciile medicale în cadrul sistemului de asigurare obligatorie de asistenta medicală până la 31 ianuarie a anului de gestiune următor.</p>

			<p>Considerăm că aceste propuneri vor condiționa creșterea gradului de încredere a populației în oportunitățile sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală și, respectiv, de respectare de către persoanele neangajate și neasigurate de către Guvern a obligației legale de a se asigura în mod individual conform prevederilor actelor pentru anul în curs</p> <p>Art. 23 de la Legea 1593/2002 se completează cu mecanismul de restituire a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă persoanelor care pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în marime, ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv. Astfel, restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă va putea fi solicitată numai după achitarea primei în cote procentuale conform condițiilor enunțate, având la bază principiul redistribuirii.</p>
	<b>CNAM</b>	Lipsa de obiecții și propuneri	
	<b>Ministerul Dezvoltării Economice și Digitalizării</b>	Lipsa de obiecții și propuneri	
	<b>Ministerul Infrastructurii și Dezvoltării Regionale</b>	Lipsa de obiecții și propuneri	
	<b>Uniunea Executorilor Judecătorești</b>	Lipsa de obiecții și propuneri	

	<b>Confederația Națională a Sindicatelor</b>	Lipsa de obiecții și propuneri	
	<b>Centrul Național Anticorupție</b>	În redacția propusă, proiectul nu conține factori de risc care să genereze apariția riscurilor de corupție.	
<p>Recomandările FIA, UIMSP, Centrului PAS au fost discutate în cadrul întrunirii consultative din 26 iulie 2023. Recomandările asupra cărora s-a ajuns la un consens au fost luate în considerare la definitivarea proiectului.</p>			

## II. Avizarea (expertizarea) repetată a proiectului

### Art.I (privind modificarea Legii nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală)

<p>1. La art. 4: la alin. (2) textul „persoana juridică obligată prin lege să asigure riscul de îmbolnăvire al altor categorii de persoane a căror asigurare este de competența sa, cu excepția persoanelor angajate” se substituie cu textul „Guvernul pentru categoriile de persoane prevăzute la alin. (4)”;</p> <p>la alin. (4) lit. h) cuvintele „și lăuzele” se substituie cu textul „, lăuzele și mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani”;</p>	<p><b>Consiliul pentru egalitate</b></p>	<p>Cu referire la propunerea de modificare a lit. h) din cadrul alin. (4) al 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.</p> <p>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 până 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.</p> <p>Având în vedere cele menționate, cât și necesitatea asigurării coerenței cadrului normativ, Consiliul propune modificarea lit. h) din cadrul alin. (4) al 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”.</p>	<p><b>Nu se acceptă</b></p> <p>Scopul normei este asigurarea accesului la servicii medicale pentru mamele neangajate în câmpul muncii, care au născut și au nevoie de supraveghere medicală, inclusiv după perioada de lăuzie.</p> <p>Mamele sunt asigurate pe perioada sarcinii, lăuziei, după care, dacă nu se angajează în câmpul muncii sau nu se asigură în mod individual, nu mai au statutul de persoană asigurată în sistemul AOAM.</p> <p>Dat fiind starea fiziologică a mamelor după naștere, este oportun de a li se acorda statutul de persoană asigurată, pentru a avea și după perioada de lăuzie acces la serviciile medicale.</p> <p>Norma de modificare urmărește protejerea sănătății mamelor, în special a mamelor tinere, care nu au reușit să se încadreze în câmpul muncii până la nașterea copilului și nicidecum lărgirea cercului de subiecți asigurați de către Guvern.</p>
---	--	---	---

<p>1. La art. 4: alin. (9): la lit. d) textul „și pentru</p>	<p><b>Ministerul Finanțelor</b></p>	<p><i>Pct.1</i>, care modifică și completează art.4, alin (9) lit.d) și lit. d<sup>1</sup>) se propune de exclus dat fiind faptul că, prin Legea pentru modificarea unor acte normative (reforma sistemului de asistență socială) aprobată de către Parlament la data de 17.08.2023 modificarea dată deja a fost operată.</p>	<p><b>Se acceptă</b></p> <p>Dispoziția de modificare a art. 4 alin. (9) lit. d), precum dispoziția de completare a alin. (9) cu lit. d<sup>1</sup>) au fost</p>
--	-------------------------------------	---	---

<p>cele indicate la alin. (4) lit. n)” se exclude; 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>			<p>excluse din proiect.</p>
<p>8. La art. 12: [...] alin. (3): lit. a<sup>1</sup>) va avea următorul cuprins: „ a<sup>1</sup>) să gestioneze fondurile stabilite de prezenta lege;”</p>	<p><b>Ministerul Finanțelor</b></p>	<p><i>La pct.8, care modifică art.12 alin (3) lit. a<sup>1</sup>) se va preciza, racordându-se la prevederile art.23 alin (2) din Legea finanțelor publice și responsabilități bugetar-fiscale nr.181/2014.</i></p>	<p><b>Se acceptă</b> lit. a<sup>1</sup>) va avea următorul cuprins: „a<sup>1</sup>) să gestioneze mijloacele fondurilor stabilite de prezenta lege;”</p>
<p>13. Articolul 18 va avea următorul cuprins: „Articolul 18. Achitarea serviciilor medicale și farmaceutice (1) Asigurătorul achită lunar sau trimestrial serviciile medicale, în funcție de mijloacele financiare disponibile, în baza facturilor fiscale electronice prezentate de prestatorii de servicii medicale, conform condițiilor stabilite în contract. (2) Asigurătorul achită lunar serviciile farmaceutice prestate, în baza facturilor fiscale electronice prezentate de prestatorii de servicii farmaceutice, însoțite de rapoartele generate de sistemul informațional din gestiunea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la medicamente și/sau dispozitive medicale compensate, eliberate pacienților în perioada de</p>	<p><b>Ministerul Finanțelor</b></p>	<p><i>La pct.13, care modifică art.18 alin (1) cuvântul „conform” se va substitui cu textul „conform volumului prevăzut de Programul unic și”, întru ajustarea la prevederile art.2 din legea prenotată.</i></p>	<p><b>Nu se acceptă</b> Volumul serviciilor medicale contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină sunt specificate în anexele la contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Compania Națională de Asigurări în Medicină nu poate contracta alte servicii medicale decât cele prevăzute în Programul unic.</p>



<p>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>Art.II (privind modificarea Legii nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală)</b>			
	<b>Ministerul Finanțelor</b>	<p><i>La pct.5, ce vizează modificarea art.20, menționăm că, începând cu anul 2018, prin Codul fiscal (art.881), Legea privind sistemul public de asigurări sociale nr.489/1999 (art.19) și Legea nr.1593/2002 (art.20), a fost instituit un regim fiscal special pentru veniturile salariale ale conducătorilor auto ce activează în cadrul agenților economici care prestează servicii de transport auto de călători în regim de taxi, având drept scop combaterea fenomenului salariilor „în plic”, concomitent cu asigurarea unor venituri nete la bugetul public național.</i></p> <p><i>Astfel, modificarea regimului special de calculare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, pentru salariații vizați, ar afecta conceptual regimul special de impozitare și, în opinia noastră, va atrage necesitatea revizuirii întregului regim nominalizat supra.</i></p>	<p><b>Se acceptă</b></p> <p>Norma de modificare a art. 20 a fost exclusă din proiect</p>
<p>6. La art. 21 textul „(subvențiile)” se exclude.</p>	<b>Ministerul Finanțelor</b>	<p><i>La pct.6, se reiterează propunerea de completare cu următoarea prevedere:</i></p> <p><i>„La art.21, textul ”fiind transferate în măsură deplină la Contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nu mai târziu de data de 27 a fiecărei luni de gestiune” se exclude.”, reieșind din managementul lichidităților bugetului de stat. Norma actuală impune restricții în utilizarea mijloacelor financiare libere ale bugetului public național, precum și impune atragerea împrumuturilor, după caz, cu achitarea dobânzilor pentru a onora angajamente prioritare.</i></p>	<p><b>Se acceptă</b></p> <p>Ca urmare a ședinței interministeriale din 07.09.2023, s-a decis de comun acord cu Ministerul Finanțelor expunerea art. 21 în următoarea redacție:</p> <p><b>„Art. 21 -</b> Ministerul Finanțelor va vira la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină primele de asigurare obligatorie de asistență medicală calculate pentru categoriile de persoane prevăzute la art.4 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Suma totală a primelor de asigurare obligatorie de asistență</p>

			medicală, stabilită anual prin legea bugetului de stat, va fi transferată în mărime deplină, fiind distribuită lunar în conformitate cu procedura de management a lichidităților bugetului de stat.”
<p>8. Art. 23: [...] se completează cu alin. (2<sup>1</sup>) și (2<sup>2</sup>) cu următorul cuprins: „(2<sup>1</sup>) Persoanele fizice, incluse la 1 ianuarie a anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr.2 și care se asigură în mod individual până la data de 31 martie, iar pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense în mărime ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv, pot solicita restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitată în sumă fixă. (2<sup>2</sup>) Restituirea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, prevăzute la alin. (2) și (2<sup>1</sup>), precum și a celor achitate în plus se efectuează,</p>	<p><b>Cancelaria de Stat</b></p>	<p>Reiterăm obiecția expusă în avizul nr. 26/2-69-7046 din 04.07.2023, referitor la <b>Art. II.</b> din proiectul de lege care modifică <i>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</i> 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 <b>formă de contribuție procentuală ce depășește cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă.</b> În situația dată, se creează <b>inechitate în raport cu ceilalți subiecți de drept</b>, 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.</p>	<p><b>Nu se acceptă</b> Persoanele care la început de an au achitat prima în formă de contribuție procentuală, după încetarea raporturilor de muncă au obligația de a achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termen de 30 de zile calendaristice de la data desfacerii contractului individual de muncă, în cuantum proporțional numărului de zile ale anului de gestiune în care nu au avut statut de persoană asigurată, inclusiv numărul de zile calendaristice rămase până la finele anului de gestiune. Adițional, menționăm că, potrivit art. 6 alin. (5) din <i>Legea nr. 1585/1998, statutul de asigurat al persoanelor care beneficiază de indemnizații de eliberare din serviciu, conform art. 186 din Codul muncii al Republicii Moldova, va fi activ pe perioada achitării indemnizației de eliberare din serviciu.</i></p>

<p>la cerere, de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, conform modului stabilit prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.”</p>			
<p>11. Art. 31 va avea următorul cuprins: „Art. 31. – Nerespectarea modului de calculare și netransferarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală datorate de angajați atrag răspunderea contravențională a persoanelor cu funcții de răspundere din unități.”.</p>	<p><b>Ministerul Justiției</b></p>	<p>La art. II pct. 11, referitor la redacția propusă pentru art. 31 al <i>Legii nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală</i>, se va ține cont că prevederile generale privind survenirea răspunderii poartă un caracter declarativ. Menționăm că răspunderea juridică trebuie să fie prevăzută de normele materiale, ce stabilesc tipul concret de răspundere (penală sau contravențională), determină faptele și sancțiunile pentru comiterea acestora. Astfel, în contextul intenției de abrogare a art. 266 din <i>Codul contravențional nr. 218/2008</i>, norma de la art. 31 al <i>Legii nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală</i> se consideră a fi declarativă și drept urmare este inutilă.</p>	<p><b>Se acceptă</b> Proiectul a fost completat cu dispoziția de abrogare a art. 31 din Legea nr. 1593/2002</p>
<p><b>LEGE Nr. 22 din 23-02-2018</b> <b>privind exercitarea unor activități necalificate cu caracter ocazional desfășurate de zilieri</b> <b>Articolul 8.</b> Asigurarea obligatorie de asistență medicală Din veniturile obținute din activitatea necalificată cu caracter ocazional exercitată de zilieri nu se rețin primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală. <i>[Art.8 modificat prin LP160 din 07.07.22, MO208-216/15.07.22 art.381; în vigoare 15.07.22]</i></p>	<p><b>Ministerul Finanțelor</b></p>	<p>Suplimentar, propunem de a completa proiectul de Lege cu o normă care să abroge art. 8 din Legea nr. 22/2018 privind exercitarea unor activități necalificate cu caracter ocazional desfășurate de zilieri, ce vizează neachitarea de către zilieri a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală. Este de menționat că, actualmente, această normă creează confuzii și interpretări neuniforme la aplicarea acesteia. Mai mult ca atât, constatăm că norma în cauză contravine și art. 6 din Legea nr.1593/2002 care prevede calcularea necondiționată a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și din recompensele achitate în folosul persoanelor fizice.</p>	<p><b>Nu se acceptă</b> Art. 8 din Legea nr. 22/2018 privind exercitarea unor activități necalificate cu caracter ocazional desfășurate de zilieri prevede că <i>din veniturile obținute din activitatea necalificată cu caracter ocazional exercitată de zilieri nu se rețin primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală.</i> Norma citată <i>supra</i> este o normă specială în raport cu cea de la art. 6 din Legea nr. 1593/2002, ce prevede că <i>primele de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr.1 se calculează în funcție de contribuția procentuală la salariu și la alte recompense, până la deducerea (reținerea) impozitelor și altor plăți obligatorii stabilite de legislație.</i></p>

Conform art.5 alin. (3) din Legea nr. 10/20017 cu privire la actele normative, *normele juridice speciale sunt aplicabile în exclusivitate anumitor categorii de raporturi sociale sau subiecți strict determinați. În caz de divergență între o normă generală și o normă specială, care se conțin în acte normative de același nivel, se aplică norma specială.*

Menționăm că principiile de organizare și funcționare a sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală nu permit încadarea în acest sistem în baza achitărilor sporadice, ca urmare a transferului de către beneficiarul de lucrări din agricultură a 9% din remunerația achitată zilierului. Respectiv, în cazul abrogării art. 8 din Legea nr. 22/2018, deși zilierului i se va reține prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense, acestuia nu i se va acorda statutul de asigurat în sistemul AOAM.

Reglementările privind exercitarea de către zilieri a activităților necalificate cu caracter ocazional sunt derogatorii de la prevederile Codului muncii nr. 154/2003, iar beneficiarii de lucrări nu au calitatea de angajatori ai zilierilor.

În conformitate cu art. 4 alin. (1) din Legea nr. 22/2018 privind exercitarea unor activități necalificate cu caracter ocazional desfășurate de zilieri, *raportul dintre zilier și beneficiar se stabilește prin acordul de voință al părților, fără încheierea în formă scrisă a unui contract individual de muncă.*

Potrivit prevederilor Legii nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea

			obligatorie de asistență medicală, pentru a obține statutul de persoană asigurată în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, persoanele, inclusiv zilierii, urmează să se încadreze în una dintre categoriile de persoane asigurate (angajate, asigurate de Guvern sau asigurate în mod individual).
	<b>Ministerul Finanțelor</b>	<i>Cu referire la Nota informativă.</i> Reiterăm necesitatea alinierii la prevederile art.30 al Legii 100/2017 cu privire la actele normative, referitor la estimarea tuturor costurilor care pot surveni ca urmare a implementării proiectului, inclusiv estimarea necesităților pe termen mediu.	<b>Se acceptă</b> Nota informativă a fost completată în mod corespunzător.
	<b>Grupul de lucru al Comisiei de stat pentru reglementarea activității de întreprinzător</b>	Proiectul se susține condiționat	Propunerile expuse în opinia expertului SEIR au fost luate în considerare la definitivarea proiectului
	<b>Ministerul Infrastructurii și Dezvoltării Regionale</b>	Lipsa de obiecții și propuneri	
	<b>Ministerul Muncii și Protecției Sociale</b>	Lipsa de obiecții și propuneri	
	<b>Ministerul Dezvoltării Economice și Digitalizării</b>	Autoritatea nu a prezentat avizul repetat	În conformitate cu prevederile pct.202 din Regulamentul Guvernului, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 610/2018, proiectul este considerat ca fiind avizat.
	<b>Compania Națională de Asigurări în Medicină</b>	Lipsa de obiecții și propuneri	

	<b>Confederația Națională Sindicatelor</b> a	Lipsa de obiecții și propuneri	
	<b>Institutul Național Justiției</b> al	Lipsa de obiecții și propuneri	

Propunerile și recomandările autorităților publice, prezentate ca urmare a avizării repetate a proiectului, au fost examinate în cadrul ședinței interministeriale (interinstituționale) din 7 septembrie 2023, la care au participat reprezentanți ai Cancelariei de Stat, Ministerului Finanțelor, Serviciului Fiscal de Stat, Consiliului pentru egalitate. Asupra propunerilor neacceptate sau acceptate parțial s-a ajuns la consens (a se vedea Proces-verbal nr. 3 din 07.09.2023).

**Secretar general**

Digitally signed by Gantea Lilia  
Date: 2023.09.21 17:00:14 EEST  
Reason: MoldSign Signature  
Location: Moldova



**Lilia GANTEA**

**PROCES-VERBAL nr. 3**  
**al ședinței interministeriale (interinstituționale) privind depășirea divergențelor**  
**referitoare la proiectul de lege pentru**  
**modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea**  
**sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală)**

**Data:** 07.09.2023

**Locația:** Compania Națională de Asigurări în Medicină, sala mare.

**Ora:** 10.00

**AU PARTICIPAT:**

*Din partea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină:*

Ion Dodon, director general;

Mariana Gulian, șefă a Direcției juridice;

Sergiu Negritu, șef al Direcției contabilitate;

Natalia Chihai, șefă a Direcției economie;

Maia Radilov, șefă a Direcției relații cu beneficiarii;

Diana Severin, șefă adjunctă a Direcției evaluare și monitorizare;

Victoria Ciorbă, jurist coordonator;

*Invitați:*

Cristina Hadîrcă, șefă a Direcției politici nediscriminare, Consiliul pentru egalitate;

Liliana Gînga, consultant principal în Direcția politici sociale, Cancelaria de Stat;

Aurelia Porumbescu, șefă a Direcției finanțele în sănătate și protecție socială, Ministerul  
Finanțelor;

Maxim Ciobanu, șef al Direcției Trezoreria de Stat, Ministerul Finanțelor;

Jana Griciuc, șefă a Direcției impozite directe, Serviciul Fiscal de Stat;

Igor Aramă, șef al Direcției planificare și evaluare, Serviciul Fiscal de Stat.

**ORDINEA DE ZI:**

Examinarea propunerilor și obiecțiilor autorităților publice formulate în cadrul avizării repetate a proiectului de lege pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală), în vederea depășirii divergențelor.

**AU LUAT CUVÂNTUL:**

DI Ion Dodon a deschis ședința, mulțumind celor prezenți că au dat curs invitației de a participa la ședința interministerială și a propus discutarea propunerilor și obiecțiilor parvenite de la autoritățile publice, pentru a ajunge la consens pe marginea acestora.

**S-AU EXAMINAT:**

1. Obiecția Consiliului pentru egalitate cu referire la propunerea de modificare a lit. h) din cadrul alin. (4) al 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”

Dna Cristina Hadîrcă a semnalat că norma din proiect are efect limitativ, întrucât 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. 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 achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Dl Ion Dodon a menționat că scopul normei este asigurarea accesului la servicii medicale pentru mamele care au dat naștere unui copil și au nevoie de supraveghere medicală, or, începând cu a 57 zi, dacă până la naștere nu au fost angajate, statutul acestora de persoana asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se suspendă. A explicat că la formularea normei s-a ținut cont de aspectul fiziologic, dar nu de cel social. Interesul statului este să stimuleze încadrarea în câmpul muncii a persoanelor. În prezent, la o persoană care contribuie la fondurile asigurărilor obligatorii de asistență medicală avem două persoane asigurate de Guvern.

Dna Mariana Gulian a indicat că norma de modificare urmărește protejarea sănătății mamelor, în special a mamelor tinere, care nu au reușit să se încadreze în câmpul muncii până la nașterea copilului și nicidecum lărgirea cercului de subiecți asigurați de către Guvern. Dat fiind starea fiziologică a mamelor după naștere, este oportun de a li se acorda statutul de persoană asigurată, pentru a avea și după perioada de lăuzie acces la serviciile medicale. Norma de modificare propusă de Consiliul de egalitate nu se încadrează organic în conținutul litere h) - gravidele, parturientele și lăuzele. În cadrul consultării publice a proiectului, societatea civilă nu a susținut modificarea, dat fiind cercul larg de subiecți care în prezent sunt asigurați de către Guvern.

Dna Maia Radilov a menționat că și norma de la art. 4 alin. (4) lit. m) din Legea nr. 1585/1998 (părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani) stimulează munca la negru. Există solicitări de a acorda statutul de persoană asigurată în baza acestei norme de la ambii părinți cu patru și mai mulți copii, care lucrează neoficial, fără a-și declara veniturile, în caz contrar ar fi în imposibilitate materială de a-și întreține copiii.

Dna Aurelia Porumbescu a enunțat că, din punct de vedere financiar, propunerea Consiliului de egalitate nu este binevenită, deoarece pune presiune pe ceilalți contribuabili.

Dna Liliana Gînga a comunicat că, în cadrul avizării primare a proiectului, Cancelaria de Stat a atenționat că extinderea categoriei de subiecți asigurați de către Guvern duce la servicii mai puține pentru celelalte persoane asigurate.

*S-a decis:* se menține în redacția normei de modificare a art. 4 alin. (4) lit. h) propusă în proiect.

2. Propunerea Ministerului Finanțelor de a exclude dispozițiile de modificare a art.4 alin (9) lit. d) și lit. d<sup>1</sup>), dat fiind faptul că, prin Legea pentru modificarea unor acte normative (reforma sistemului de asistență socială) aprobată de către Parlament la data de 17.08.2023 modificarea dată deja a fost operată.

*S-a decis:* se acceptă.

3. Propunerea Ministerului Finanțelor de a substitui în art.18 alin (1) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală cuvântul „conform” cu textul „conform volumului prevăzut de Programul unic și”:

Dna Diana Severin a explicat că volumul serviciilor medicale contractate de Compania Națională de Asigurări în Medicină sunt specificate în anexele la contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. În contractul prenotat sintagma „Programul unic” se utilizează de 12 ori. Compania Națională de Asigurări în Medicină nu poate contracta alte servicii medicale decât cele prevăzute în Programul unic.

Dna Aurelia Porumbescu a comunicat că nu insistă asupra acceptării propunerii de modificare, dacă norma este suficient de clară.

*S-a decis:* se menține redacția art. 18 propusă în proiect.

4. Propunerea Ministerului Finanțelor privind excluderea din proiect a modificării art. 20 din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală:



Dna Jana Griuciuc a relatat că regimul fiscal al impozitării taximetriștilor este reglementat de Codul fiscal, Legea privind sistemul public de asigurări sociale nr.489/1999 și Legea nr.1593/2002. Acest regim a fost instituit începând cu anul 2018 în scopul combaterii fenomenului salariilor „în plic”, concomitent cu asigurarea unor venituri nete la bugetul public național. Angajatorul achită a 1/12 parte din prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în avans, ca parte a impozitului unic. Dacă achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală se va pune în sarcina angajatului, va fi afectat conceptual regimul special de impozitare și va atrage necesitatea revizuirii întregului regim nominalizat supra, care în prezent este lucrativ.

*S-a decis:* se acceptă propunerea Ministerului Finanțelor de a exclude din proiect modificarea art. 20, pentru a evita evaziunea fiscală.

5. Propunerea Ministerului Finanțelor privind excluderea textului „fiind transferate în măsură deplină la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nu mai târziu de data de 27 a fiecărei luni de gestiune” din art. 21 al Legii nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală:

Dna Mariana Gulian a comunicat că se acceptă expunerea normei de la art. 21 în următoarea redacție „Ministerul Finanțelor va vira la contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină primele de asigurare obligatorie de asistență medicală calculate pentru categoriile de persoane prevăzute la art.4 alin.(4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală. Suma totală a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, stabilită anual prin legea bugetului de stat, va fi transferată în mărime deplină fiind distribuită în rate egale pentru fiecare lună a anului bugetar, reieșind din managementul lichidităților bugetului de stat.”

Dl Maxim Ciobanu a indicat că Direcția contabilitate a CNAM prezintă necesitățile Ministerului Finanțelor. Acest mecanism este funcțional de 6 ani. Sintagma „în sume egale” va pune presiune pe bugetul de stat și va duce la aceea că bugetul de stat va fi pus în situația să împrumute acești bani cu dobândă. Conform Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014, atât Ministerul Finanțelor, cât și CNAM trebuie să facă prognoza pe luni, ulterior aceste prognoze se prezintă de CNAM Ministerului Finanțelor.

Sergiu Negritu a punctat că este foarte important să fie asigurat transferul în mărime deplină.

Dl Maxim Ciobanu a replicat că asigurarea transferului sumelor în mărime deplină (pentru persoanele asigurate de către Guvern) este statuată Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014.

*S-a decis:* redacția art. 21 se va formula de comun acord, cu luarea în considerare a aspectelor discutate în cadrul ședinței.

6. Obiecția Cancelariei de Stat referitoare la completările propuse la art.23 din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală ce țin de restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală achitate în sumă fixă:

Dna Gulian a menționat că norma a fost formulată ca urmare a recepționării plângerilor persoanelor care au achitat prima de asigurare obligatorie de asigurare medicală în sumă fixă, iar ulterior li se reține prima în cotă procentuală la alte recompense. Astfel, s-a identificat o soluție prin care persoanele care s-au asigurat la început de an în sumă fixă, iar pe parcursul anului achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense din contracte de prestări servicii în mărime ce depășește quantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv, să aibă

posibilitate de a solicita restituirea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă.

Prin modificările operate în art. 23 din Legea nr. 1593/2002 prin Legea nr. 356/2022 (în vigoare de la 01.01.2023) s-a urmărit contracararea fenomenului ce luase amploare, potrivit căruia, persoanele la sfârșit de an demisionau, iar la începutul următorului an achitau prima în sumă fixă cu reducere ca persoane neangajate, după care se angajau și solicitau să fie scutiți de reținerea primei în formă de contribuție procentuală la salariu, deoarece au achitat prima în sumă fixă.

Dna Liliana Gînga a indicat că Cancelaria de Stat a reiterat obiecția din perspectiva persoanelor angajate, care în cazul desfacerii contractului individual de muncă sunt obligați să se asigure în mod individual, deși pe parcursul anului au achitat prima în formă de contribuție procentuală la salariu în sumă mai mare decât cuantumul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, aprobat prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv și care se vor considera că sunt discriminate și vor depune petiții. În calitate de autoritate care promovează politica în domeniu, Ministerul Sănătății cunoaște câte persoane sunt vizate de această modificare și care ar fi impactul, Cancelaria de Stat a venit cu o recomandare privind asigurarea unui tratament egal în ce privește persoanele angajate care au demisionat în raport cu persoanele ce prestează servicii și beneficiază de restituirea primei achitate în sumă fixă.

Dna Gulian a punctat că la baza sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală stă principiul obligativității, contributivității și solidarității. Persoana care demisionează are obligația de a achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termen de 30 de zile calendaristice de la data desfacerii contractului individual de muncă, în cuantum proporțional numărului de zile ale anului de gestiune în care nu au avut statut de persoană asigurată, inclusiv numărul de zile calendaristice rămase până la finele anului de gestiune.

DI Ion Dodon a remarcat că mecanismul în cauză este echitabil, deoarece persoana care a avut statutul de angajat o perioadă mai mare pe parcursul anului, achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală mai puțin.

*S-a decis:* se menține redacția art. 23 alin. (2<sup>2</sup>) propusă în proiect.

7. Propunerea Ministerului Finanțelor de a completa proiectul de lege cu o normă care să abroge art. 8 din Legea nr. 22/2018 privind exercitarea unor activități necalificate cu caracter ocazional desfășurate de zilieri, ce vizează neachitarea de către zilieri a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală:

Dna Mariana Gulian a relevat că, în cazul abrogării art. 8 din Legea nr. 22/2018, zilierului i se va reține prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la alte recompense, însă acestuia nu i se va acorda statutul de persoană asigurată. Zilierii nu activează în baza unui contract de muncă, respectiv, ei trebuie să se asigure în mod individual, având posibilitate de a achita prima cu reducere până la 31 martie. În prezent nu există un mecanism ce ar permite încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în baza achitărilor sporadice.

*S-a decis:* propunerea Ministerului Finanțelor nu se acceptă.

8. Obiecția Ministerului Finanțelor privind estimarea tuturor costurilor care pot surveni ca urmare a implementării proiectului, inclusiv estimarea necesităților pe termen mediu:

Dna Aurelia Porumbescu a subliniat că, conform cadrului normativ, trebuie estimat impactul în baza datelor din anii precedenți și indicată sursa de acoperire a cheltuielilor.

*S-a decis:* se acceptă.

**Director general**

Ex. Victoria Ciorbă  
*V. Ciorbă*



**Ion DODON**