

NOTĂ INFORMATIVĂ

la proiectul hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului

1. Denumirea autorului și, după caz, a participanților la elaborarea proiectului
Proiectul hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului este elaborat de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM).
2. Condițiile ce au impus elaborarea proiectului de act normativ și finalitățile urmărite
Proiectul este elaborat în temeiul art. 7 alin. (2) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, conform căruia „Modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă de Guvern.”.
Scopul proiectului este:
aducerea prevederilor Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în concordanță cu modificările operate în cadrul normativ primar (Legea nr. 15985/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, Codul civil modernizat);
eficientizarea activității sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală prin modernizarea/digitalizarea proceselor de raportare și evidență în cadrul executării contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;
înlăturarea omisiunilor depistate în urma activității de monitorizare a utilizării mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale;
precizarea responsabilităților subiecților implicați în procesul de contractare a serviciilor medicale.
Întrucât modificările vizează cea mai mare parte a prevederilor Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1636/2002, în conformitate cu art. 63 alin. (1) din Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative, Contractul-tip se prezintă în redacție nouă, iar Hotărârea Guvernului nominalizată supra se abrogă.
3. Descrierea gradului de compatibilitate, pentru proiectele care au ca scop armonizarea legislației naționale cu legislația Uniunii Europene
Proiectul respectiv nu are scopul armonizării legislației cu legislația Uniunii Europene
4. Principalele prevederi ale proiectului și evidențierea elementelor noi
Principalele modificări ale Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vizează:
stabilirea acțiunilor ce urmează a fi întreprinse de prestatorul de servicii medicale (în continuare - prestator), la momentul acordării asistenței medicale, privind stabilirea statutului persoanei la internare/externare în coraport cu modificarea statutului acesteia în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pe parcursul spitalizării. Conform prevederilor art.3 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, obiectul asigurării este riscul asigurat, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistență medicală și farmaceutică, prevăzută în Programul unic. În aceste condiții regulatorii, persoana fizică urmează să-și asigure riscul (după caz, să achite prima de asigurare) anterior survenirii riscului asigurat și nu viceversa;
excluderea cuvântului „anual” din textul Contractului-tip, care impune obligativitatea încheierii contractelor pe un termen de un an chiar și în cazurile când prestatorii nu întrunesc toate cerințele obligatorii de activitate pentru toată perioada anului. Ca urmare a operării acestei modificări, părțile, în temeiul principiului libertății contractuale, vor putea să încheie contracte de acordare a asistenței medicale și pe o perioadă mai mică decât pe un an;
achitarea serviciilor medicale de către CNAM doar în baza documentelor primare cu regim special, utilizate în cazul documentării faptului prestării serviciilor – factura fiscală electronică. Facturile fiscale electronice vor fi emise în baza raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică, formularul căruia a fost aprobat prin Ordinul directorului general al

CNAM nr. 25-A din 16.02.2022. Raportul privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică reprezintă un document justificativ prezentat Prestatorilor de către CNAM, funcția de bază a acestuia fiind argumentarea sumelor incluse în facturile fiscale electronice emise de Prestatori, cu descifrarea sumelor în corespundere cu fiecare tip de serviciu medical contractat. Rapoartele prenotate urmează a fi semnate și anexate la facturile fiscale electronice, utilizând funcționalitățile instrumentelor electronice guvernamentale (MSign și SIA „e-Factura”). Facturile fiscale electronice vor fi prezentate CNAM prin intermediul Sistemului „e-Factura”, până la data de 25 a lunii imediat următoare perioadei de raportare. Neprezentarea facturilor fiscale în termen de către prestator va avea ca efect amânarea plăților către acesta, cu redirectionarea mijloacelor financiare, planificate pentru aceste plăți, către plățile curente aferente serviciilor medicale;

plafonarea mărimii lunare a avansului la 60% din suma aferentă serviciilor medicale planificate a fi realizate lunar, precum și precizarea cazurilor în care CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia. Modificările date sunt propuse în scopul aliniării treptate la bunele practici internaționale, conform cărora instituțiile omoloage CNAM, inclusiv din țările vecine, decontează prestatorilor de servicii medicale contravaloarea serviciilor medicale contractate, efectuate, raportate și validate pe baza facturii însoțite de documente justificative aferente. Este de menționat că, avansurile reprezintă costuri suportate de CNAM în condiții de incertitudine a realizării condițiilor contractuale de către prestatorii, astfel fiind alocați bani pentru servicii cu probabilitatea de a nu fi realizate. Totodată, este limitată posibilitatea CNAM de a aloca eficient banii pentru procurarea serviciilor esențiale, dar și diminuează capacitatea și interesul Prestatorilor de a căuta alternative în vederea realizării activității pe care o desfășoară; reținerea sumelor creanțelor CNAM față de prestator din contul transferurilor ulterioare către acesta la același tip de asistență medicală la care au fost înregistrate creanțele. În cazul în care suma creanțelor nu poate fi reținută de la același tip de asistență medicală (de exemplu: tipul de asistență medicală nu mai este inclus în Contract sau suma creanțelor depășește diferența dintre suma contractuală și valoarea serviciilor medicale deja facturate etc.), prestatorul urmează să restituie benevol suma creanțelor, în caz contrar, aceasta va fi reținută din contul transferurilor pentru alt tip de asistență medicală contractat;

reglementarea procedurii de recuperare a prejudiciului cauzat CNAM de către prestator în funcție de tipul acestuia și de perioada pentru care acesta a fost constatat. Astfel, în cazul constatării prejudiciului cauzat CNAM în perioada valabilității Contractului, prestatorul are dreptul să repare benevol prejudiciul (prin corectarea dărilor de seamă/rapoartelor și restabilirea prejudiciului la contul propriu, utilizat pentru efectuarea cheltuielilor aferente serviciilor medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală). În cazul neconformării benevole și în cazul constatării prejudiciului cauzat CNAM în contextul relațiilor contractuale precedente, prestatorul va recunoaște datoria față de CNAM în evidența contabilă în baza pretenției recepționate și aceasta va fi reținută din contul transferurilor ulterioare către prestator;

aplicarea penalității în mărime de 10% din suma prejudiciată, în vederea responsabilizării prestatorului de a nu încălca obligațiile contractuale și îmbunătățirii eficienței utilizării mijloacelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și majorarea penalității de la 30% la 50% din valoarea serviciului în cazurile confirmate a refuzului/neglijării în acordarea asistenței medicale prevăzute de Contract, în scopul asigurării accesului la servicii de sănătate și a calității serviciilor medicale prestate persoanelor asigurate;

în cazurile reclamate de persoana asigurată, care invocă refuzul/neglijența acordării asistenței medicale prevăzute de Contract și a condițiilor stabilite de Normele metodologice de aplicare a Programului unic, care a generat cheltuieli suplimentare din contul persoanei asigurate, prestatorul va fi obligat să restituie pacientului cheltuielile suportate, confirmate/justificate documentar;

în cazul neonorării de către prestator a obligației de a restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de acesta și justificate documentar pentru serviciile medicale care urmau a fi prestate în temeiul Contractului, CNAM va restitui persoanei asigurate, în limita tarifului/costului, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1020/2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare, cheltuielile suportate de persoana asigurată, justificate documentar, reținând suma respectivă din contul transferurilor ulterioare către prestator, or, conform Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002, misiunea CNAM este de a oferi garanția siguranței și protecției financiare persoanelor asigurate la accesarea serviciilor medicale și farmaceutice de calitate incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, prin gestionarea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală;

reglementarea obligației prestatorului să nu determine persoana asigurată să achite sume aferente

serviciului medical prestat în baza Contractului sau să o determine să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Modificarea dată a fost propusă ca urmare a examinării multiplelor petiții ale persoanelor asigurate, care invocă condiționalități manifestate de prestatorii contractați de CNAM în procesul beneficierii de servicii medicale achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Constatarea încălcării acestei obligații servește drept temei pentru rezoluțiunea Contractului din inițiativa CNAM;

stabilirea obligației prestatorului de a prezenta la solicitarea în scris a CNAM documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de prestator ca urmare a acordării asistenței medicale, din toate sursele de venit, în scopul obținerii de către CNAM a informațiilor necesare pentru evaluarea obiectivă a activității prestatorilor, inclusiv minimizarea riscurilor de dezafectare a mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și fundamentarea deciziilor și elaborarea de analize, planuri și prognoze pentru asigurarea sustenabilității financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;

reglementarea, suplimentar planificării volumelor contractuale, și a obligației prestatorului de a executa proporțional volumul și spectrul de servicii medicale planificat. Conform prevederilor în vigoare, prestatorul este obligat să planifice proporțional, pe parcursul anului, în limita sumei contractuale, volumul și spectrul de servicii medicale, asigurând astfel activitatea prestatorului pe parcursul întregului an de gestiune. Ca urmare a monitorizării executării Contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), s-a constatat că prestatorii își onorează obligația de a planifica proporțional volumul și spectrul de servicii medicale contractate, dar nu și executarea acordării asistenței medicale conform celor planificate;

stabilirea responsabilității prestatorului de a elabora și aproba Devizul de venituri și cheltuieli (business-plan), în conformitate cu prevederile Normelor metodologice de elaborare a Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății, muncii și protecției sociale și directorului general al CNAM nr. 29/21-A/2021, cu prezentarea ulterioară a acestuia CNAM, în termen de 30 de zile lucrătoare din data semnării Contractului și a modificărilor la deviz, în cazul încheierii acordurilor adiționale la Contract. Corelativ, se stabilește obligația prestatorului de a prezenta Darea de seamă despre îndeplinirea Devizului de venituri și cheltuieli (business-plan), conform modelului aprobat prin ordinul prenotat. Această informație servește ulterior CNAM drept sursă de date pentru estimarea tarifelor, elaborarea rapoartelor de executare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sau altor informații relevante privind cheltuielile sistemului de sănătate;

obligativitatea prestatorului de a expedia CNAM, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG”, datele din fișa medicală a bolnavului de staționar conform Regulamentului cu privire la modalitatea de codificare, colectare, raportare și validare a datelor la nivel de pacient în cadrul finanțării spitalelor în bază de DRG (CASE-MIX), aprobat prin Ordinul ministrului sănătății, muncii și protecției sociale și directorului general al CNAM nr.1485/557-A/2013. Astfel, în baza informației expediate de către prestator, CNAM la data de 8 a lunii următoare celei de gestiune, prin intermediul Sistemului informațional „Evidența și raportarea serviciilor medicale în sistem DRG”, va genera rapoarte privind activitatea prestatorului de servicii medicale;

prezentarea lunară către CNAM, până la data de 5 a lunii ce succede luna de gestiune, a Dării de seamă privind cazurile de prejudiciere a sănătății persoanei asigurate de către persoanele fizice și juridice, conform formularului aprobat prin Ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM nr. 709/163-A din 20 iulie 2022 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medical primară și dărilor de seamă în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Această obligație a prestatorilor este conexă dreptului CNAM, prevăzut în art. 15 din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Statutul CNAM, la acțiune de regres împotriva persoanelor juridice sau fizice, responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanei asigurate, în vederea recuperării cheltuielilor achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;

utilizarea mijloacelor financiare obținute de către prestator conform Contractului respectând principiile de eficiență, eficacitate și economicitate, astfel încât să fie evitate cheltuielile inutile,

neargumentate și care nu aduc plusvaloare în cadrul acordării asistenței medicale;
gestionarea veniturilor și cheltuielilor prin conturi bancare/trezoreriale separate, care vine să asigure o gestionare mai transparentă a mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în procesul de executare a Contractului de către prestator, reducând riscul de utilizare a mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât cele prevăzute în Contract. Concomitent, prevederile aferente utilizării arbitrare a mijloacelor financiare de la un tip de asistență medicală la altul vin să soluționeze situația în care prestatorul, din rea intenție, nu restituie mijloacele financiare de la un tip de asistență medicală la altul până la finele perioadei de raportare pe parcursul anului respectiv gestiune, ceea ce poate genera un impact negativ asupra calității serviciilor medicale acordate;

aducerea terminologiei utilizate în Contractul-tip cu cea consacrată în Codul civil modernizat prin Legea nr. 133/2018.

Având în vedere durata procesului de avizare și expertizare a proiectelor de acte normative, precum și faptul că contractarea Prestatorilor în vederea acordării asistenței medicale pentru anul 2023 va demara în luna octombrie 2022, se impune necesitatea intrării în vigoare a hotărârii Guvernului la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

5. Fundamentarea economico-financiară

Implementarea proiectului dat nu va necesita cheltuieli bugetare suplimentare.

6. Modul de încorporare a proiectului în sistemul actelor normative în vigoare

Stabilirea dreptului CNAM de a restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care urmau a fi prestate în temeiul Contractului, în cazul neonorării obligației de restituire de către Prestator, cu reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator, implică necesitatea modificării Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002 și a Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 594/2002.

Conform art. 63 alin. (4) din Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative, modificările acestor acte normative au fost incluse în pct. 2 și 3 ale proiectului Hotărârii.

7. Avizarea și consultarea publică a proiectului

În scopul respectării prevederilor Legii nr.239/2008 privind transparența în procesul decizional, Anunțul privind inițierea procesului de elaborare a proiectului hotărârii Guvernului cu privire la modificarea Hotărârii Guvernului nr.1636/2002 cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală a fost plasată pe pagina web oficială a CNAM – www.cnam.md, la rubrica „Transparența decizională”, subrubrica „Anunțuri privind inițierea elaborării actelor normative” și pe site-ul www.particip.gov.md. Propuneri și comentarii din partea publicului nu au parvenit.

8. Constatările expertizei anticorupție

Proiectul urmează a fi supus expertizei anticorupție.

9. Constatările expertizei de compatibilitate

Proiectul nu transpune legislația Uniunii Europene.

10. Constatările expertizei juridice

Proiectul urmează a fi supus expertizei juridice.

11. Constatările altor expertize

-

Director general

Ion DODON