

NOTĂ INFORMATIVĂ
**la proiectul Hotărârii Guvernului “Cu privire la modificarea,
completarea și abrogarea unor hotărâri ale Guvernului”**

Condițiile ce au impus elaborarea proiectului hotărârii:

În legătură cu punerea în aplicare de la 01 iulie 2013 a Legii nr.77 din 12 aprilie 2013 „Pentru modificarea și completarea unor acte legislative” (*Monitorul Oficial al Republicii Moldova, nr.125-129/398 din 14 iunie 2013*) prin care au fost modificate și completate Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Legea nr.1593-XV din 26.12.2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, a apărut necesitatea racordării cadrului normativ la prevederile legislative în vigoare.

Astfel, se propun a fi modificate Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11.02.2002, Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1636 din 18.12.2002, Hotărârea Guvernului RM nr.1015 din 05.09.2006 „Cu privire la aprobarea unor acte normative”, Hotărârea Guvernului privind crearea și activitatea comisiilor pentru examinarea adresărilor cetățenilor Republicii Moldova domiciliați în localitățile din stînga Nistrului (Transnistria) și localitățile limitrofe frontierei administrative din categoriile pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul nr.906 din 24.09.2010 și Hotărârea Guvernului pentru aprobarea Regulamentului privind modul de compensare a veniturilor bugetelor locale, bugetului asigurărilor sociale de stat și fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, ratate în legătură cu scutirea deținătorilor de terenuri agricole situate după traseul Rîbnița-Tiraspol de plata impozitului funciar, plata contribuțiilor de asigurări sociale de stat obligatorii și plata primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr.567 din 21.05.2007.

Totodată se propune abrogarea Hotărârii Guvernului nr.1535 din 27 noiembrie 2002 „Cu privire la aprobarea modelelor de factură și registre în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”, deoarece conform prevederilor articolului 18 alineatul (5) din Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998, modelul, modul de perfectare și termenul de prezentare a registrelor se elaborează de Compania Națională de Asigurări în Medicină și se aprobă de Ministerul Sănătății. Mai mult ca atât, formularul tipizat de document primar cu regim special „Factura” a fost aprobat prin Ordinul Ministerului Finanțelor, nr.47 din 31 martie 2010, ceea ce impune necesitatea abrogării Hotărârii Guvernului nr.1535 din 27 noiembrie 2002, aceasta devenind caducă.

Principalele prevederi ale proiectului:

În secțiunea 1 din proiectul modificărilor și completărilor se propune modificarea și completarea Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11.02.2002.

Dat fiind faptul că, Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585-XIII din 27.02.1998 prevede expres categoriile de străini încadrați

în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, se propune modificarea literei a) din punctul 11.

Completarea punctului 11 cu trei litere noi, j¹), j²) și j³), va permite Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM) să asigure respectarea de către subiecții asigurării a legislației privind asigurarea obligatorie de asistență medicală precum și să înainteze acțiuni în instanțele de judecată și să aplice sancțiuni contravenționale în cazul nerespectării de către aceștia a prevederilor ce reglementează sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

În *secțiunea 2* din proiect se propune modificarea și completarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1636 din 18.12.2002.

Întru evitarea imposibilității obiective de acordare de către Prestator a asistenței medicale calificate și de calitate persoanelor asigurate, se propune completarea alineatului unu din subpunctul 3.1 cu sintagma „, inclusiv prin încheierea unor contracte cu alți prestatori care activează în conformitate cu legislația în caz de imposibilitate obiectivă de prestare a acestuia;”.

Având în vedere că statutul persoanei asigurate nu poate fi stabilit la prezentarea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală de tip nou dar numai la verificarea acesteia în sistemul informațional al CNAM, se propune la alineatul patru subpunctul 3.1, de substituit sintagma „să solicite” cu sintagma „să verifice” și „polița de asigurare obligatorie de asistență medicală” cu sintagma „statutul de persoană asigurată, utilizând sistemul informațional al Companiei”.

Pentru evitarea unor circumstanțe ce ar impune procurarea de către pacienți a medicamentelor necesare administrării în condițiile spitalicești, se propune completarea subpunctului 3.1 cu un alineat nou ce ar reglementa și impune drept obligațiune a Prestatorului aprovizionarea cu medicamente și asigurarea existenței în stoc a produselor farmaceutice necesare eliberării acestora în condițiile spitalicești.

În scopul inițierii procedurii de finanțare a instituțiilor medico-sanitare contractate de CNAM, este necesar de întocmit și prezentat CNAM devizul de venituri și cheltuieli - document prin care se estimează atât volumul veniturilor și mijloacele financiare provenite din fondurile AOAM cât și destinația utilizării acestora. Reieșind din faptul că Contractul-tip nu prevede un termen de prezentare a devizului de venituri și cheltuieli (business-plan), se propune completarea subpunctului 3.1 cu un alineat nou ce ar permite evitarea unor divergențe ce țin de termenul prezentării devizului și a modificărilor la acesta.

Întru executarea articolului 15 din Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 ce prevede exercitarea de către CNAM a dreptului la acțiunile în regres, se propune completarea subpunctului 3.1 cu un alineat nou ce va impune Prestatorului obligațiunea de a prezenta Companiei, pînă la data de 15 a lunii imediat următoare trimestrului de gestiune, informația privind cazurile tratate cu leziuni corporale și alte maladii pricinuite persoanelor asigurate din vina persoanelor fizice și juridice.

Pentru evitarea utilizării de către prestatori a mijloacelor financiare parvenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decît cele prevăzute de Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor

medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală încheiat cu CNAM, se propune modificarea alineatului șaisprezece și completarea cu două alineate noi ce vor reglementa modalitatea și destinația de utilizare a mijloacelor financiare parvenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

Deoarece Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare în instituțiile publice și cele private contractate de către CNAM, Catalogul de tarife unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de instituțiile medico-sanitare publice și de cele private, se elaborează de Ministerul Sănătății și se aprobă de Guvern (art.7 alin.(5) din Legea ocrotirii sănătății, nr.411- XIII din 28.03.1995), se propune la subpunctul 4.1 de substituit sintagma „Ministerul Sănătății” cu sintagma „Guvern”.

La subpunctul 4.2 se propune modificarea termenului de achitare a serviciilor medicale acordate de Prestator, astfel fiind racordat la prevederile art.18 alin.(1) din Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998.

Ca urmare a implementării principiului de descentralizare a medicinei de familie prin majorarea numărului instituțiilor medico-sanitare contractate de CNAM și a mecanismului de rambursare a instituțiilor medico-sanitare spitalicești în bază de DRG (CASE-MIX), se impune necesitatea modificării, la subpunctul 4.3 și subpunctul 3.1 alineatul nouă, a termenelor de recepționare și verificare a dărilor de seamă și facturilor prezentate de instituțiile medico-sanitare.

Pentru îmbunătățirea mecanismului de achitare a serviciilor medicale acordate de instituțiile medico-sanitare contractate, se propune modificarea subpunctul 4.4 în vederea reglementării mecanismului de avansare și achitare a plăților intermediare.

Propoziția a două din subpunctul 5.1 se propune a fi completată cu sintagma „inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigațiilor și achitarea altor plăți nelegitime.”, ce ar permite CNAM identificarea și evitarea dublei achitări a serviciilor medicale acordate precum și sancționarea prestatorului în caz de depistare a acestor cazuri cu impunerea restituirii către pacienți a sumelor achitate contrar prevederilor legale.

Completarea punctului 5 cu un subpunct nou 5.3.¹, va permite sancționarea prestatorilor contractați de CNAM în cazul confirmării utilizării de către aceștia a mijloacelor financiare parvenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri de cât cele prevăzute de Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală încheiat cu CNAM.

Ca urmare a excluderii din art.7 alin.(1) din Legea nr.1585-XIII din 27.02.1998 a normei ce viza modalitatea de coordonare a contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, se propune excluderea acestei prevederi și din subpunctul 6.1 din Contractul-tip.

Reieșind din faptul că, cadrul normativ ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății poate fi modificat pe parcursul anului de gestiune, fapt ce ar impune și modificarea condițiilor contractuale, propunem revederea subpunctului 7.4. în vederea stabilirii termenului de încheiere a acordurilor adiționale precum și

consecințele ce survin în caz de refuz de a semna acordurile adiționale în termenul stabilit de prezentul subpunct.

În *secțiunea 3* din proiect se propune modificarea și completarea Hotărîrii Guvernului RM nr.1015 din 05.09.2006 „Cu privire la aprobarea unor acte normative”.

1) Regulamentul privind modul de completare, eliberare și evidență a polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală (Anexa nr.1 la Hotărîrea Guvernului nr.1015 din 05.09.2006).

Modificările și completările la punctele 9, 9.¹, 13, 14¹ și 20 litera a) din Regulament sînt propuse în vederea racordării acestora la prevederile Legii nr.1585-XIII din 27.02.1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Pentru simplificarea procedurii de înregistrare și prezentare a dovezii achitării primei de asigurare în sumă fixă de către notarii publici, executorii judecătorești și avocați, se propune modificarea punctului 17¹ prin excluderea prezentării anuale a copiei licenței de activitate a acestora și acordarea posibilității de prezentare a dovezii achitării primei de asigurare pentru anul respectiv de gestiune și prin scrisoare recomandată.

Modificările din punctul 19 sunt propuse în vederea racordării acestora la cerințele sistemului informațional a CNAM prin intermediul căruia CNAM și agențiile teritoriale completează, eliberează (activează/dezactivează) polițe de asigurare de tip nou persoanelor asigurate.

Conform literei a) alineatul 6) punctul 20 din Regulamentul privind modul de completare, eliberare și evidență a polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, termenul de valabilitate a poliței de asigurare pentru gravide, parturiente și lăuze se calculează în baza înscrierilor *din carnetul medical perinatal* – formular aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.139 din 28.05.2002 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară”. Deoarece, Ordinul nr.139 din 28.05.2002 a fost abrogat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.828 din 31.10.2011 „Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară” și totodată aprobat și Formularul 027/e „Trimitere-extras” ca document medical de evidență, utilizat în staționare, instituțiile de asistență medicală primară și secțiile consultative, se propune modificarea literei a) alineatul 6) punctul 20 din Regulament.

Ca urmare a excluderii anexei nr.3 din Regulament (HG nr.1124 din 06.10.2008 cu privire la aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în unele hotărîri ale Guvernului) și în scopul trecerii de la documentele pe hîrtie la documentele electronice (Programul strategic de modernizare tehnologică a guvernării (e-Transformare) HG nr.710 din 20.09.2011, Planul de acțiuni pe anul 2013 privind implementarea inițiativei (Guvern fără hîrtie) HG nr.975 din 22.12.2012), se propune modificarea punctului 24 prin stabilirea autorității responsabile de aprobarea modelelor de registre și modalitatea de ținere a acestora.

În contextul modificărilor propuse la punctul 24, se propune excluderea punctelor 25 și 26 din Regulament.

Avînd în vedere că Legea contabilității nr.426-XIII din 4 aprilie 1995 a fost abrogată și începînd cu 01.01.2008 a intrat în vigoare noua Lege a contabilității nr.113-XVI din 27 aprilie 2007, se propune modificarea punctului 28.

2) Regulamentul privind controlul achitării primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă (anexa nr.2 la HG nr.1015 din 05.09.06).

Conform punctului 3 din Regulament, pentru identificarea persoanei fizice ce nu a achitat prima de asigurare în sumă fixă, Agenția verifică listele remise CNAM de către instituțiile menționate la acest punct. Actualmente, aceste instituții prezintă informația solicitată în baza unor acorduri încheiate cu CNAM ce prevăd modalitatea și forma de prezentare a acestei informații, respectiv se impune necesitatea modificării punctului 3.

Punctul 4 din Regulament se propune a fi expus în redacție nouă avînd în vedere modificarea prevederilor punctului 3 din anexa nr.2 la Legea nr.1593-XV din 26.12.2002. Astfel, punctului 4, în varianta propusă spre modificare, va stabili modalitatea de verificare și stabilire a aflării persoanei pe teritoriul Republicii Moldova a cel puțin 183 de zile (pe parcursul anului bugetar), în procesul de identificare a persoanelor fizice ce au datorii la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

Deoarece alineatul (2) articolul 413 din Codul Contravențional al Republicii Moldova nr. 218-XVI din 24.10.2008, prevede expres dreptul CNAM și a agențiilor teritoriale de a examina cauzele contravenționale și a aplica sancțiuni contravenționale în cazul neachitării primelor de asigurare în termenul stabilit precum și pentru neprezentarea de către angajatori a listelor de evidență nominală și a modificărilor la acestea (art.266 alin.(2), (4)-(7), art.349 alin.(3)), se propune la punctul 7 și punctul 9 de exclus sintagma ce prevede remiterea spre examinare în fond instanței de judecată.

Întrucît mărimea penalităților aplicate pentru neachitarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală este stabilită în art.30 din Legea nr.1593-XV din 26.12.02 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și nu în Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, se propune modificarea punctul 8.

Propunerea de excludere din punctul 9 a normei ce prevede deplasarea la domiciliul sau locul de muncă a persoanei fizice, pentru întocmirea procesului-verbal, este indispensabilă deoarece pe parcursul anilor această normă a devenit caducă avînd în vedere imposibilitatea fizică și financiară a reprezentanților agențiilor teritoriale de a se deplasa la domiciliul sau locul de muncă a persoanei fizice ce nu a achitat prima de asigurare în suma fixă în termenii prevăzuți de legislație.

În contextul prevederilor Planului de acțiuni pentru implementarea programului de reformare a serviciilor publice pentru anii 2012-2015, aprobat prin Hotărîrea Guvernului nr.797 din 26.10.2012, ce stabilește drept acțiune a CNAM eliminarea serviciului „Eliberarea confirmărilor privind statutul persoanelor în sistemul asigurărilor obligatorii în medicină”, se propune excluderea punctului 11 din Regulament cu crearea mecanismelor de înlocuire a acestuia prin coordonare interinstituțională.

În **secțiunea 4** se propune modificarea Hotărîrii Guvernului pentru aprobarea Regulamentului privind modul de compensare a veniturilor bugetelor locale, bugetului asigurărilor sociale de stat și fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, ratate în legătură cu scutirea deținătorilor de terenuri agricole situate după traseul Rîbnița-Tiraspol de plata impozitului funciar, plata contribuțiilor de asigurări sociale de stat obligatorii și plata primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr.567 din 21.05.2007.

Ca urmare a fondării Agenției teritoriale Bender a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (Hotărîrea Guvernului nr.1432 din 07.11.2002 Cu privire la unele măsuri pentru implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală) cu teritoriul de deservire a unităților administrativ-teritoriale din stînga Nistrului, funcțiile atribuite Agenției teritoriale Chișinău prin Hotărîrea nominalizată au revenit Agenției teritoriale Bender.

În acest sens, pentru racordarea Hotărîrii Guvernului nr.567 din 21.05.2007 la prevederile actelor normative în vigoare, se propune substituirea sintagmei „Agenția teritorială Chișinău” cu sintagma „Agenția teritorială Bender” la cazul respectiv.

În **secțiunea 5** din proiect se propune modificarea și completarea Hotărîrii Guvernului privind crearea și activitatea comisiilor pentru examinarea adresărilor cetățenilor Republicii Moldova domiciliați în localitățile din stînga Nistrului (Transnistria) și localitățile limitrofe frontierei administrative din categoriile pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul, nr.906 din 24.09.2010.

După punerea în aplicare a Hotărîrii Guvernului nr.906 din 24.09.2010, cu modificările și completările ulterioare, în adresa Guvernului RM au parvenit un șir de adresări de la cetățenii RM, domiciliați în localitățile limitrofe frontierei administrative, și anume Chițcani, Merenești, Zahorna, Cremenciug, Gîsca din raionul Căușeni, care beneficiază de pensii achitate de autoritățile din stînga Nistrului (Transnistria), dar care nu au fost incluse inițial în lista localităților limitrofe frontierei administrative, locuitorii cărora pot beneficia de polițe de asigurare ca urmare a adresării la comisiile nominalizate în Hotărîrea respectivă. Petiționarii respectivi solicită includerea în categoriile de persoane asigurate din contul statului conform art.4 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Astfel, prin completarea punctul 2¹. din Hotărîrea Guvernului nr.906 din 24.09.2010, cu localitățile Chițcani, Merenești, Zahorna, Cremenciug, Gîsca din raionul Căușeni, locuitorii acestor localități vor putea beneficia de poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală fără achitarea primelor de asigurare.

Fundamentarea economico-financiară

Acordarea asistenței medicale șomerilor înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă, străinilor beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrate pe perioada desfășurării acestuia și persoanelor domiciliate în localitățile limitrofe frontierei administrative, va fi asigurată din contul transferului din bugetul de stat la fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală care, conform art.9 din Legea nr.1593-XV din 26.12.02 cu privire la

mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, se stabilește anual prin legea bugetului de stat.

Rezultatele scontate:

Aprobarea în termeni utili a proiectului în speță va crea condiții optimale pentru aplicarea prevederilor Legii nr.77 din 12 aprilie 2013 „Pentru modificarea și completarea unor acte legislative”, precum și va optimiza realizarea obiectivelor și principiilor sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală.

**Director general al
Companiei Naționale
de Asigurări în Medicină**

Mircea Buga