



EFRIM ROȘCA ASOCIAȚII

Analiza juridică a prevederii art. 12 alin.(3) lit. g) din Legea nr.1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, în partea ce vizează „... spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate”

Realizată în cadrul proiectului „Monitorizarea repartizării și utilizării banilor din cadrul Fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală din Moldova” implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul financiar al Fundației Soros - Moldova/Departamentul Buna Guvernare. Informațiile și concluziile expuse în această opinie aparțin în exclusivitate autorilor și nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova.



Chișinău 2018

CONTEXT

Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (în continuare – Centrul PAS) a solicitat Biroului asociat de avocați „Efrim, Roșca și asociații” (în continuare - ERA):

Analiza parțială a prevederilor art. 12 alin. (3) lit. g) din Legea nr. 1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, conform căreia Compania Națională de Asigurări în Medicină **este obligată să publice pe pagina sa web oficială, în termen de 5 zile de la data încheierii contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), informația privind numărul și data contractului încheiat cu prestatorul de servicii medicale, privind spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate.**

În speță, opinia urmează să se refere la următorul extras din norma indicată – „...privind spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate”.

Suplimentar, analiza normei se face inclusiv în contextul următoarei informații publicate de CNAM –

<http://www.cnam.md/httpdocs/editorDir/file/doc/2018/Lista%20instituti%C5%A3ilor%20medico-sanitare%20contractate%20de%20CNAM%20%C3%AEn%20anul%202018.pdf>

Or, conform remarcii Centrului PAS, studierea informației publicate pare să lase impresia că, CNAM nu a publicat toată informația după cum se prevede în reglementările sus-menționate.

ERA prezintă analiza sa juridică a extrasului de normă indicat, precum și opinia cu privire la informația publicată de CNAM (conform link-ului indicat mai sus), în special cu privire la caracterul complet și corespunzător legii al acesteia.

I. ASPECTE GENERALE

Normele art. 12 alin. (3) din Legea nr. 1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (în continuare – Legea nr. 1585/1998) reglementează obligațiile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare - CNAM).

Norma de la lit. g) a alin. (3) al art. 12, reprezintă un instrument de asigurare a transparenței în administrarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - FAOAM), întrucât, prin aceasta Legiuitorul a obligat CNAM să publice pe pagina sa web oficială, în termen de 5 zile de la data încheierii contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) următoarele informații:

- 1) informația privind numărul și data contractului încheiat cu prestatorul de servicii medicale;
- 2) spectrul și tipul serviciilor medicale contractate;
- 3) volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate.

În continuare clarificăm care sunt informațiile avute în vedere de legiuitor prin expresiile „spectrul și tipul serviciilor medicale contractate” și „volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate”.

II. SPECTRUL ȘI TIPUL SERVICIILOR MEDICALE CONTRACTATE

Cu referire la *spectrul și tipul serviciilor medicale contractate*, pentru început, menționăm că acestea pot fi doar acele servicii medicale care sunt prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, respectiv, fac parte din *volumul asistenței medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală*.

Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală se elaborează de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și se aprobă de Guvern.

Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, la pct. 3 alineatul întâi, statuează că, CNAM, „până la 31 decembrie al fiecărui an, va încheia cu prestatorii de servicii medicale ce activează în conformitate cu legislația *contracte de acordare a asistenței medicale* (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, în conformitate cu Programul nominalizat și cu Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv”.

Legea nr. 1585/1998 reglementează, la art. 7 alin. (1) că, prestarea de servicii medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, de către instituțiile medico-sanitare, se face în baza contractului de acordare a asistenței medicale (contract de prestare a serviciilor medicale), 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.

Studiind Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1636 din 18 decembrie 2002), observăm că pct. 2.1 și 2.2 din acesta prevăd:

„2.1. Obiect al prezentului Contract îl constituie acordarea asistenței medicale de către Prestator, în volumul și de calitate prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Program unic), normele metodologice de aplicare a acestuia și de prezentul Contract.

2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de _____ lei. Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele la prezentul Contract”

Astfel, dacă pct. 2.1 vorbește despre prestarea serviciilor în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în volumul și calitate prevăzute de Programul unic. Atunci, din pct. 2.2 conchidem că, volumul anual de servicii prestate, oricum este în limita sumei de bani alocate. Respectiv, de la an la an, și suma de bani alocată din FAOM și serviciile prestate sunt diferite.

Contractarea instituțiilor medico-sanitare și stabilirea volumului și spectrului de servicii acoperite anuale din FAOM pentru fiecare dintre acestea se face în baza Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate anual de către Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și CNAM.

Prin urmare, fiecare contract încheiat între CNAM și instituțiile medico-sanitare conține, stabilește, în anexă, volumul serviciilor medicale contractate, reieșind din spectrul de servicii prevăzute de Programul unic, cât și suma alocată pentru acestea. Având în vedere că criteriile de contractare se aplică individualizat pentru fiecare instituție medico-sanitară, deducem că, **și proporțiile/cuquanturile serviciilor medicale contractate sunt diferite de la instituție la instituție – atât ca spectru, cât și ca tipuri.**

Norma de la pct. 2 din Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală¹ „2. Prin volumul asistenței medicale stabilit în Programul unic se înțelege tipurile de asistență medicală și spectrul general al serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.”

Capitolul III al Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală definește exhaustiv *tipurile* de asistență medicală în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Astfel, la pct. 6 din programul unic se statuează:

„6. Programul unic prevede acordarea în cazul maladiilor și stărilor indicate în pct.5 al prezentului Program unic a următoarelor tipuri de asistență și servicii medicale:

- a) urgentă prespitalicească;
- b) primară;
- c) specializată de ambulator, inclusiv stomatologică;
- d) spitalicească;
- e) servicii medicale de înaltă performanță;
- f) îngrijiri medicale la domiciliu.”

Spectrul de servicii medicale caracteristic fiecărui tip de asistență medicală este reglementat în capitolul IV din Programul unic și presupune totalitatea de servicii medicale care se acordă în cadrul fiecărui tip de asistență medicală acordată din contul FAOAM.

Revenind la obligația prevăzută de art. 12 alin. (3) lit. g) din legea nr. 1585/1998, CNAM are obligația să publice pe pagina sa web **atât tipul de asistență medicală contractat pentru fiecare instituție medico-sanitară, cât și spectrul de servicii din cadrul acestor tipuri de asistență medicală contractate.**

Raportându-ne la informația publicată de CNAM pe pagina--web oficială (conform link-ului prezentat de Centrul PAS), observăm că, CNAM a publicat doar tipul de asistență medicală contractat pentru fiecare instituție medico-sanitară, **fără a indica spectrul serviciilor în cadrul acestor tipuri pentru fiecare instituție medico-sanitară.**

O astfel de informație ar putea genera concluzia că **instituția a fost contractată pentru prestarea tuturor serviciilor medicale prevăzute de Programul unic în cadrul fiecărui tip de asistență medicală contractată.** În acest caz, din raționamente ergonomice, enumerarea tuturor serviciilor prevăzute de Programul unic pentru fiecare tip de asistență medicală în informația respectivă nu ar fi fost necesară. O asemenea abordare nu permite a stabili care sunt sumele alocate pentru fiecare servicii din cadrul tipurilor de asistență medicală contractate, **deci nu se poate stabili volumul acestor servicii în cadrul fiecărui tip de asistență medicală.**

¹ Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007.

Totodată, este greu de crezut că aceste servicii medicale contractate sunt prevăzute pentru acordare în mod egal pentru fiecare instituție medico-sanitară contractată; or, fiecare tip de asistență medicală și servicii contractate se face individualizat, în baza Criteriilor anuale de contractare, *conform necesităților populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală*².

Analizând informațiile publicate de instituțiile medico-sanitare referitoare la contractele semnate de acestea cu CNAM, constatăm că, în general, tipurile de asistență medicală contractate din contul FAOM nu cuprind toate serviciile din cadrul unui sau altui tip de asistență medicală așa cum sunt prevăzute de Programul unic. Astfel, spectrul serviciilor contractate de CNAM, pentru a fi prestate de instituțiile medico-sanitare, este diferit de la instituție la instituție și înțelegem că, la baza acestor diferențe stau anume 1) criteriile anuale de contractare, stabilite conform (2) necesităților populației în servicii medicale, raportate la (3) capacitățile sistemului de sănătate, în (4) limita mijloacelor FAOM.

În virtutea celor expuse supra, conchidem că, pentru a asigura un grad obiectiv de transparență și exactitate, urmare a aplicării cu bună-credință și completă a normei juridice – art. 12 alin. (3) lit. g) din Legea nr. 1585/1998 – este justificată enumerarea exhaustivă serviciilor medicale contractate din contul FAOM pentru fiecare tip de asistență medicală, prezentate individual pentru fiecare instituție medico-sanitară contractată.

III. VOLUMUL ȘI MODUL DE VIRARE A MIJLOACELOR FINANCIARE PENTRU SERVICIILE MEDICALE CONTRACTATE

În partea ce se referă la *volumul mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate*, se pare că formularea de la art. 12 alin. (3) lit. g) din Legea nr. 1585/1998 lasă loc de interpretări variate –

„g) să publice pe pagina sa web oficială, în termen de 5 zile de la data încheierii contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), informația privind numărul și data contractului încheiat cu prestatorul de servicii medicale, privind spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate”.

Expresia „volumul ... mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate”, după cum am putut observa este interpretată și aplicată arbitrar de către CNAM. Or, pe de o parte, aceasta poate fi interpretat că vizează volumul total al mijloacelor financiare ce urmează a fi achitate de către CNAM pentru serviciile medicale contractate.

² Pct. 2 sbp. 2) din Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală

Pe de altă parte, însă, în contextul obligației de publicare a spectrului (listei) de servicii contractate, putem considera obiectiv că „volumul ...mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate” **ar presupune publicarea informației referitoare la volumul mijloacelor financiare prevăzut pentru fiecare serviciu medical contractat.**

Această concluzie poate fi justificată și de clauza de la pct. 2.2. din Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală –

„2.2. Suma contractuală anuală este stabilită în mărime de _____ lei. Volumul anual de servicii medicale achitate din fondurile de asigurare obligatorie de asistență medicală este specificat în anexele la prezentul Contract.”.

Conform clauzei citate, volumul anual de servicii medicale achitate din FAOAM este parte a informației referitoare „mijloacele financiare pentru serviciile medicale contractate”. **Deci, aceste date, urmează să fie publicate așa cum sunt ele expuse în anexele la contractul încheiat între CNAM și instituția medico-sanitară respectivă.**

Punem în evidență că, contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, încheiat de CNAM cu instituțiile medico-sanitare contractate **nu conține și nu reprezintă informație cu caracter limitat**. Acest fapt a fost confirmat și susținut și în nota informativă la inițiativa legislativă a deputatului în Parlament prin care, în Legea nr. 1585/1998, au fost incluse obligațiile³ de publicare a informațiilor vizate de prezenta opinie la art. 12 alin. (3):

„Dat fiind faptul că contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nu conțin informații atribuite la secret de stat, informații confidențiale din domeniul afacerilor (secret comercial), informații cu caracter personal, informații ce țin de activitatea operativă și de urmărire penală a organelor de resort, informații ce reflectă rezultatele finale sau intermediare ale unor investigații științifice și tehnice, respectiv, acestea nu cad sub incidența art. 7 din Legea nr. 982/2000 privind accesul la informație - articol ce prevede regimul informațiilor oficiale cu accesibilitate limitată.

*Prin urmare, atât informația privind numărul contractului și data când acesta a fost încheiat, inclusiv spectrul și tipul serviciilor, cât și informația privind volumul mijloacelor financiare stabilite instituțiilor medico-sanitare pentru serviciile medicale prestate persoanelor în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală în contractele de acordare a asistenței medicale - **constituie o informație oficială, care poate fi pusă la***

³ Obligațiile reglementate de:

- art. 12 alin. (3) lit. g) din lege – „g) să publice pe pagina sa web oficială, în termen de 5 zile de la data încheierii contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), informația privind numărul și data contractului încheiat cu prestatorul de servicii medicale, privind spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate.”;

- art. 13 alin. (2) – „(2) Prestatorul de servicii medicale este obligat să publice pe pagina sa web oficială, în termen de 5 zile de la data încheierii contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), informația privind numărul și data contractului încheiat cu asigurătorul, privind spectrul și tipul serviciilor medicale contractate, precum și cea referitoare la volumul și modul de virare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate.”.

dispoziția opiniei publice, inclusiv prin plasarea pe pagina oficială web a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și a prestatorilor de servicii medicale.”.

Concluzionând, în vederea asigurării corespunzătoare a transparenței informației referitoare la volumul mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate, se consideră judicios ca, în informația publicată de CNAM, să se regăsească date privind volumul mijloacelor financiare alocate din contul FAOAM pentru serviciile medicale contractate – per serviciu separat, așa cum sunt prevăzute în contractele încheiate de CNAM cu fiecare instituție medico-sanitară contractată, în speță, așa cum sunt prevăzute de anexele la contract (anexe la care face trimitere directă pct. 2.2. din contract).

În context, pentru a evita interpretări ulterioare tendențioase ale normei legale, se consideră optim de a amenda prevederea, astfel încât să indice foarte exact, în detaliu chiar, informația care se dorește a fi publicată.

Alături de cuantumul mijloacelor financiare stabilite de contract, CNAM trebuie să publice și modul de virare a acestor mijloace fiecărei instituții medico-sanitare contractate. Modurile de virare a mijloacelor financiare de către CNAM sunt reglementate la pct. 4 din Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală⁴, conform căruia:

4.2. Compania achită lunar sau trimestrial, în dependență de mijloacele financiare disponibile Prestatorului serviciile acordate, conform dărilor de seamă și facturilor de plată, dar nu mai mult de volumul prevăzut în prezentul Contract și nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată.

4.4. Pentru tipurile de servicii medicale contractate, pentru care în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzută achitarea în avans, Compania efectuează lunar, în limitele mijloacelor financiare disponibile, pînă la data de 15 a lunii respective, plăți în avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală aferentă acestor servicii.

4.5. În cazul în care suma transferată în avans va depăși suma calculată în baza dărilor de seamă acceptate pentru serviciile prestate, conform prezentului Contract, diferența obținută va fi reținută din contul transferurilor ulterioare sau, după caz, returnată la conturile Companiei.

.....

4.7. Descrierea detaliată a modalității de achitare a serviciilor medicale este prevăzută anual în Criteriile de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală.

Din cele de mai sus, înțelegem că mijloacele financiare se achită pentru serviciile medicale contractate prestate, în general după prestarea lor.

Pentru anumite servicii, Criteriile anuale de contractare a instituțiilor medico-sanitare pot prevedea achitarea în avans.

În toate cazurile sumele se achită fie lunar, fie semestrial.

⁴ Hotărârea Guvernului nr. 1636 din 18 decembrie 2002

În temeiul acestor puncte, conchidem că, informația cu privire la mijloacele financiare achitate de CNAM pentru serviciile medicale contractate ar trebui să fie mult mai detaliată, decât doar suma totală atribuită anual pentru serviciile contractate, pentru a asigura reflectarea, lunară sau semestrială, după prestare sau în avans, a modului de virare a acestor mijloace financiare și cuantumurile lor pentru fiecare situație aparte.

Analizând informația publicată de CNAM pe pagina-web oficială (conform link-ului prezentat de Centrul PAS) se constată fără echivoc că, **din acea informație lipsesc datele cu privire la modul de achitare a mijloacelor financiare pentru serviciile medicale contractate, mod care trebuie să fie prevăzut de contractele încheiate de CNAM cu instituțiile medico-sanitare contractate.**

B.A.A. „Efrim, Roșca și Asociații”