

G U V E R N U L R E P U B L I C I I M O L D O V A

H O T Ă R Î R E nr. ____

din _____ 2013
Chişinău

**Cu privire la modificarea, completarea și abrogarea
unor hotărâri ale Guvernului**

Guvernul Republicii Moldova **HOTĂRĂȘTE:**

1. Se aprobă modificările și completările ce se operează în unele hotărâri ale Guvernului, conform anexei.
2. Se abrogă Hotărârea Guvernului nr.1535 din 27 noiembrie 2002 „Cu privire la aprobarea modelelor de factură și registre în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală” (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr.162-165, art.1672).

Prim-ministru

Contrasemnează:

Ministrul sănătății

Modificările și completările ce se operează în unele hotărâri ale Guvernului

1. Punctul 11 din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr.156 din 11 februarie 2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr.27-28, art.232), cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

la litera a) sintagma „ , a cetățenilor străini și apatrizilor, aflați pe teritoriul țării;” se substituie cu sintagma „și a străinilor prevăzuți de Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;”;

se completează cu trei litere noi, j¹), j²) și j³), cu următorul cuprins:

„j¹) să intenteze acțiuni în instanța de judecată persoanelor fizice pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și persoanelor juridice și fizice pentru prejudiciul cauzat fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;

j²) să verifice respectarea de către angajatori a legislației privind includerea în listele de evidență nominală a persoanelor angajate și prezentarea acestora la agențiile teritoriale;

j³) să aplice sancțiuni contravenționale subiecților asigurării în cazul nerespectării legislației privind asigurarea obligatorie de asistență medicală;”.

2. Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova nr.1636 din 18 decembrie 2002 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2002, nr.178-181, art.1792), cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

la subpunctul 3.1.:

alineatul unu se completează în final 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;”;

la alineatul patru:

sintagma „să solicite” se substituie cu sintagma „să verifice”;

sintagma „polița de asigurare obligatorie de asistență medicală” se substituie cu sintagma „statutul de persoană asigurată, utilizînd sistemul informațional al Companiei”;

după alineatul șase se introduce un alineat nou, cu următorul cuprins:

„să se aprovizioneze cu medicamente și să asigure existența în stoc a produselor farmaceutice necesare eliberării acestora în condițiile spitalicești;”;

după alineatul opt se introduce un alineat nou, cu următorul cuprins:

„ să prezinte Companiei pentru coordonare și aprobare, timp de 10 zile lucrătoare din data semnării Contractului, devizul de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan), precum și modificările la acesta în cazul încheierii acordurilor adiționale la Contract;”:

în alineatul nouă cifra „10” se substituie cu cifra „18”;

după alineatul zece, se introduce un alineat nou cu următorul cuprins:

„să prezinte 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, după modelul aprobat de Companie;”;

în alineatul șaisprezece sintagma „prevăzute de legislație.” se substituie cu sintagma „necesare realizării Programului unic;”;

după alineatul șaisprezece se introduc două alineate noi, cu următorul cuprins:

„ să-și reînnoiască baza tehnico-materială din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu legislația în vigoare;

să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și persoanelor neasigurate în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv de gestiune.”;

la subpunctul 4.1. sintagma „Ministerul Sănătății” se substituie cu sintagma „Guvern”;

la subpunctul 4.2. sintagma „trimestrial” se substituie cu sintagma “lunar sau trimestrial, în dependență de mijloacele financiare disponibile”;

la subpunctul 4.3.:

sintagma „Darea de seamă și factura de plată pentru trimestrul IV vor fi prezentate de către Prestator pînă la data de 25 decembrie” se substituie cu sintagma „Prestatorul va prezenta darea de seamă pentru luna decembrie pînă la data de 24 decembrie și factura de plată pentru trimestrul IV pînă la data de 27 decembrie”;

cifra „6” se substituie cu cifra „7”;

la subpunctul 4.4. sintagma „în mărime de (în limita de 80%) din 1/12 parte din suma contractuală anuală” se substituie cu sintagma „pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală anuală și pînă la data de 25 a lunii, plăți intermediare, conform dărilor de seamă prezentate de prestator pentru serviciile medicale prestate în luna precedentă, în limita a 1/12 parte din suma contractuală anuală, cu excluderea quantumului avansului acordat”;

la subpunctul 5.1.:

propoziția a doua se completează în final cu cuvintele „, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigațiilor și achitarea altor plăți nelegitime.”;

după subpunctul 5.3. se introduce un subpunct nou, 5.3.¹, cu următorul cuprins:

„5.3.¹ Nu se admite dezafectarea, de către Prestatori, a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sînt stabilite conform legislației și prezentului Contract. Pentru sumele dezafectate, depistate în urma controalelor efectuate, se va percepe suma dezafectată și se va aplica penalitate în mărime de 0,1 % din suma depistată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care se vor transfera la conturile Companiei.”;

la subpunctul 6.1.:

sintagma „după coordonarea prealabilă de către Prestator cu fondatorul” se exclude;

cifrele „200__” se substituie cu cifrele „20__”;

la subpunctul 6.2.:

sintagma „1 octombrie” se substituie cu sintagma „1 noiembrie”;

sintagma „1 decembrie” se substituie cu sintagma „31 decembrie”;

la subpunctul 7.2. în alineatul doi:

după sintagma „retragere” se completează cu sintagma „sau expirare”;

în final se completează cu sintagma „precum și a autorizației sanitare de funcționare.”;

subpunctul 7.4. va avea următorul cuprins:

„7.4. În caz de modificare pe parcursul anului de gestiune a legislației ce reglementează sistemul ocrotirii sănătății, modul de acordare a asistenței medicale sau condițiile de contractare a prestatorilor în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, Părțile contractante se obligă în termen de 30 zile calendaristice din data survenirii modificărilor, să modifice prezentul Contract prin acorduri adiționale. Refuzul Prestatorului de a semna acorduri adiționale în termenul stabilit în prezentul subpunct, va servi drept temei pentru rezilierea automată a Contractului.”.

la rubrica „Adresele juridice și rechizitele bancare ale Părților” sintagma „Coordonat _____”, se exclude.

(semnătura) L.Ș.”.

3. Hotărîrea Guvernului nr.1015 din 5 septembrie 2006 “Cu privire la aprobarea unor acte normative” (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2006, nr.153-156, art.1163), cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1) în anexa nr.1:

la punctul 9 sintagma „șomajului tehnic,” se exclude;

se completează cu un punct nou, 9.¹, cu următorul cuprins:

„9.¹ Agenția va verifica respectarea de către angajatori a legislației privind includerea angajaților în listele de evidență nominală a persoanelor angajate și la

prezentarea acestora agențiilor teritoriale (ramurale) pentru activarea/dezactivarea polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și va atrage aceștia la răspundere contravențională pentru neîndeplinirea obligațiilor stabilite de prevederile legale.”;

la punctul 13:

la litera a):

sintagma „invalidii” se substituie cu sintagma „persoanele cu dizabilități de grad sever, accentuat sau mediu”;

sintagma „persoanele care îngrijesc la domiciliu un copil invalid cu severitatea I până la atingerea vârstei de 16 ani” se substituie cu sintagma „persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilități de grad sever care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane”;

la litera b) sintagma „invalidii” se substituie cu sintagma „persoanele cu dizabilități de grad sever, accentuat sau mediu”;

la litera c) sintagma „ce beneficiază de ajutor de șomaj” se substituie cu sintagma „înregistrați”;

la litera e) sintagma „persoanele care îngrijesc la domiciliu un invalid din copilărie de gradul I ținut la pat cu vârsta de la 16 ani,” se substituie cu sintagma „persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilități de grad sever care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane,”;

la litera g) după sintagma „Nistrului (Transnistria)” se completează cu sintagma „și localitățile limitrofe frontierei administrative”;

se completează cu o literă nouă, i), cu următorul cuprins:

„ i) Biroul migrație și azil – pentru străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.”;

la punctul 14 sintagma „și literei h)” se substituie cu sintagma „și literei i)”;

punctul 14¹ se expune în redacție nouă:

„14¹. Prin derogare de la punctele 12 și 14, Casa Națională de Asigurări Sociale și Biroul migrație și azil vor prezenta CNAM listele de evidență nominală a persoanelor neangajate, asigurate din contul bugetului de stat, precum și modificările la acestea, în modul stabilit de acordul încheiat între instituțiile vizate.”;

la punctul 17, litera a) propoziția a doua se exclude;

punctul 17¹ va avea următorul cuprins:

„ 17¹. Notarii publici, executorii judecătorești și avocații neangajați înregistrați la agenția teritorială a CNAM ca plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, vor prezenta, personal sau prin scrisoare recomandată, la agenția teritorială a CNAM, dovada achitării primei de asigurare în sumă fixă pentru anul respectiv de gestiune.”;

denumirea capitolul III va avea următorul cuprins:

„III. COMPLETAREA, ELIBERAREA (ACTIVAREA/DAZACTIVAREA) POLIȚEI DE ASIGURARE”

la punctul 19:

litera a) va avea următorul cuprins:

„a) numărul poliței de asigurare;”;

litera d) va avea următorul cuprins:

„d) numărul de identificare de stat – se transcrie din rubrica respectivă din actul de identitate a persoanei și conține 13 cifre. În cazul persoanelor care renunță la numărul de identificare de stat și la evidența automatizată în Registrul de stat a populației, în rubrica respectivă, se va indica numărul și seria actului de identitate valabil în condițiile prevederilor legale.”

litera f) va avea următorul cuprins:

„f) *locul de lucru* - la rubrica respectivă se va înscrie “Conform bazei de date a CNAM”;

litera g) va avea următorul cuprins:

„g) *categoria persoanelor asigurate* – se va înscrie numărul categoriei de persoane compus din două cifre arabe, conform bazei de date a CNAM.”;

la punctul 20, litera a):

sintagma „*de la* – se va indica data eliberării efective a poliței de asigurare, după cum urmează” se substituie cu sintagma:

„a) *de la* - se va indica:

data achitării efective a primei de asigurare în sumă fixă - în cazul achitării acesteia în termenele prevăzute de Legea nr.1593-XV din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, sau

termenul calculat în conformitate cu prevederile art.23¹ din Legea nr.1593-XV din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală - în cazul achitării primei de asigurare în sumă fixă cu încălcarea termenului prevăzut de legislație;”;

la alineatul 1) sintagma „data de 31 decembrie a anului respectiv de gestiune” se substituie cu sintagma “Conform bazei de date a CNAM”;

la alineatul 4) sintagma „ce beneficiază de ajutor de șomaj, pensionari și invalizi” se substituie cu sintagma „înregistrați la agenția teritorială pentru ocuparea forței de muncă, pensionari și persoane cu dizabilități de grad sever, accentuat sau mediu”;

la alineatul 6):

sintagma „carnetul medical perinatal” se substituie cu sintagma „Trimiterea-extras Formular 027/e ” ;

în final se completează cu sintagma „sau medicul curant din secția spitalicească în care a fost stabilit diagnosticul;”;

alineatul 6¹) va avea următorul cuprins:

„6¹) pentru persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilități de grad sever care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane - pe termenul valabilității actului ce confirmă apartenența acestora la categoria respectivă de persoane asigurate;”;

se completează cu un alineat nou, 8), cu următorul cuprins:

„8) pentru străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare – pe perioada desfășurării programului de integrare.”;

la punctul 24 sintagma „în anexa nr.3, ținute în conformitate cu legislația în vigoare” se substituie cu sintagma „ de CNAM, ținute în mod electronic”;

punctele 25 și 26 se exclud;

la punctul 28 sintagma „nr.426-XIII din 4 aprilie 1995” se substituie cu sintagma „nr.113-XVI din 27 aprilie 2007”.

2) în anexa nr.2:

la punctul 3, sintagma „listele remise” se substituie cu sintagma „baza de date și actele contabile ale Agenției precum și informația furnizată”;

punctul 4 va avea următorul cuprins:

„4. După verificarea bazei de date și a actelor contabile ale Agenției precum și a listelor prezentate de instituțiile menționate în pct.3 și identificarea persoanelor ce nu au achitat prima de asigurare în termenul stabilit de legislație, Agenția va verifica și informația ce confirmă aflarea persoanei pe teritoriul Republicii Moldova pe parcursul anului bugetar respectiv.

Pentru a stabili aflarea persoanei pe teritoriul Republicii Moldova a cel puțin 183 de zile (pe parcursul anului bugetar), Agenția va accesa Sistemul Informațional Integrat al Poliției de Frontieră.

Dacă persoana, pe parcursul anului bugetar respectiv, s-a aflat mai mult de 183 de zile pe teritoriul Republicii Moldova și nu confirmă achitarea primei de asigurare în sumă fixă, Agenția va iniția procedura de încadrare a persoanelor respective în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.”;

punctul 6 va avea următorul cuprins:

„6. Procedura de înmînare a înștiințărilor și efectele refuzului de primire a acestora sunt prevăzute în art.105 și art.106 Cod procedură civilă al Republicii Moldova, nr.225/30.05.2003.”;

la punctul 7 sintagma „ , care se remite spre examinare în fond instanței de judecată competente”, se exclude;

la punctul 8 sintagma „se stabilește anual prin Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv” se substituie cu sintagma „este stabilită în art.30 din Legea nr.1593-XV din 26 decembrie 2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală”;

la punctul 9:

sintagma „a avea” se substituie cu sintagma „a prezenta”;

sintagma „se va deplasa la domiciliul sau locul de muncă a persoanei fizice, pentru întocmirea procesului-verbal” se substituie cu sintagma „va întocmi procesul-verbal;

sintagma „cu remiterea ulterioară a acestuia spre examinare în fond instanței de judecată competente”, se exclude.

punctul 11 se exclude.

4. Pe parcursul textului 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 mai 2007 (Monitorul Oficial, 2007, nr.74-77, art.602), sintagma „Agenția teritorială Chișinău” se substituie cu sintagma „Agenția teritorială Bender” la cazul respectiv.

5. În punctul 2¹. din Hotărîrea 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 septembrie 2010 (Monitorul Oficial, 2010, nr. 194-196, art. 1001), cu modificările și completările ulterioare, după sintagma „Vasilievca din raionul Dubăsari,” se completează cu sintagma „ și Chițcani, Merenești, Zahorna, Cremenciug, Gîsca din raionul Căușeni,”.