

S I N T E Z A

**Obiecțiilor/propunerilor/recomandărilor
(structurată pe articole sau puncte din proiect)
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

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
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>
I. Propuneri/recomandări de ordin general			
	<p align="center">Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>În textul proiectului Contractului-tip se utilizează frecvent sintagma „actelor/actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, și sintagma ”prevederile/prevederilor actelor normative” - subpunctele 2), 13), 14), 15), 17), 23) din pct.3.1.; subpct.3) din pct.3.2.; pct.4.1.; pct.4.3.; pct.4.7.; subpct. 1 din pct.5.1.; pct.5.3.; pct.5.5. Astfel, pentru a se exclude orice echivoc la interpretarea corectă a acestor norme, mai ales că CNAM propune aplicarea penalităților în caz de încălcare a obligațiilor contractuale, recomandăm substituirea sintagmelor menționate supra cu denumirea actelor normative concrete asociate normei expuse în fiecare punct și subpunct sau excluderea acestora după caz. De asemenea, în scopul evitării confuziei și paralelismelor în reglementare, recomandăm utilizarea denumirilor unice pentru ghiduri, protocoale, standarde aprobate de Ministerul Sănătății, protocoale clinice instituționale aprobate de Prestator. Subliniem că Ministerul Sănătății aprobă protocoale clinice naționale, protocoale clinice standardizate, standarde medicale, inclusiv alte tipuri de standarde, ghiduri clinice naționale etc., iar instituțiile medico-sanitare aprobă protocoale clinice instituționale https://ms.gov.md/legislatie/ghiduri-protocoale-standarde/. Considerăm inutil utilizarea cuvântului „prevederile/prevederilor” înainte de denumirea actelor normative. În același timp, pentru a evita incertitudine și insecuritate juridică în aplicarea Contractului, recomandăm ca verbele utilizate în textul proiectului Contractului-tip se fie expuse la timpul prezent.</p>	<p>Pentru a evita necesitatea modificării Contractului-tip, în eventualitatea înlocuirii Ordinului ministrului sănătății și/sau ale directorului general cu noi reglementări, s-a optat pentru utilizarea sintagmelor „actelor/actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”, „prevederile/prevederilor actelor normative”.</p> <p>Este de menționat că, în vederea evitării eventualele neînțelegeri ale prevederilor Contractului, pct. 3.2 subpct. 6) din proiectul Contractului-tip prevede obligația CNAM de a acorda suport metodologic Prestatorului în aplicarea cadrului normativ privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.</p> <p>Obiecția privind utilizarea cuvântului „prevederile/prevederilor” înainte de denumirea actelor normative nu este relevantă.</p>
	<p align="center">AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>În contextul general de asigurare a previzibilității și planificării eficiente, se invocă faptul că durata contractului nu ar trebui să fie mai mică decât un an, făcându-se referință și la practica statelor cu sistemele de asigurări medicale obligatorii în care contractul-tip</p>	<p>Durata contractelor nu poate depăși un an, deoarece fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se</p>

		are și o durată mai mare. Se aduce exemplul României în care Contractul-cadru, care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate este aprobat pentru o perioadă de doi ani, ceea ce permite o planificare a repartizării fondurilor și a activității prestatorilor.	aprobă anual (conform principiului anualității – art. 5 din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014).
II. Propuneri/recomandări la punctele din proiect			
<p>3.1. Prestatorul se obligă: [...] 2) să asigure respectarea prevederilor actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală; [...] 6) să verifice și să stabilească identitatea pacientului conform actului de identitate la acordarea asistenței medicale/la momentul internării în cazul spitalizării, precum și statutul de persoană asigurată/neasigurată, accesând baza de date a CNAM. În cazul modificării în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a statutului pacientului pe parcursul spitalizării, Prestatorul va externa pacientul conform statutului stabilit la momentul internării; 7) să nu refuze 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 <u>Legea nr.1585/1998</u> cu privire la asigurarea obligatorie de</p>	<p>Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>Dispozițiile pct.3.1. nu sunt redactate astfel încât să asigure o succesiune logică a soluțiilor normative și realizarea unei armonii interioare a tuturor reglementărilor din pct.3.1. Spre exemplu, normele 1) – 8) reglementează condițiile de acordare a asistenței medicale, după care urmează norme ce reglementează informarea persoanelor asigurate – subpct.10) și 11), apoi norme despre activitatea financiară, după care iarăși urmează subpct.22) care se referă la acordarea asistenței medicale, după care urmează norma din subpct.29) care iarăși ține de domeniul reglementat la subpct.10) și 11).</p> <p>Excluderea subpct. 2), deoarece dublează reglementările stabilite în celelalte subpuncte asociate respectării actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;</p>	<p>Se acceptă. A fost revizuită succesiunea reglementărilor pct. 3.1.</p> <p>Prevederea de la subpct. 2) este generală, iar celelalte vizează segmente înguste/particularități.</p>
	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>La subpunctul 6) - includerea unei excepții de la clauza respectivă și anume, permisiunea de a modifica statutul pacientului din neasigurat în asigurat, pe parcursul primului trimestru al anului, în cazul achiziționării poliței de asigurare medicală, întrucât această clauză contractuală contravine prevederilor art. 22 (1) din Legea nr. 1593/2002, care permit persoanelor fizice achitarea integrală a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termen de până la data de 31 martie a anului de gestiune.</p>	<p>Nu se acceptă. Conform art. 17) alin. (1) din Legea nr. 1585/1998 asiguratul este obligat să plătească asiguratorului prima de asigurare obligatorie de asistență medicală <u>pentru preluarea riscului asigurat</u> al persoanei. Or, asiguratorul preia statutul asigurat în funcție de statutul persoanei (asigurată/neasigurată) la momentul producerii acestuia</p>
	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>La subpunctul 7) să fie stipulate IMSP, care au fost incluse în Lista stabilită de MS, pentru acoperirea cheltuielilor de prestare a serviciilor medicale persoanelor neasigurate în cazul urgențelor majore și maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice.</p>	<p>Se acceptă parțial. Pct. 3.2, ce reglementează obligațiile CNAM, a fost completat cu o clauză privind publicarea pe pagina web oficială a CNAM a listei în cauză.</p>
	<p>Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>Excluderea subpct.8), deoarece reglementează aceleași subiecte stabilite în subpct.25);</p>	<p>Se acceptă parțial Subpct 8) va avea următorul cuprins: „8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând cele mai eficiente costuri și forme de diagnostic și tratament;” Pct. 25 reglementează gestiunea economico-financiară a mijloacelor financiare obținute prin contract pentru acordarea asistenței medicale pacienților (achiziții de medicamente la cele mai bune prețuri, remunerarea corectă și echidistantă a muncii, procurări de servicii și bunuri în</p>

<p>asistență medicală; 8) să acorde servicii medicale persoanelor, utilizând formele cele mai economice și eficiente de diagnostic și tratament; 9) să asigure existența în stoc a medicamentelor, articolelor parafarmaceutice și consumabilelor necesare prestării serviciilor medicale prevăzute în Programul unic ; [...] 11) să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat, broșat și parafat de CNAM; 12) să planifice și să execute proporțional pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale, stabilite la pct.6.1. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate; [...] 16) să țină evidența și să completeze corect și la timp registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM; 18) să prezinte CNAM lunar,</p>	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p> <p>Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>La subpunctul 9) includerea unor excepții, întrucât organizarea și desfășurarea procedurilor de achiziții publice nu reprezintă responsabilitatea exclusivă a prestatorilor de servicii medicale. Considerăm oportună includerea în contract a unei clauze de justificare a neexecutării obligațiilor contractuale ca consecința a nepetrecerii procedurilor de achiziții publice la nivel de republican.</p> <p>Subpct. 9) de completat cu cuvintele „și în Contract.”. Totodată, norma acestui punct este vulnerabilă pentru Prestatorii cu statut de instituție medico-sanitară publică, în cazul în care neasigurarea oportună și deplină a stocului de medicamente, altor produse farmaceutice și para farmaceutice și de consumabile necesare prestării serviciilor medicale este determinată de modalitatea de desfășurare a achizițiilor publice la nivel central de către Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate (CAPCS). Prin urmare, această normă trebuie modificată sau completată secțiunea VIII. nu norma care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale ca urmare a modalității de desfășurare a achizițiilor publice la nivel central de către CAPCS;</p>	<p>condiții de economicitate, eficiență și economicitate etc.).</p> <p>Nu se acceptă. Justificarea neexecutării obligațiilor este prevăzută în punctele 8.1-8.4 din Contract.</p> <p>Se acceptă completarea subpct. 9) cu cuvintele „și în Contract”.</p> <p>Justificarea neexecutării obligațiilor este prevăzută în punctele 8.1-8.4 din Contract.</p>
	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune excluderea subpunctul 11), deoarece HG nr. 1141/2006 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de gestionare a Registrului de reclamații (Monitorul Oficial Nr. 161 art. 1233la 06.10. 2006) astfel de registru este parafat de autoritatea publică locală pe teritoriul căreia se prestează serviciile. Respectiv, p. 3.1. (11) dublează o normă deja în vigoare.</p>	<p>Se acceptă parțial Hotărârea Guvernului nr. 1141/2006 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de gestionare a Registrului de reclamații a fost adoptată în temeiul art. 9 lit. g) din Legea nr. 105/2003 privind protecția consumatorilor, ce stabilește obligația vânzătorului „să dețină registrul de reclamații la un loc vizibil și să înregistreze reclamațiile consumatorilor conform unui regulament aprobat de Guvern”. Menționăm că, conform art. 1 din Legea nr. 105/2003, termenul „vânzător”, în sensul acestei legi, semnifică „orice persoană juridică sau fizică autorizată pentru activitate de întreprinzător, care desfășoară activitate comercială în relațiile cu consumatorii”.</p> <p>Prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul AOAM sunt atât publici, cât și privați. Astfel, este necesar de a menține clauza privind deținerea Registrului în cauză. Totodată, textul „și parafat de CNAM” se exclude din subpct. 11).</p>

<p>până la data de 5 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea 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;</p>			
<p>[...] 19) să prezinte informațiile/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, precum și gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate, în contextul relațiilor contractuale curente și precedente;</p>	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>Subpunctul 12) considerăm că urmează a fi exclus, deoarece activitatea IMSP nu este una de producere, ci este strict dependentă de necesitățile populației, de perioadele de acutizare a maladiilor cronice, de specificul intervențiilor chirurgicale ce nu se recomandă a fi efectuate în perioada caldă a anului, de situațiile de epidemie/pandemie, nu în ultimul rând de asigurarea cu consumabile, în special cele costisitoare, prin desfășurarea procedurilor de achiziții publice la nivel central de către CAPCS. O discuție cu referire la neîndeplinirea contractului sau supraîndeplinirea acestuia ar fi oportună la finele anului de gestiune.</p>	<p>Nu se acceptă. Subpct. 12) prevede criteriile și principiile generale de gestionare a contractelor. Urgențele medicale reprezintă asistența medicală care în sine presupune o abordare diferită față de celelate tipuri de servicii medicale acordate. Mai mult, contractele cu IMS pot fi modificate de câte ori este necesar în cazul când propunerile de revizuire sunt justificate, de exemplu, prin creșterea numărului de urgențe medicale într-o anumită perioadă.</p> <p>De fapt, cazurile de urgență constituie o parte din volumul acordat de către Prestatori. Respectiv, în cazul în care se prestează mai multe cazuri de urgență, prestatorul își gestionează de sine stătător numărul de servicii planificate. Cota cea mai mare a cheltuielilor din FOAM (80%) este utilizată pentru salarizare, care se efectuează lunar, pentru luna trecută de gestiune. Astfel, circa 80-90% trebuie să fie planificată.</p>
<p>20) să prezinte 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;</p>	<p>Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>La subct.12) instituirea normei de executare proporțională pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale, stabilite la pct.6.1. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate, nu poate fi o obligație a Prestatorului, deoarece persoanele asigurate care vor avea nevoie de asistență medicală, în situații de epidemie/pandemie etc. nu se pot adresa după asistență medicală conform planificării Prestatorului. În același timp, această normă propusă vine în contradicție cu norma stabilită la subpct.7). De asemenea, nu este clară referința ”la pct. 6.1. din Contract”, deoarece pct.6.1. prevede altceva;</p>	<p>Nu se acceptă (a se vedea argumentele expuse supra). Referința la pct. 6.1 a fost substituită cu referința la pct. 6.2.</p>
<p>[...]</p>	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune completarea subpct. 12) cu următoarea propoziție ”Derogare de la prezenta prevedere constituie cazurile de asistență medicală urgentă”. Pct. 7 lit. a) Cap. III din HG nr. 1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală stabilește că în funcție de starea sănătății a persoanei, „asistența</p>	<p>Nu se acceptă (a se vedea argumentele expuse supra)</p>

<p>26) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, din alocațiile fondatorului și a mijloacelor financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;</p> <p>27) să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor asigurate și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Normele metodologice de aplicare a Programului unic;</p> <p>[...]</p> <p>29) 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.</p>		<p><i>medicală urgentă</i>” reprezintă toate cazurile când neacordarea la timp a asistenței medicale pune în pericol viața pacientului și/sau a celor care îl înconjoară ori poate avea urmări grave pentru starea sănătății pacientului și/sau sănătății publice. Art. 17 alin. (1) Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic stabilește obligația medicului de a acorda asistența medicală de urgență indiferent de locul aflării și circumstanțe. Pct. 3.1 alin. (7) interzice prestatorului de servicii medicale să refuze acordarea asistenței medicale în caz de urgență, iar pct. 5.4 stabilește penalitate de 50% din valoarea serviciului neacordat dacă CNAM constată refuzul de a acorda asistență medicală. Astfel, raportând la normele enunțate, se remarcă că volumul adresărilor în caz de urgențe vitale este în afara controlului prestatorului de servicii medicale, respectiv, nu poate fi planificat.</p>	
	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>La subpunctul 15) de modificat termenul de prezentare a facturilor fiscale „până la data de 20 a lunii imediat următoare perioadei de raportare”, deoarece, potrivit actelor normative în vigoare, termenul limită a raportărilor fiscale este data de 25.</p>	<p>Nu se acceptă. Data de 25 reprezintă termenul-limită de prezentare a facturii fiscale electronice și nu privează prestatorul de dreptul emiterii facturii fiscale la o dată anterioară.</p>
	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune alineatul 16) cu următoarea sintagmă: ”Se permite completarea și actualizarea registrelor în formă electronică, echivalente din punct de vedere al efectelor juridice cu registrele pe suport de hârtie”. Pentru optimizarea timpului de completare și economisirea resurselor financiare aferente achizițiilor de hârtie, imprimare, arhivare, întreținerea spațiului pentru păstrare, dar și în contextul eforturilor majore întreprinse în contextul digitalizării la nivel național, se propune oferirea oportunității de completare a registrelor de evidență în format electronic.</p>	<p>Se acceptă. Subpct. 16), după cuvântul „timp”, a fost completat cu textul „, pe suport de hârtie sau în formă electronică,”</p>
	<p>IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”</p>	<p>Pct. 3.1 alin 18) - „să prezinte CNAM lunar, până la data de 10 a lunii ce succede luna de gestiune, Darea 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”. Acest termen urmează a fi extins din considerentul că, în conformitate cu Contractul-tip aprobat sau care urmează a fi aprobat, prestatorul are obligația să țină evidența și să completeze corect și la timp registrele persoanelor cărora li s-a acordat asistență medicală, prezentând CNAM lunar, nu mai târziu de data de 5 a lunii imediat următoare, dări de seamă despre volumul de asistență medicală acordat, conform modelului aprobat prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al CNAM. Astfel, prestatorii de servicii medicale urmează să prezinte CNAM, dări de seamă inclusiv până la data de 5 a lunii imediat următoare, iar CNAM sa valideze sau invalideze serviciile medicale prestate până la data de 10 a fiecărei luni. Din aceste considerente, IMSP Institutul de Medicină Urgentă poate să prezinte dările de seamă cu privire la acordarea asistenței medicale persoanelor agresate după validarea acestora de către CNAM.La subpunctul 19) de substituit cuvintele „evaluare și monitorizare” cu cuvântul „verificării”, conform normei stabilite în Legea 1585/1998, art. 12, alin.3 lit.c).</p>	<p>Se acceptă</p>
<p>Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management</p>	<p>La subpct.19) de substituit cuvintele „evaluării și monitorizării” cu cuvântul „verificării”, în vederea conformării cu norma stabilită în art.12. alin.(3) lit. c) din Legea nr.1585/1998;</p>	<p>Nu se acceptă. Evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este una din</p>	

**în Sănătate
Publică**

atribuțiile CNAM, conform pct. 10 subpct. 4) din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 136/2002, coroborat cu art. 14 alin. (4) și (5) din Legea nr. 1585/1998.

Art. 14 alin. (4) și (5) din Legea nr. 1585/1998 stabilesc că „(4) Prestatorii de servicii medicale răspund pentru serviciile medicale prestate contrar prevederilor legislației și clauzelor contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, pentru refuzul de a acorda asistență medicală persoanelor asigurate, pentru gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală contrar prevederilor clauzelor contractuale, precum și pentru **împiedicarea monitorizării** de către asigurător a executării contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale).

(5) Nu se admite dezafectarea de către prestatorii de servicii medicale a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sînt stabilite conform legislației și contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Pentru suma dezafectată, depistată în urma **evaluărilor efectuate**, se va percepe suma dezafectată și o penalitate în mărime de 0,1% din suma depistată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de

			legislație, care se vor transfera la conturile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.”
Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	La subpunctul 19) de substituit cuvintele „evaluare și monitorizare” cu cuvântul „verificării”, conform normei stabilite în Legea 1585/1998, art. 12, alin.3 lit.c).		Nu se acceptă (a se vedea argumentarea expusă supra).
Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică	Subpct.20) de exclus întrucât contravine Legii nr.1585/1998. În conformitate art.12 alin.(3), lit. c) din Legea nr.1585/1998 CNAM are obligația de verificare a corespunderii numai 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 numai din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;		Se acceptă parțial. Prevederea dată a fost ajustată în vederea concretizării veniturilor și cheltuielilor din alte surse pe articole în scopul stabilirii repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit. Norma respectivă este necesară în contextul monitorizării conformității asumării cheltuielilor de către PSM din sursele FAOAM sau altele decât cele provenite din FAOAM. Astfel, PSM acordă asistență medicală tuturor cetățenilor Republicii Moldova, indiferent de statul acestora (asigurat sau neasigurat), respectiv, pe lângă veniturile provenite de la FAOAM ei încasează și venituri proprii pentru serviciile contraplată. În context, PSM în conformitate cu prevederile ordinului comun al MSMPS și CNAM nr.29/21-A din 22.01.2021 „Privind aprobarea formularului Devizului de venituri și cheltuieli din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (business-plan) și a Normelor metodologice de elaborare a acestuia 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” <i>la planificarea cheltuielilor, vor ține cont de repartizarea mijloacelor financiare proporțional pe subarticole de cheltuieli, reieșind din veniturile</i>

			<p><i>obținute, sau numărul serviciilor medicale prestate în cadrul AOAM și celor prestate din alte surse.</i></p> <p>Subpct. 20) va fi expus în următoarea redacție:</p> <p>„să prezinte la solicitarea în scris a CNAM documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale, din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind veniturile și cheltuielile din alte surse pe articole de cheltuieli pentru stabilirea repartizării proporționale a cheltuielilor din toate sursele de venit;”</p>
	AmCham, FIA, UIMSP	<p>La subpct. 20) Se propune reformularea sau excluderea sintagmei „din toate sursele de venit”. Art. 29 din Codul administrativ prevede că orice măsură întreprinsă de autoritatea publică trebuie să corespundă principiului proporționalității. Or, Art. 1 din Codul civil consacră principiul inadmisibilității imixtiunii în afacerile private. De asemenea, art. 4 lit. e) din Legea nr. 235/2006 cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de întreprinzător garantează principiul de echitabilitate (proporționalitate) în raporturile dintre stat și întreprinzător. Complementar, art. 24 alin. (2) Legea nr. 131/2012 cu privire la controlul de stat al activității de întreprinzător stabilește expres că inspectorul nu este în drept să solicite informații, documente în afara competenței sale sau care nu sunt relevante obiectului controlului. Sub acest aspect, cerința CNAM de avea acces la actele de evidență contabilă, documentele primare în legătură cu asistența medicală prestată din toate sursele de venit ale prestatorului este disproporționată în raport cu scopul urmărit. Prin prisma art. 1080 din Codul civil, această clauză urmează a fi exclusă, ceea ce ar permite aplanarea riscului de divulgare a datelor confidențiale sau a secretelor comerciale.</p>	<p>Se acceptă parțial (a se vedea argumentarea expusă supra).</p>
	IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”	<p>Pct. 3.1 alin 20) - „să prezinte la solicitarea în scris a CNAM documentele primare, registrele și alte documente financiar-contabile întocmite de Prestator ca urmare a acordării asistenței medicale, <i>din sursele de venit provenite din FAOAM</i>”, în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului 156 din 11.02.2002 cu privire la organizarea și funcționarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, obiectivele Companiei sînt: organizarea, desfășurarea și dirijarea procesului de asigurare obligatorie de asistență medicală, cu aplicarea procedeeelor și mecanismelor admisibile pentru formarea fondurilor financiare destinate acoperirii cheltuielilor de tratament și profilaxie a maladiilor și stărilor, incluse în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, controlul calității asistenței medicale acordate și implementarea cadrului normativ aferent asigurărilor de asistență medicală. Astfel, evaluarea și monitorizarea surselor de venit altele decât cele provenite de fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală sunt de competența și în atribuțiile funcționale altor instituții publice (Inspecția Financiară, Curtea de Conturi).</p>	<p>Se acceptă parțial (a se vedea argumentarea referitor la recomandarea Centrului pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școlii de Management în Sănătate Publică la același subpunct).</p>

Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	La subpunctul 20) de exclus sintagma „din toate sursele de venit” întrucât contravine art. 12 (3), lit. c) din Legea nr. 1585/1998 Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată să verifice 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.	Se acceptă parțial (a se vedea argumentarea referitor la recomandarea Centrului pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școlii de Management în Sănătate Publică la același subpunct).
AmCham, FIA, UIMSP	La subpct. 26) se propune excluderea sintagmei ”din alocațiile fondatorului”. Tipul de proprietate al prestatorilor de servicii medicale este public, dar și privat. Astfel, fondatorul instituțiilor medico-sanitare nu este doar statul prin autoritățile sale publice centrale sau locale. Totodată, din considerentele legale expuse anterior, în special art. 1 din Codul civil și art. 4 lit. e) din Legea nr. 235/2006 cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de întreprinzător, inițiativa CNAM constituie o probabilă imixtiune în activitatea prestatorului. Mai mult, formula de calcul a tarifelor stabilite prin Programul unic nu compensează integral uzura dispozitivelor medicale, prestatorii privați investind considerabil în baza-tehnică materială din surse neaferente SAOAM.	Se acceptă. Subpct. 26) nu va fi modificat, redacția va fi similară celei în vigoare în prezent – „26) să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu cadrul normativ;”
IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”	Pct. 3.1 alin 26) „să-și reînnoiască baza tehnico-materială, din alocațiile fondatorului, mijloacele financiare obținute din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu cadrul normativ și alte surse’.	Se acceptă. Subpct. 26) nu va fi modificat.
EuroMed Diagnostic	Subpunctul 26), propunem de a completa în final, cu următoarea sintagmă: „cu excepția prestatorilor încadrați în parteneriate publice-private, implementate conform prevederilor legislației în vigoare”.	Se acceptă. Subpct. 26) nu va fi modificat, redacția va fi similară celei în vigoare în prezent.
Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică	La subpct.26) de exclus cuvintele „din alocațiile fondatorului”. Normă propusă în proiectul Contractului-tip nu poate fi asumată ca obligație a Prestatorilor cu statut de instituție medico-sanitară publică a căror fondatori sunt autoritățile administrației publice locale (AAPL), deoarece AAPL, în conformitate cu art.6. lit. e) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, participă, doar în limita posibilităților, la consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medico-sanitare, fondate în condițiile legii.	Se acceptă. Subpct. 26) nu va fi modificat.
Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică	La subpct.27) sintagma „în Normele metodologice de aplicare a Programului unic” de substituit cu sintagma „în Programul unic, Normele metodologice de aplicare a acestuia și de Contract;”	Se acceptă
AmCham, FIA, UIMSP	Se propune excluderea alineatului 29). Reieșind din prevederile art. 23 din Legea ocrotirii sănătății, orice prestație medicală se acordă cu <u>consimțământul pacientului</u> , prin urmare, formularea propusă de CNAM vine în contradicție cu o normă juridică deja existentă consacrată într-un act legislativ.	Nu se acceptă. Clauza a fost formulată ca urmare a recepționării petițiilor cetățenilor care, prin prisma statutului de persoană asigurată, conform cadrului normativ din domeniul AOAM, urmau să beneficieze gratuit de asistență medicală în cadrul instituțiilor medicale contractate de

			CNAM, însă s-a constatat că au fost determinate să achite serviciile medicale prin încheierea unor contracte înaintate spre semnare de către prestatorii de servicii medicale.
<p>3.2. CNAM se obligă: 3) să monitorizeze și să evalueze corespunderea cu clauzele Contractului și actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate, conform mecanismului aprobat prin ordinul directorului general al CNAM;</p>	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>La subpunctul 1) de a modifica data de prezentare de către CNAM - prestatorului Raportul privind serviciile medicale incluse în factura fiscală, stabilind data de 10 a lunii următoare perioadei de facturare, întrucât, potrivit Notei informative la proiectul Hotărârii de Guvern raportul prenotat va fi generat la data de 8 a lunii următoare celei de gestiune, or acest fapt ar asigura respectarea tuturor termenelor de raportare fiscală stabilite de actele normative în vigoare.</p>	<p>Nu se acceptă. Data de 20 reprezintă <u>termenul-limită</u> de prezentare a rapoartelor privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică și nu privează CNAM de dreptul remiterii acestora la o dată anterioară. Totodată, numărul de zile între data-limită prevăzută la acest subpunct și data-limită prevăzută la punctul 3.1 subpunctul 15) este suficient pentru emiterea facturii fiscale electronice și dărilor de seamă fiscale.</p>
	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune excluderea pct. 3.2 alin. (3). Art. 3 lit. b) din Legea nr. 131/2012 cu privire la controlul de stat al activității de întreprinzător instituie principiul obiectivității și imparțialității la planificarea și realizarea controlului. Sub acest aspect, se remarcă că cumularea atribuției de contractare, acceptare și verificare conform mecanismului aprobat de aceiași autoritate, este contrară și în dezechilibru cu principiul obiectivității și imparțialității, reglementate de norma juridică enunțată mai sus și de art. 25 Cod administrativ.</p>	<p>Nu se acceptă. Conform art. 12 alin. (3) lit. c) din Legea nr. 1585/1998 (3) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: c) să verifice 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.</p>
	<p>Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>La pct.3.2. subpct.3) recomandăm substituirea sintagmei „și actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală” cu sintagma „de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)”. De remarcat că art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998, care reprezintă temeiul legal pentru dispoziția expusă la pct.3.2. subpct.3), stabilește obligația CNAM de verificare a corespunderii cu clauzele Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate. Sintagma „actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală” nu asigură atât claritate pentru Prestator cât și obiectivitate pentru CNAM în procesul exercitării obligației CNAM stabilite la art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998. De asemenea, cuvintele ”monitorizeze și să evalueze” din subpct.3) recomandăm să fie substituite cu cuvântul „verifice”, în scop de executare a normei stabilite în art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998.</p>	<p>Nu se acceptă. Evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul AOAM este una din atribuțiile CNAM, conform pct. 10 subpct. 4) din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 136/2002, coroborat cu art. 14 alin. (4) și (5) din Legea nr. 1585/1998.</p>

	Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	Subpunctul 3) de substituit cuvintele „să monitorizeze și să evalueze” cu cuvântul „verifice”.	Nu se acceptă (a se vedea argumentele expuse supra)
	Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	Subpunct 6) de a modifica în vederea includerii suportului metodologic pe procesele ce au o modificare continuă, în vederea emiterii observațiilor constructive în sensul corectării prompte a erorilor admise, întru stabilirea unor relații sănătoase de colaborare.	Este imposibil a specifica și individualiza prin clauzele Contractului-tip, problemele fiecărui prestator. De aceea se propune o normă generală, ce permite acordarea suportului de către CNAM în vederea executării clauzelor contractuale în conformitate cu actele normative din domeniul AOAM.

<p>4.1. Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu Prestatorul, fără a depăși tarifele aprobate de Guvern, și a costurilor serviciilor medicale aprobate conform actelor normative.</p>	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune reformularea pct. 4.1 după cum urmează: „4.1 Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu Prestatorul, dar nu mai mic decât tarifele aprobate de Guvern și a costurilor medicale aprobate conform actelor normative”. Stabilirea tarifelor negociate, dar nu mai mari decât tarifele aprobate de Guvern, creează premise favorabile ca unii prestatori să înainteze oferte la preț inferior (dumping). În lipsa unei limite pentru stabilirea tarifelor se încurajează practicile neconcurențiale, ce ar putea conduce la monopolizarea pe unele domenii în curs de dezvoltare (precum unele servicii de diagnostic, oncologie și altele).</p>	<p>Nu se accepta. Conform pct. 4 din Hotărârea Guvernului nr.1020/2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare „Tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare reprezintă limita maximă pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice și pentru contractarea de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, prin metoda per serviciu, a instituțiilor medico-sanitare publice, private și parteneriatele publice-private”, Totodată, pct.4¹ din aceeași hotărâre de Guvern specifică că „Tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare pot fi negociate în procesul de contractare cu Compania Națională de Asigurări în Medicină și cu alți prestatori.”</p>
	<p>Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>La pct.4.1. este prevăzută, contrar Legii nr.1585/1998, norma care stabilește că serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu prestatorul. Menționăm că art.7. din Legea nr.1585/1998 prevede că „<i>Între asigurator 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 asiguratorul se obligă să achite costul asistenței medicale acordate.</i>” Același articol din lege stipulează</p>	<p>Nu se acceptă Conform pct. 4 din HG nr.1020/2011cu privire la tarifele pentru servicii medico-sanitare „Tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare reprezintă limita maximă pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice și pentru</p>

	<p>că „Modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă de Guvern.” Semnalăm că temeiul acestui proiect de hotărâre de Guvern anume este Legea nr.1585/1998 - art.7 alin.(2). Prin urmare, normă propusă la pct.4.1. care stabilește că serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu prestatorul este ilegală, deoarece dispozițiile art.7. din Legea nr.1585/1998 nu oferă Guvernului dreptul de a stabili această normă în modelul Contractului-tip. O altă situație este în cazul negocierii prețului la medicamentele și/sau dispozitivele medicale compensate cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale, prevăzută în art.12, alin.(2), lit.f¹ din Legea nr.1585/1998. Legiuitorul a stabilit negocierea prețului la medicamentele și/sau dispozitivele medicale compensate cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale datorită faptului că la acestea se aplică adaos comercial. În cazul prestării asistenței medicale de către prestatorii de servicii medicale din domeniul public la calcularea tarifelor pentru serviciile medico-sanitare prestate nu se aplică adaos comercial, pentru că activitatea instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală se desfășoară pe principiul de autofinanțare, de non-profit (art.7. alin.(2) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995). Art.7 alin.(5) din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 stabilește că „Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, 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 prestatorii publici și privați de servicii medicale, se elaborează de Ministerul Sănătății și se aprobă de Guvern.” Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.1020 din 29 decembrie 2011, în temeiul art.7 din Legea 411/1995, stabilește și reglementează tarifele în baza corespunderii acestora următoarelor criterii: i) asigurarea stabilității și eficienței funcționării instituțiilor medico-sanitare; ii) acoperirea costurilor/cheltuielilor necesare pentru desfășurarea normală a activității instituțiilor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare; iii) calcularea tarifelor în baza costurilor/cheltuielilor efectiv suportate de către instituția medico-sanitară și în baza costurilor/cheltuielilor planificate, în cazul serviciilor medico-sanitare noi, care nu sânt incluse în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare. Această Metodologie mai determină principiul primatului costurilor/cheltuielilor efective și prevede includerea în fiecare cost a tuturor cheltuielilor legate de acordarea serviciului medical în cauză. Prin urmare, tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare, elaborate în conformitate cu Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1020/2011, asigură eficiența funcționării instituțiilor medico-sanitare publice pentru ca acestea să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, în volumul și termenele din Programul unic. Reiterăm că Legea nr.1585/1998 nu prevede pentru CNAM dreptul de a contracta serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în bază de negociere cu Prestatorul. De asemenea, reiterăm că Legea nr.411/1995 stabilește în art.7. alin.(5) că Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare contractate de către</p>	<p>contractarea de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, prin metoda per serviciu, a instituțiilor medico-sanitare publice, private și parteneriatele publice-private”.</p> <p>Totodată pct.4/1 specifică că „Tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare pot fi negociate în procesul de contractare cu Compania Națională de Asigurări în Medicină și cu alți prestatori.”</p> <p>Mai mult decât atât, Hotărârea Guvernului nr. 1020/2011 nu reglementează forma de plată per DRG, care se axează pe tariful de bază și indicele de complexitate (ICM), conform cărora sunt contractate serviciile medicale acute (procurate preponderent de CNAM anual).</p>
--	--	---

Compania Națională de Asigurări în Medicină, Catalogul de tarife unice pentru serviciile medico-sanitare prestate de prestatorii publici și privați de servicii medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, se aprobă de Guvern. La rândul său, art.14. alin.(1), lit.a) din Legea nr.100/2017 „Cu privire la actele normative” stabilește că hotărârea de Guvern se adoptă pentru organizarea executării legilor. Remarcăm, că în conformitate cu art. 102 din Constituția Republicii Moldova, Legea nr. 136 din 7 iulie 2017 cu privire la Guvern, hotărârile Guvernului se adoptă pentru exercitarea atribuțiilor constituționale și celor ce decurg din Legea cu privire la Guvern, precum și pentru organizarea executării legilor. Totodată, o hotărâre de Guvern, de exemplu, Hotărârea Guvernului nr.1020/2011, nu poate constitui temei juridic pentru emiterea unui alt act normativ al Guvernului. Astfel, Guvernul nu este în drept să aprobe modelul Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, prin care serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală să fie contractate de CNAM doar în baza tarifelor negociate cu prestatorul. Reieșind din prevederile art.7. alin.(5) din Legea nr.411/1995, în cazul încheierii contractelor de acordare a asistenței medicale, CNAM trebuie utilizeze tarifele din Catalogul tarifelor unice, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1020/2011 și costurile serviciilor medicale elaborate, în conformitate cu Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare și aprobate de Guvern. Rezultând cele menționate supra, recomandăm expunerea pct.4.1. din proiectul Contractului-tip după cum urmează:

„4.1. Serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se contactează de CNAM conform tarifelor din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1020/2011 și a costurilor serviciilor medicale aprobate de Guvern, în conformitate cu Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.1020/2011. Prestatorul de servicii medicale, în cazul prestatorului public de servicii medicale la decizia comisiei pentru evaluarea tarifelor, instituită în cadrul instituției, pentru care costurile efective pentru prestarea serviciilor medicale permit acest lucru, este în drept să diminueze tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1020/2011 sau costurile serviciilor medicale aprobate de Guvern, în procesul de contractare cu CNAM, în cazul participării la mecanismul de negociere a tarifelor/costurilor pentru serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală aprobat de Guvern.”

În opinia noastră, contractarea serviciilor medicale, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, în conformitate cu tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare și costurile serviciilor medicale aprobate de Guvern, va exclude riscul de autoritarism al CNAM asupra prestatorilor de servicii medicale cu scop de ai forța să semneze contracte de prestare a serviciilor medicale la costuri care nu acoperă cheltuielile necesare pentru desfășurarea normală a activității instituțiilor, pentru acordarea asistenței medicale calificate, în volumul și termenele din Programul unic. Această normă din Contractul-tip va asigura stabilitate, predictibilitate și continuitate pentru prestatorii de servicii medicale în aspect de planificare a serviciilor, dezvoltării capacităților, inclusiv de resurse umane, pentru furnizarea de asistență medicală calificată, în volumul și termenele din Programul unic. De asemenea, va fi soluționată

		<p>problema subfinanțării asistenței medicale acordate de prestatorii de servicii medicale, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Menționăm că, subfinanțarea asistenței medicale rezultă cu calitate neadecvată a serviciilor, stimularea plăților directe și a plăților informale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Atât timp cât serviciile medicale contractate, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, de către CNAM, vor fi subfinanțate se vor menține, inclusiv și discuțiile neproductive despre volumul asistenței medicale din Programul unic și acoperirea financiară a acestuia. Oferirea posibilității prestatorilor de servicii medicale de a diminua tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare și/sau costurile serviciilor medicale aprobate de Guvern, în procesul de contractare cu CNAM, în cadrul unui proces transparent și ne discriminator pentru prestatorii de servicii medicale și pacienții acestora, printr-un mecanism de negociere a tarifelor/costurilor pentru serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și stabilit de Guvern, de asemenea, va asigura că între asigurător și prestatorul de servicii medicale, în mod onest, corect, profesionist și în conformitate cu cele mai bune interese ale persoanelor asigurate, se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, în volumul și termenele din Programul unic, iar asigurătorul se obligă să achite costul asistenței medicale acordate. Concomitent, recomandăm aprobarea de către Guvern a costurilor serviciilor medicale, care actualmente se aprobă, prin acte normative inferioare hotărârii de Guvern, cu încălcarea legislației privind transparența în procesul decizional și care nu sunt publicate nici în Monitorul Oficial al RM și nici pe paginile oficiale web ale MS și CNAM. Semnalăm că, cele peste 2,5 milioane persoanele asigurate, inclusiv peste 800 mii de persoane angajate, care achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală din salariu și cele peste 60 mii de persoane asigurate în mod individual, au dreptul legitim să cunoască la ce costuri sunt contractate serviciile medicale, care nu sunt incluse în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare.</p>	
<p>4.3. 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 60% din suma aferentă acestor servicii planificată pentru luna respectivă. CNAM poate</p>	<p>Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>La pct.4.3. considerăm că norma stabilită la subpct.1), în baza căreia se diminuează sau de suspendă achitarea avansului pentru serviciile medicale, pentru care plata este prevăzută în avans, impune prestatorul să refuze acordarea asistenței medicale calificate, în volumul și termenele din Programul unic și în Contract, ceea ce rezultă cu determinarea persoanelor asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului și/sau cu stimularea plăților informale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. În contextul celor relatate, recomandăm excluderea subpct.1) din pct.4.3.</p>	<p>Se acceptă. Mărimea maximă a avansului a rămas de 80%.</p>
	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>La pct. 4.3. considerăm neîntemeiată reducerea mărimii avansului, deoarece prestatorii de servicii au obligațiunea de a asigura stocuri de medicamente, consumabile, utilaje medicale necesare prestării serviciilor medicale calitative, or această reducere, care se face a fi una considerabilă, va pune prestatorii în imposibilitate financiară de a asigura executarea obligațiilor contractuale stabilite de contract.</p>	<p>Se acceptă. Mărimea maximă a avansului a rămas de 80%.</p>

<p>diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în următoarele cazuri:</p> <p>1) insuficiența mijloacelor financiare la contul CNAM;</p> <p>2) neprezentarea, din motive imputabile Prestatorului, a dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice pentru serviciile medicale prestate. Prezentarea dărilor de seamă sau a facturilor fiscale electronice eronate, cu respingerea ulterioară de către CNAM, se asimilează cu neprezentarea acestora;</p> <p>3) neexecutarea volumelor contractuale, care poate influența înregistrarea creanțelor CNAM față de Prestator la sfârșitul perioadei de gestiune;</p> <p>4) notificarea intenției de rezoluțiune a Contractului de către una din Părți.</p>	<p>IMSP „Institutul de Medicină Urgentă</p>	<p>Pct. 4.3 „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”. Dat fiind faptul că, la moment IMSP Institutul de Medicină Urgentă, înregistrează datorii în mărime totală de 73 122,6 mii lei (cauzele formării acestora au fost enumerate în demersurile anterioare ale instituției), în contextul în care IMSP Institutul de Medicină Urgentă, suportă cheltuieli pentru remunerarea muncii în mărime de 33 982,5 mii lei lunar sau 76,1% din venitul lunar (44 691,3 mii lei) contractat cu CNAM, în conformitate cu volumul serviciilor medicale prestate pacienților asigurați, diminuarea avansului pînă la 60% lunar va duce la înrăutățirea și mai gravă a situației economico-financiare a instituției și pînă la incapacitatea de plată a salariilor și plăților aferente acestora angajaților instituției.</p>	<p>Se acceptă. Mărimea maximă a avansului a rămas de 80%.</p>
	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune excluderea dreptului discreționar al asigurătorului național de a suspenda/micșora plățile în caz de insuficiență a mijloacelor financiare, inclusiv, de a respinge nemotivat facturile. <i>Ab initio</i>, se propune asigurarea avansului în mărime de 80% pentru a menține nivelul de stoc pentru medicamente, consumabile și alte articole sanitare necesare în organizarea și acordarea asistenței medicale. Subsecvent, se remarcă că prin atribuirea dreptului arbitrar al CNAM de a suspenda plățile în cazul insuficienței mijloacelor bănești, riscul financiar se plasează în sarcina prestatorului de servicii medicale, care, potrivit contractului, este obligat să acorde servicii medicale în caz de urgență și să îndeplinească volumele agreeate. Potrivit art. 16 alin. (2) din Codul administrativ, exercitarea dreptului discreționar nu permite desfășurarea unei activități administrative arbitrare. Contrar normei legale enunțate, din prevederea propusă în proiect rezultă dreptul disproporționat al asigurătorului național în raport cu prestatorul de servicii medicale. Pentru echilibrarea contractului se impune stabilirea unor norme de protecție a prestatorului, de exemplu, soluțiile oferite de art. 901 Cod civil precum: dreptul prestatorului de a suspenda acordarea asistenței medicale până la plata integrală, sau ca prestatorul să reducă prestația în limita mijloacelor financiare achitate de CNAM.</p>	<p>Se acceptă. Mărimea maximă a avansului a rămas de 80%.</p>
<p>4.5. Suma și volumul serviciilor medicale stabilite în Contract pot fi revizuite prin acorduri adiționale în partea majorării sau diminuării, în funcție de activitatea Prestatorului, în limita mijloacelor financiare disponibile în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.</p>	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune excluderea pct. 4.5. Sugestia de excludere a acestei prevederi se întemeiază pe considerentele expuse la pct. 7 și anume luând în considerare faptul că este disproporționată și oferă un drept discreționar nelimitat asigurătorului național de a aprecia activitatea prestatorului, în lipsa unor criterii și mecanisme de apreciere. Totodată, pare a nu fi echitabil plasarea riscului financiar în sarcina prestatorului.</p>	<p>Nu se acceptă. Activitatea prestatorului se apreciază în baza dărilor de seamă prezentate de către acesta. Totodată, încheierea acordurilor adiționale la contracte în limita fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se fundamentează pe prevederile Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014.</p> <p>De altfel, o normă similară se conține în redacția în vigoare a Contractului-tip „4.6. Volumul anual de servicii medicale achitat din fondurile de asigurare obligatorie de asistență</p>

			medicală poate fi revăzut în partea majorării sau micșorării lui în dependență de activitatea Prestatorului și a posibilităților financiare ale Companiei.”
--	--	--	---

4.6. CNAM nu este obligată se achite serviciile medicale prestate peste limitele contractuale cantitative și valorice, stabilite în Contract pentru fiecare tip de serviciu.	Centrul pentru Politici și Analiză în Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică	Norma din pct.4.6. vine în contradicție cu norma din pct.4.5., ceea ce face dificil aplicarea Contractului. Recomandăm excluderea pct.4.6. cu completarea pct.4.5. după cuvintele „stabilite în Contract” cu sintagma „, , pentru fiecare tip de serviciu”	Se acceptă. Pct. 4.6 a fost exclus din proiect.
	Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	Pct. 4.6. urmează a fi exclus, întrucât vine în contradicție cu normele din pct.pct. 4.5, 5.4., 3.1. subpct. 7) și Legea 1585/1998 art.6 alin (2).	Se acceptă. Pct. 4.6 a fost exclus din proiect.
	AmCham, FIA, UIMSP	Se propune excluderea pct. 4.6. Natura cuprinzătoare a Programului Unic și caracterul declarativ al acestuia, care <i>de jure</i> presupune oferirea tuturor tipurilor de servicii medicale populației asigurate, face dificilă delimitarea limitelor cantitative a serviciilor. Astfel, este necesară clarificarea și specificarea tipurilor serviciilor medicale incluse în limitele Programului Unic.	Se acceptă. Pct. 4.6 a fost exclus din proiect.

	AmCham, FIA, UIMSP	Se propune revizuirea pct. 5.1. Propunerea are la bază faptul că pretensele încălcări urmează a fi constatate în cadrul unui proces echitabil, cu respectarea garanțiilor procesuale, de către o autoritate abilitată prin lege / hotărâre judecătorească definitivă. Or, în lipsa unui mecanism și criterii reglementate prin lege, prevederea nu corespunde exigenței de claritate a normei juridice, complementar, se atribuie un grad nelimitat de discreție a asiguratorului național să aprecieze acțiunile prestatorului, fapt ce ar putea contraveni art. 16 al Codului administrativ.	Nu se acceptă. Articolul 12 alineatul (3) litera c) din Legea nr. 1585/1998 prevede obligația CNAM de a verifica 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. Potrivit prevederilor cap. X al proiectului Contractului-tip, litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea sau alte pretenții ce decurg din Contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare. Litigiile nesoluționate pe cale amiabilă
--	--------------------	--	--

			țin de competența instanțelor judecătorești. Părțile contractante convin asupra faptului că orice obiecție asupra executării Contractului va fi expedită în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile din data recepționării pretenției (a se vedea pct. 10.2-10.4).
<p>5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin:</p> <p>1) prezentarea spre achitare a documentelor de plată neautentice, a dărilor de seamă cu includerea serviciilor care de fapt nu au fost acordate sau nu trebuiau să fie achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală, în conformitate cu Programul unic, sau au fost acordate în alt volum. La serviciile neacordate se atribuie și cazurile când serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării, inclusiv condiționarea procurării de către pacient a medicamentelor, investigațiilor și efectuării altor plăți nelegitime. Mărimea prejudiciului constituie costul serviciului raportat;</p> <p>2) prescrierea neregulamentară și/sau neargumentată a rețetelor pentru medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile</p>	<p>Centrul pentru Politici și Analiză Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>La pct.5.1. normele propuse generează incertitudine și insecuritate juridică, mai cu seamă că încălcarea acestora de către Prestator fixează penalități din partea CNAM. Astfel pentru a asigura claritate normelor pentru Prestator și obiectivitate pentru verificare de către CNAM recomandăm următoarele:</p> <p>la subpct.1) cuvintele „Programul unic,” de substituit cu sintagma „Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia,” iar sintagma „serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării,” de substituit cu sintagma „asistență medicală nu a fost acordată, în volumul și termenele din Programul unic,”. Menționăm că CNAM nu are competența de a evalua calificarea serviciilor medicale;</p>	<p>Se acceptă completarea subpct. 1) după cuvintele „Programul unic” cu cuvintele „și Normele metodologice de aplicare a acestuia”</p> <p>Conform art. 7 alin. (1) din Legea nr. 1585/1998 „(1) 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.”.</p> <p>Conform art. 12 alin. (3) lit. c) din aceeași lege Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată: c) să verifice 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; Termenul „calificare” este și în redacția în vigoare a pct. 5.1 din Contractul-tip.</p>

<p>asigurării obligatorii de asistență medicală. Mărirea prejudiciului constituie suma compensată de CNAM pentru medicamentele/dispozitivele medicale compensate;</p> <p>3) eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”. Mărirea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;</p>	<p>Centrul pentru Politici și Analiză Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>la subpct.2) cuvintele „neregulamentară și/sau neargumentată” de substituit cu sintagma „cu încălcarea Regulamentului privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.106/2022 și Ordinului MS și CNAM nr. 605/133-A din 21.06.2022 „Cu privire la medicamentele și dispozitivele medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”;</p>	<p>Nu s-a inclus referința la Ordinele concrete, pentru a evita necesitatea revizuirii prevederilor prezentei hotărâri în eventualitatea înlocuirii Ordinilor respective cu noi reglementări. Totodată, remarcăm că modificarea propusă de autori este incompletă, întrucât au omis să indice și Ordinul comun al ministrului sănătății și directorului general al CNAM nr. 727/494 din 21-09-2016 despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului episodic în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, cu medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, a unor maladii frecvent întâlnite în practica medicului de familie.</p>
<p>4) înregistrarea neregulamentară a persoanei la medicul de familie din cadrul Prestatorului ce acordă asistență medicală primară. Mărirea prejudiciului constituie tariful per capita pentru fiecare caz constatat;</p>	<p>Centrul pentru Politici și Analiză Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p>	<p>la subpct.3) cuvântul „neargumentată” de substituit cu sintagma „cu încălcarea Programului unic și Normelor metodologice de aplicare a acestuia”;</p>	<p>Se acceptă parțial. Subpct. 3) după cuvântul „neargumentată” se completează cu sintagma „cu încălcarea Programului unic și Normelor metodologice de aplicare a acestuia”;</p>
<p>5) neasigurarea veridicității informației introduse în darea de seamă privind numărul și lista nominală a pacienților beneficiari, cantitatea de medicamente utilizată, inclusiv medicamente cu destinație specială, consumabile și dispozitive medicale, achitate suplimentar costului cazului tratat. Mărirea prejudiciului constituie valoarea medicamentelor, inclusiv cu destinație specială, consumabilelor și dispozitivelor medicale;</p>	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune completarea pct. 5.1 alin. (3) cu prevederi speciale privind serviciile SÎP (servicii de înaltă performanță). “eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale” se asumă prestatorului, care a întocmit îndreptarea, cu repararea corespunzătoare a prejudiciului în mărirea costului serviciului medical prescris, din alte surse decât cele oferite din FAOAM”.</p>	<p>Nu se acceptă completarea, deoarece dublează norma din proiect (a se vedea redacția propusă în proiect a acestui subpunct - „5.1. Prestatorul este obligat să repare prejudiciile cauzate CNAM prin: 3) eliberarea neargumentată a biletelor de trimitere (F nr.027/e) pentru spitalizare programată și servicii medicale de înaltă performanță, inclusiv a celor generate prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și evidența serviciilor medicale”. Mărirea prejudiciului constituie costul serviciului medical prescris;”). Precizăm că subpct. 3) nu are impact asupra persoanei juridice ce a prestat</p>

<p>6) nerespectarea Standardelor codificării diagnosticelor și procedurilor în Sistemul de clasificare în grupe de diagnostice (DRG). Mărimea prejudiciului constituie diferența de cost al cazurilor, de până la și după auditul codificării;</p> <p>7) defazectarea mijloacelor financiare primite de la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele stabilite conform actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contractului. Mărimea prejudiciului constituie suma defazectată.</p>	<p>Centrul pentru Politici și Analiză Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică</p> <p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>la subpct.4) cuvântul „neregulamentară” de substituit cu sintagma „cu încălcarea Regulamentului privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul MS și CNAM nr. 1087/721A din 30.12.2016”.</p> <p>La pct. 5.1. subpct. 7) ar fi oportun includerea unei detalieri mai concrete a noțiunii de defazectare, întrucât redacția actuală lasă loc de interpretări contradictorii.</p>	<p>serviciul de înaltă performanță (SIP), ci asupra Prestatorului care a eliberat biletul de trimitere pentru SIP.</p> <p>S-a utilizat termenul generic „neregulamentară” pentru a evita necesitatea modificării Contractului-tip în eventualitatea înlocuirii Ordinului nr. 1087/721A din 30.12.2016” cu un alt Ordin.</p> <p>Nu se acceptă. Nu ține de obiectul de reglementare al contractului-tip definirea termenului „defazectare”. „A defazecta” înseamnă a utiliza contrar destinației mijloacele bănești.</p>
<p>5.2. În cazul confirmării prin raport de evaluare, întocmit de structurile abilitate ale CNAM, a cazurilor menționate la pct.5.1:</p> <p>[...]</p> <p>2) în contextul relațiilor contractuale curente:</p> <p>a) pentru cazurile prevăzute la pct.5.1. subpct.1), 4), 5) și 6), Prestatorul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, va opera modificări în dările de seamă și/sau datele raportate în sistemele informaționale ale CNAM, în caz contrar sumele prejudiciate, inclusiv penalitatea, vor fi reflectate în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM în</p>	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune excluderea pct. 5.2 alin. (2) lit. a). În caz dacă prestatorul va opera modificări în sistemul informațional, se prezumă că a acceptat constatările CNAM, astfel, se limitează dreptul prestatorului la apărare, inclusiv, prin adresare în instanța de judecată. Potrivit art. 172 din Codul administrativ, persoana a cărui drept a fost încălcat prin act administrativ este în drept să solicite suspendarea actului administrativ contestat. Impunerea prestatorului de a accepta și opera modificările ar putea fi contrară principiului bunei credințe, dreptului la apărare și abuzivă din perspectiva art. 1080 din Codul civil.</p>	<p>Nu se acceptă. Operarea modificărilor în dările de seamă și/sau datele raportate în sistemele informaționale ale CNAM se va face benevol de către prestator, în cazul în care acceptă constatările din raportul de evaluare.</p> <p>Norma în cauză nu limitează dreptul prestatorului la apărare și nu-l impune să accepte necondiționat constatările CNAM.</p> <p>Norma, de fapt, este în suportul Prestatorului.</p> <p>Totodată, contestarea actului administrativ individual nefavorabil se face în conformitate cu prevederile Codului administrativ. Potrivit pct. 10.2 din proiectul Contractului-tip „10.2. Litigiile apărute în legătură cu încheierea, executarea, modificarea și încetarea sau alte pretenții ce decurg din Contract vor fi supuse în prealabil unei proceduri amiabile de soluționare.”, iar pct. 10.4 stabilește că „10.4. Părțile contractante convin</p>

<p>scopul reținerii acestora de către CNAM din contul transferurilor ulterioare;</p>			<p>asupra faptului că orice obiecție asupra executării Contractului va fi expediată în formă scrisă și Părțile contractante se vor expune pe marginea lor în decurs de 10 zile din data recepționării pretenției.”</p> <p>Conform prevederilor art. 172 alin. (1) din Codul administrativ, în cazul contestării cu cerere prealabilă a unui act administrativ individual defavorabil, autoritatea publică poate suspenda executarea acestuia atât din oficiu, cât și la cererea persoanei afectate. Motivele suspendării sunt exhaustiv prevăzute în art. 172 alin. (2) din cod:</p> <p>„a) existența unor suspiciuni serioase și rezonabile privind legalitatea actului administrativ individual defavorabil;</p> <p>b) existența pericolului iminent de producere a unor prejudicii ireparabile prin executarea în continuare a actului administrativ individual defavorabil.”</p>
	<p>IMSP „Institutul de Medicină Urgentă”</p>	<p>Pct. 5.2 „în cazul confirmării prin raport de evaluare, întocmit de structurile abilitate ale CNAM, (validat de o anumită comisie, membrii căreia sunt alte persoane decât cele care au întocmit raportul de evaluare). Acest fapt, va duce la transparența și obiectivitatea constatărilor expuse în raport și la o analiză mai bună a argumentelor prezentate de către prestatorul de servicii medicale.</p>	<p>Nu se acceptă</p> <p>Evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală este una din atribuțiile CNAM, conform pct. 10 subpct. 4) din Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 136/2002, coroborat cu art. 14 alin. (4) și (5) din Legea nr. 1585/1998.</p>
<p>5.3. Pentru cazurile prevăzute la pct.5.1. subpct.1) - 6) CNAM aplică Prestatorului o penalitate în mărime de 10% din suma prejudiciată, iar pentru cazul prevăzut la pct.5.1. subpct.7), penalitatea constituie 0,1% din suma prejudiciată pentru fiecare zi de utilizare a</p>	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune revizuirea pct. 5.3. Considerându-se conținutul pct. 5.7 care prevede că „Pentru neachitarea, în termenele stabilite în Contract, a serviciilor medicale acordate de către Prestator, CNAM va achita o penalitate în mărime de 0,01% din suma restantă pentru fiecare zi de întârziere.”, clauzele pct. 5.1 1)-6) sunt disproporționate în raport cu prestatorii de servicii medicale. Totodată, posibilitatea de identificare a divergențelor în intervale de timp îndelungate poate conduce la aplicarea unor penalități exagerate în cazul în care nu există și o plafonare a acestora.</p>	<p>Penalitatea prevăzută la pct. 5.7 pentru CNAM este pentru fiecare zi de întârziere, iar cea pentru prestator – în mărime de 10% din suma prejudiciată. Deci, situațiile nu sunt comparabile. Cât privește penalitatea pentru suma dezafectată, aceasta este reglementată în art. 14 alin. (5) din Legea nr. 1585/1998 conform căruia „Pentru suma dezafectată, depistată în urma</p>

<p>mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în alte scopuri decât cele stabilite de actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și Contract.</p>	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>La pct. 5.3. de exclus penalitatea pentru pct. 5.1. subpct. 7), deoarece IMSP sunt instituite ce prestează servicii la prețuri stabilite de guvern, care nu includ rentabilitate, astfel, obligarea de achitare a penalităților din alte surse decât cele FAOAM ar veni să prejudicieze drepturile pacienților contra plată. Totodată, nu este echitabil stabilit termenul pentru care se calculează aceste penalități, întrucât acesta este în strictă dependență de programul verificărilor planice efectuate de către CNAM, care este elaborat de către ultimul. Or, în cazul în care nu este realizabilă excluderea penalității, oportun ar fi plafonarea acesteia, analogic contractelor tip de achiziții publice - 5%. Totodată, considerăm inechitabil stabilirea penalității de mărimi diferite prestatorilor și CNAM, în contextul în care se discută despre relații contractuale, prin urmare părțile ar trebui să se afle pe picior de egalitate, fiind stabilită o mărime egală a penalității pentru ambele părți - 0,01%.</p>	<p>evaluărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată și o penalitate în mărime de 0,1% din suma depistată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care se vor transfera la conturile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.”</p> <p>Nu se acceptă. Penalitatea pentru suma dezafectată este reglementată în art. 14 alin. (5) din Legea nr. 1585/1998 conform căruia „Pentru suma dezafectată, depistată în urma evaluărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată și o penalitate în mărime de 0,1% din suma depistată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care se vor transfera la conturile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.”</p>
<p>5.4. În cazul confirmării refuzului/neglijării acordării asistenței medicale prevăzute de Contract, CNAM percepe de la Prestator o penalitate în mărime de 50% din valoarea estimată a serviciilor medicale ce urmau a fi acordate, care va fi reflectată în evidența contabilă conform pretenției emise de CNAM, în scopul reținerii acesteia de către CNAM din contul transferurilor ulterioare.</p>	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>La pct. 5.4. considerăm că norma urmează a fi completată cu sintagma „<i>cu excepția cazurilor de supracontract</i>”. Deoarece refuzul de prestare a serviciilor medicale este urmat de o sancțiune, pe când prestatorul nu este asigurat cu achitarea cazurilor prestate supracontract.</p>	<p>Se acceptă. Pct. 5.4 a fost exclus din proiect</p>
	<p>AmCham, FIA, UIMSP</p>	<p>Se propune excluderea pct. 5.4. Menționăm că prevederea este formulată ambiguu și nu este clar specificată procedura de constatare a neglijării acordării asistenței medicale. În lipsa unor criterii obiective și mecanism clar de verificare/constatare, se implică riscul excesului în drept.</p>	<p>Se acceptă. Pct. 5.4 a fost exclus din proiect</p>
<p>7.1 În cazul în care vor surveni modificări ale tarifelor la serviciile medicale pe parcursul perioadei de gestiune, Părțile pot modifica volumul acestor servicii în limitele sumei contractuale.</p>	<p>Centrul Național Anticorupție</p>	<p>La pct. 7.1 părțile au discreția de a modifica sau nu volumul serviciilor medicale, chiar dacă tarifele la serviciile medicale au fost modificate și pot depăși limita sumei contractuale stabilite. Prin urmare, în cazul majorării tarifelor și deciziei Companiei Naționale de Asigurări în Medicină de a păstra volumul serviciilor stabilit în contract, prestatorul de servicii medicale ar putea fi prejudiciat prin suportarea cheltuielilor suplimentare pentru prestarea volumului de servicii ce ar depăși limita sumei contractuale. În acest caz, prestatorul de servicii medicale ar putea fi determinat să încalce clauzele contractuale, fie prin prestarea serviciilor necalitative, încasarea sau determinarea persoanelor asigurate de a achita sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului, etc. fapt ce în rezultat ar condiționa rezoluțiunea contractului. Prin</p>	<p>Se acceptă. Cuvintele „pot modifica” au fost substituite cu cuvântul „modifică”.</p>

		urmare, caracterul permisiv al normei, generat de utilizarea cuvintelor „pot modifica”, oferă posibilitatea subiecților responsabili de implementarea normei de a interpreta și aplica în mod abuziv prevederea, astfel provocând consecințe financiare atât pentru părțile semnatare, cât și pentru persoanele asigurate care apelează la servicii medicale. Reieșind din cele expuse supra, se recomandă substituirea textului „pot modifica” cu lexemul „modifică”.	
	Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	La pct. 7.1 propunem excluderea sintagmei „în limitele contractuale” cu includerea sintagmei „în limita mijloacelor disponibile”.	Nu se acceptă. Modificarea volumului serviciilor medicale se va face în limita sumei contractuale, pentru a preveni asumarea de angajamente financiare de către CNAM în lipsa surselor financiare disponibile.

<p>7.3. Contractul poate fi rezolvit din inițiativa CNAM, printr-o notificare, inclusiv în următoarele cazuri:</p> <p>[...]</p> <p>5) în cazul refuzului Prestatorului de a pune la dispoziția structurilor abilitate cu dreptul de evaluare și monitorizare ale CNAM, ca urmare a cererii în scris, a documentelor solicitate privind actele de evidență financiar-contabilă a serviciilor acordate conform Contractului, a documentelor justificative privind sumele achitate de CNAM, a documentelor medicale și administrative, precum și în cazul îngrădirii accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea CNAM;</p> <p>6) în cazul constatării încasării de la persoanele asigurate a sumelor pentru serviciile medicale prestate în cadrul executării Contractului și a condițiilor stabilite în</p>	Centrul pentru Politici și Analiză Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică	La pct.7.3. subpct.5), în ambele cazuri, cuvintele „evaluare și monitorizare ale” și „evaluării și monitorizării” de substituit cu cuvintele „verificare a” și „verificării”, în vederea conformării la norma stabilită în art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998.	Nu se acceptă (a se vedea argumentele expuse anterior).
	Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”	La pct. 7.3. subpct. 5) este necesar de fi indicat expres care documente se fac obiectul solicitării structurilor CNAM, în vederea excluderii interpretărilor contradictorii ce ar crea impedimente bunei executări a Contractului.	Nu se acceptă. Clauza contractuală stabilește expres actele ce pot fi solicitate de echipa de evaluare a CNAM.
	Centrul pentru Politici și Analiză Sănătate, Școala de Management în Sănătate Publică	La pct.7.13. subpct.6) sintagma „și a condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic,” de substituit cu sintagma „și nerespectării condițiilor acordării asistenței medicale stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic”.	Se acceptă

<p>Normele metodologice de aplicare a Programului unic, a determinării persoanei asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului sau a determinării acesteia să intre în raporturi juridice pentru a beneficia de servicii medicale aferente cazului tratat, achitat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.</p>			
	<p>Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”</p>	<p>Propunem a suplini contractul-tip cu compartimentul „Dreptul prestatorilor” subpunct 1) sa negocieze, în calitate de parte contractantă, clauze suplimentare la contractele încheiate cu CNAM, conform și în limita actelor normative. subpunct 2) sa primească contravaloarea serviciilor medicale prestate și validate în limita contractului semnat și/or mijloacelor disponibile în FAOAM, precum și în conformitate cu actele normative aprobate de MS. subpunct 3) sa fie informați de către CNAM despre eventuale modificări a condițiilor de contractare urmare a aprobării unor noi acte normative prin publicare pe pagina web a companiei și prin intermediul poștei electronice a prestatorului. subpunct 4) sa încaseze sume pentru unele servicii medicale de care au beneficiat pacienții asigurați și care sunt prestate la solicitarea acestora în scris și nu sunt prevăzute în Programul unic. subpunct 5) sa încaseze contravaloarea serviciilor medicale complementare solicitate la cerere. subpunct 6) pe perioada realizării contractului încheiat cu CNAM sa fie îndrumați în vederea aplicării corecte și unitare a prevederilor contractuale, îndeosebi, la raportarea cazurilor tratate prin sistem DRG, unde pacienții sunt clasificați simultan după patologie și costul îngrijirilor, ceea ce asigura asocierea tipurilor de pacienți cu cheltuielile spitalicești efectuate. subpunct 7) să beneficieze de suport metodologic pe procesele ce au o modificare continuă, în vederea elaborării observațiilor constructive în sensul corectării prompte a erorilor admise, întru stabilirea unor relații sănătoase de colaborare. Totodată, în vederea soluționării pe cale extrajudiciară a controverselor, propunem includerea în contract a normelor privind intervenirea procedurii de mediere, rolul de mediator revenind Ministerului Sănătății în calitate de autoritate publică în domeniul sănătății.</p>	<p>Nu se acceptă. Propunerile enunțate lasă loc pentru interpretări subiective și pot genera nemulțumiri din partea persoanelor asigurate, care în anumite situații pot fi determinați de a intra în relații contractuale cu prestatorii de servicii medicale. Astfel, pot fi compromise alte clauze contractuale care vin să apere interesele și drepturile persoanelor asigurate prin prisma atribuțiilor funcționale ale CNAM. Cu referire la calitatea de mediator al Ministerului Sănătății, reliefăm că pentru prestatori de servicii medicale de nivel terțiar, Ministerul Sănătății are calitatea de fondator și în această ordine de idei, conchidem că s-ar afla în conflict de interese într-un proces de mediere echitabil. Mai mult ca atât, Ministerul Sănătății, conform actelor normative, are competențe în domeniul elaborării politicilor în domeniul ocrotirii sănătății, iar procesul de mediere nu este propriu acestei autorități publice.</p>
<p>Notă: Recomandările AmCham, FIA, UIMSP, Centrului PAS, IDOM, Spitalului Clinic Republican „Timofei Moșneaga”, IMSP „Institutul de Medicină Urgentă” au fost discutate în cadrul întrunirilor consultative din 16 septembrie 2022 și 22 septembrie 2022 (Proces-verbal nr. 1 și Proces-verbal nr. 2). Recomandările asupra cărora s-a ajuns la un consens au fost luate în considerare la definitivarea proiectului.</p>			

	Ministerul Finanțelor	Lipsa de obiecții și propuneri	
	Ministerul Economiei	Lipsa de obiecții și propuneri	
	Serviciul Fiscal de Stat	Lipsa de obiecții și propuneri	
	Agencia de Guvernare Electronică	Lipsa de obiecții și propuneri	
	Ministerul Justiției	Lipsa de obiecții și propuneri de ordin juridic	
	Centrul Național Anticorupție	În redacția parvenită spre examinare, în conținutul proiectului nu au fost identificați factori de risc și riscuri de corupție (Raport repetat de expertiză anticorupție nr. EHG22/8246 din 06.10.2022)	

Director general

Ion DODON