

RAPORT

**de evaluare ex-post de impact a Legii
r.1585/1998 cu privire la asigurarea
obligatorie de asistență medicală și a Legii
nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și
termenele de achitare a primelor de asigurare
obligatorie de asistență medicală**



Acest raport apare în cadrul proiectului "Monitorul Sănătății pentru o bună guvernare în RM" implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) cu suportul financiar al Fundației Soros-Moldova/Departamentul Sănătate Publică. Centrul PAS aduce mulțumiri conferențiarului universitar Mircea Buga pentru realizarea raportului. Informațiile prezentate nu sunt împărtășite neapărat de Fundația Soros-Moldova.

RAPORT

**de evaluare ex-post de impact a Legii
r.1585/1998 cu privire la asigurarea
obligatorie de asistență medicală și a Legii
nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și
termenele de achitare a primelor de asigurare
obligatorie de asistență medicală**

Cuprins

Lista abrevierilor.....	5
I. Sumar executiv.....	6
2.1. Scopul evaluării.....	7
2.2. Obiectivele evaluării.....	7
III. Metodologie.....	8
IV. Informații generale despre actele evaluate.....	9
4.1. Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.....	9
4.1.1. Scopul și obiectivele Legii nr.1585/1998.....	9
4.1.2. Data intrării în vigoare a Legii nr.1585/1998.....	9
4.1.3. Autoritățile implementatoare și modul de implementare ale Legii nr.1585/1998.....	10
4.1.4. Beneficiarii Legii nr.1585/1998.....	11
4.2. Legea nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală.....	13
4.2.1. Scopul și obiectivele Legii nr.1593/2002.....	13
4.2.2. Data intrării în vigoare a Legii nr.1593/2002.....	13
4.2.3. Autoritățile implementatoare și modul de implementare ale Legii nr.1593/2002.....	14
4.2.4. Beneficiarii Legii nr.1593/2002.....	15
4.3. Cadrul legal aferent legilor evaluate.....	16
4.3.1. Decrete ale Președintelui Republicii Moldova.....	16
4.3.2. Strategii, concepții, politici.....	16
4.3.3. Legi de modificare și aferente legilor evaluate.....	21
4.4. Sesizări la Curtea Constituțională.....	39
4.5. Acte normative aprobate întru implementarea legilor evaluate.....	43
4.5.1. Hotărârile Guvernului Republicii Moldova.....	44
4.5.2. Alte acte normative (ordine).....	48
V. Descrierea evaluării.....	51
5.1. Metode și tehnici de evaluare aplicate.....	51
5.2. Descrierea întrebărilor și dimensiunilor pe care le abordează evaluarea.....	51
5.3. Consultarea.....	51
5.4. Analiza datelor și informațiilor colectate.....	52
5.4.1. Aspecte legislative în implementarea legilor evaluate.....	52
5.4.2. Impactul legilor evaluate asupra acoperirii universale cu servicii de sănătate ...	59

5.4.3. Aspecte privind inegalitățile și respectarea drepturilor omului	81
5.4.4. Opiniile beneficiarilor de servicii medicale în baza Legii nr.1585/1998.....	85
și Legii nr.1593/2002 (studiul calitativ)	85
VI. Concluzii	91
VII. Recomandări.....	97
Anexe la Raport	101
Anexa nr.1. Lista Hotărârilor Guvernului Republicii Moldova.....	101
Anexa nr.2. Lista actelor normative (ordine)	103
Anexa nr.3. Lista figurilor, tabelelor și casetelor.....	107

Lista abrevierilor

AMP	asistența medicală primară
AMS	asistența medicală spitalicească
AMSA	asistența medicală specializată de ambulatoriu
AMU	asistența medicală urgentă prespitalicească
ANSP	Agencia Națională pentru Sănătate Publică
AOAM	asigurare obligatorie de asistență medicală
APL	administrația publică locală
AUSS	acoperire universală cu servicii de sănătate
BPN	bugetul public național
CC	Codul Contravențional
CF	Codul Fiscal
CMF	Centrul Medicilor de Familie
CNAM	Compania Națională de Asigurări în Medicină
CP	Codul Penal
CS	Centru de Sănătate
DCI	denumire comună internațională (a medicamentului)
IMSP	Instituție Medico-Sanitară Publică
ÎMD	îngrijiri medicale la domiciliu
ÎP	îngrijiri paliative
HG	Hotărâre de Guvern
MA	Ministerul Apărării
MAI	Ministerul Afacerilor Interne
MC	medicamente compensate
MF	Ministerul Finanțelor
MS	Ministerul Sănătății
MSMPS	Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale
MSPS	Ministerul Sănătății și Protecției Sociale
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
PNS	Politica Națională de Sănătate (2007-2021)
PU	Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
RM	Republica Moldova
SCERS	Strategia de creștere economică și reducere a sărăciei
SFS	Serviciul Fiscal de Stat
SIP	servicii de înaltă performanță
SIS	Serviciul de Informații și Securitate
SND	Strategia Națională de Dezvoltare
UAT	unitate administrativ-teritorială
UE	Uniunea Europeană
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

I. Sumar executiv

Raportul de evaluare ex-post de impact a Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002 a fost pregătit în contextul proiectului „Monitorul sănătății pentru buna guvernare în Republica Moldova (2021)”, implementat de Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate, fiind utilizată metodologia de evaluare ex-post privind implementarea actelor normative, aprobată prin Hotărârea Biroului Permanent al Parlamentului Republicii Moldova nr.3 din 3.02.2021. Ca un fir roșu, este urmărit impactul legilor evaluate asupra acoperirii universale a beneficiarilor cu servicii de sănătate.

Raportul prezintă informații detaliate despre legile evaluate, autoritățile implementatoare și beneficiari, cu accent pe persoanele asigurate, drepturile obligațiile acestora, precum și responsabilitatea CNAM față de apărarea intereselor persoanelor asigurate. Este analizat minuțios cadrul normativ aferent legilor evaluate: strategii, legi de modificare și complementare, acte normative ale Guvernului, ministerelor și CNAM, sesizările la Curtea Constituțională. Sunt descrise cronologic modificările operate și reglementările noi aprobate, cu evidențierea aspectelor ce se încadrează în dezvoltarea sistemului de AOAM, precum și a lacunelor și a aspectelor problematice depistate.

Impactul legilor evaluate asupra acoperirii universale cu servicii de sănătate este analizat prin prisma celor 3 dimensiuni: acoperirea cu asigurare, pachetul de servicii și fondurile disponibile. S-a dovedit că mecanismele de finanțare, instituite prin implementarea Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002, facilitează tranziția către acoperirea universală cu servicii de sănătate, consolidând sistemul de finanțare în domeniu și limitând riscurile financiare pentru populație în caz de îmbolnăvire. Sunt menționate și punctele slabe ale tranziției, în ce privește acoperirea cu AOAM, cheltuielile publice și private pentru sănătate, pachetul de servicii medicale și farmaceutice. Se face referință la ODD-urile monitorizate în Republica Moldova.

Un capitol aparte a fost consacrat inegalităților din sistemul de AOAM, protecției drepturilor și obligațiilor persoanelor asigurate. Au fost redată în context și opiniile beneficiarilor de servicii, participanți la studiul calitativ, care își expun percepțiile despre asigurarea obligatorie de asistență medicală, serviciile de care pot beneficia în baza statutului de persoană asigurată, drepturile și obligațiile persoanelor asigurate medical, precum și despre protecția financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății.

În baza celor analizate, atât din punct de vedere cantitativ cât și calitativ, au fost formulate concluziile la raport, care remarcă, printre altele, schimbările pozitive apărute grație modificării cardinale a modelului de finanțare, bazat pe asigurarea medicală obligatorie, existent în majoritatea statelor europene, sunt enumerate progresele și aspectele problematice pe calea atingerii acoperirii universale cu servicii de sănătate, inclusiv din punct de vedere al beneficiarilor, confirmându-se legătură cauzală directă între aceste constatări ale impactului și implementarea legilor evaluate.

Recomandările formulate în raport acoperă un spectru larg de propuneri și sugestii, menite să aducă îmbunătățiri legislației cu tangență la AOAM, din punct de vedere al guvernării sistemului, prioritizării sănătății în cheltuielile publice, respectării principiilor de funcționare a AOAM, contribuiri la apărarea drepturilor persoanelor asigurate, îmbunătățirii accesului și calității serviciilor, descurajării plăților informale, înlăturării unor neajunsuri și controverse din legile evaluate și cele complementare, aprobării de noi reglementări.

II. Scopul și obiectivele

2.1. Scopul evaluării

Scopul evaluării este efectuarea unei analize ex-post de impact a două legi de bază pentru sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală din Republica Moldova – *Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală* și *Legea nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală*, prin stabilirea gradului de implementare a obiectivelor prevăzute în legile supuse evaluării, evidențierea rezultatelor obținute pentru beneficiari și sistemul de sănătate în general, inclusiv prin prisma serviciilor centrate pe persoană și atingerii dezideratului de acoperire universală cu servicii de sănătate.

2.2. Obiectivele evaluării

Conform pct.2.6.9 din Metodologia de evaluare ex-post privind implementarea actelor normative, aprobată prin Hotărârea Biroului Permanent al Parlamentului Republicii Moldova nr.3 din 3.02.2021, obiectivele evaluării ex-post de impact sunt:

- identificarea gradului de executare (de acțiune) a actului normativ;
- examinarea impactului juridic, politic, social, economic etc. al actului normativ;
- identificarea faptului adoptării și aplicării cadrului juridic secundar;
- examinarea dacă legislația primară și cea secundară sunt puse în aplicare în modul cel mai eficient;
- stabilirea dacă scopul și obiectivele actului normativ au fost realizate ori sunt în proces de realizare;
- evaluarea eficienței actului normativ din punctul de vedere al resurselor materiale, financiare și umane, inclusiv a consecințelor reglementării (costurile și beneficiile);
- stabilirea dacă sunt necesare alte măsuri pentru a îmbunătăți situația;
- examinarea dacă actul normativ a avut consecințe neprevăzute economice, sociale sau de altă natură;
- stabilirea dacă există dificultăți în procesul de implementare a actului normativ;
- identificarea cauzelor care generează inaplicabilitatea actului normativ;
- examinarea dacă actul normativ a fost supus controlului de constituționalitate;
- examinarea impactului actului normativ prin prisma principiilor nediscriminării și egalității;
- stabilirea dacă actul legislativ mai este necesar;
- examinarea necesității de a modifica actul normativ sau cadrul normativ secundar.

Pe lângă obiectivele de mai sus, valabile și în cazul prezentului raport, un obiectiv al evaluării este stabilirea impactului legilor evaluate asupra acoperirii universale cu servicii de sănătate a beneficiarilor, din perspectiva pachetului de servicii garantate, acoperirii cu asigurare obligatorie de asistență medicală și protecției financiare centrate pe beneficiari.

III. Metodologie

La elaborarea prezentului raport de evaluare ex-post de impact au fost utilizate metode mixte de cercetare care integrează atât colectarea și analiza datelor cantitative, cât și a celor calitative.

S-au folosit metode cantitative la raportarea datelor statistice (financiare, economice, de sănătate etc.), precum și la analiza în dinamică a indicatorilor disponibili ce caracterizează sănătatea populației, acoperirea universală cu servicii de sănătate și impactul asigurărilor obligatorii de asistență medicală asupra eficacității și eficienței sistemului de sănătate. S-a atras atenție și gradului de atingere a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă (ODD) ce reflectă acoperirea universală cu servicii de sănătate, asumați de Republica Moldova în contextul adoptării Agendei de dezvoltare durabilă 2030.

Drept resurse naționale de date au servit: statisticile dezagregate ale Biroului Național de Statistică (BNS), statisticile Ministerului Sănătății (MS), Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (ANSP), ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM), rapoarte publicate de autorități publice, cercetări științifice, rapoarte și analize ale organizațiilor necomerciale etc.

Datele primare obținute au fost, de asemenea, comparate sau completate cu date din surse internaționale (inclusiv estimări de la Observatorul Global al Organizației Mondiale a Sănătății, din baza de date a indicatorilor ODD, date statistice și rapoarte ale agențiilor ONU, Băncii Mondiale, etc). A fost pregătită o analiză a tendințelor privind sănătatea și indicatorii cu tangență la sănătate, pentru a evidenția evoluțiile de perspectivă.

Pentru aspectul calitativ al evaluării, informațiile au fost colectate și analizate prin:

- revizuire a literaturii și analiză a documentelor de politici și programe strategice naționale legate de sănătate și bunăstare, a legislației naționale, în contextul implementării legilor evaluate. De asemenea, actele normative naționale aprobate au fost studiate pentru a evalua măsura în care corespund obiectivelor strategice ale Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002 pentru o abordare integrată a impactului scontat;
- consultări desfășurate cu experți naționali pentru a identifica domeniile de progres și lacunele percepute de ei în implementarea legilor evaluate, în special prin prisma impactului asupra beneficiarilor și acoperii universale cu servicii de sănătate;
- integrarea rezultatelor studiului calitativ efectuat în cadrul proiectului de pregătire a prezentului raport și altor studii relevante pentru domeniul de evaluare.

Studiul sociologic calitativ¹, realizat în contextul aceluiași proiect, a avut drept scop cercetarea cunoștințelor, opiniilor, atitudinilor și experiențelor beneficiarilor de servicii medicale în baza asigurării obligatorii de asistență medicală. Cercetarea s-a desfășurat prin intermediul a 3 focus-grupuri cu participarea a 28 respondenți: a) persoane care au maladii cronice; b) persoane asigurate, angajate și care se asigură în mod individual; c) persoane asigurate de stat. Discuțiile de grup s-au desfășurat în perioada 18-19 decembrie 2021.

¹ Studiu calitativ: Cunoștințe, opinii și experiențe privind accesul la serviciile medicale ale persoanelor asigurate. CBS Research, Centrul PAS, cu suportul Fundației Soros-Moldova. Chișinău, 2022 <https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/367>

IV. Informații generale despre actele evaluate

În cadrul prezentului raport au fost evaluate două acte normative definitorii pentru sistemul de AOAM – Legea nr.1585/1998 și Legea nr.1593/2002, respectiv informațiile redată în continuare vor fi divizate și examinate, în unele situații, separat pentru fiecare lege.

4.1. Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

4.1.1. Scopul și obiectivele Legii nr.1585/1998

Legea nr.1585/1998 are *scopul* stabilirii cadrului legislativ general pentru instituirea și funcționarea sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală (AOAM), ca un nou mecanism de finanțare a domeniului sănătății, în vederea apărării intereselor populației pentru obținerea asistenței medicale oportune și calitative.

Printre *obiectivele* Legii nr.1585/1998 se numără: reglementarea principiilor de organizare a AOAM, definirea noțiunilor de bază și a statutului subiecților AOAM (asigurătorului, asiguratului, persoanelor asigurate, prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice), a drepturilor și obligațiilor subiecților AOAM, a relațiilor dintre asigurător și prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, a pachetului garantat de servicii medicale (Programul unic al AOAM), precum și aspectele financiare ale funcționării AOAM.

Acest act legislativ schimbă radical principiile de organizare și finanțare a sistemului ocrotirii sănătății, prin substituirea mecanismului centralizat de bugetare planificată, moștenit din perioada sovietică, cu un nou model de finanțare bazat pe asigurarea medicală obligatorie, existent în majoritatea statelor europene. Sistemul AOAM, conform legii evaluate, reprezintă un sistem autonom, garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a maladiilor sau afecțiunilor.

4.1.2. Data intrării în vigoare a Legii nr.1585/1998

Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală a intrat în vigoare odată cu publicarea ei în Monitorul Oficial al Republicii Moldova din *30 aprilie 1998*, nr.38-39, art.280².

Totodată, la art.21 din capitolul V „Dispoziții finale și tranzitorii” a fost prevăzută punerea în aplicare a legii pe etape: I etapă - anul 1998 - cuprindea pregătirea cadrului normativ necesar pentru realizarea Programului unic al AOAM, efectuându-se concomitent asigurări facultative de sănătate. Asigurării obligatorii de asistență medicală, la această etapă, urmau să fie supuși numai cetățenii străini și apatrizii aflați în Republica Moldova; II etapă - din 1999 - aplicarea integrală a legii.

Prevederile art.22 din lege au obligat Guvernul, în termen de 3 luni: să prezinte Parlamentului propuneri pentru aducerea legislației în concordanță cu Legea 1585/1998; să aducă propriile acte normative în concordanță cu această lege; să aprobe Programul unic al AOAM și Regulamentul cu privire la modul de achitare a primelor de asigurare și mărimile acestora; să aprobe statutul, structura, schema de încadrare și plafonul cheltuielilor

² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128122&lang=ro)

administrative ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (CNAM); să aprobe Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor AOAM.

Trebuie menționat că nicio prevedere din capitolul V „Dispoziții finale și tranzitorii” (art.21 și 22) nu a fost realizată în termen, aplicarea de facto a Legii nr.1585/1998 începând la 1 iulie 2003, prin pilotarea noului sistem de AOAM în raionul Hâncești, iar integral, la nivel național, de la 1 ianuarie 2004.

În prezent, Legea nr.1585/1998 *continuă să fie implementată* și este necesară pentru buna funcționare a sistemului ocrotirii sănătății din Republica Moldova, în special din punct de vedere financiar, în interesul beneficiarilor acestui sistem.

4.1.3. Autoritățile implementatoare și modul de implementare ale Legii nr.1585/1998

Implementarea Legii nr.1585/1998 este pusă, în primul rând, în sarcina Guvernului în ansamblul său, precum și a autorităților și instituțiilor publice aparte.

Guvernul, conform Legii nr.136/2017 cu privire la Guvern³, este autoritatea publică care reprezintă și exercită puterea executivă în stat, având, printre altele, următoarele funcții de bază: de organizare și planificare strategică, prin care se asigură elaborarea și aprobarea documentelor de politici; de reglementare, prin care se asigură elaborarea și aprobarea cadrului normativ și instituțional necesar executării legilor; de administrare a proprietății și finanțelor publice etc.

Compania Națională de Asigurări în Medicină conform legii evaluate (art.12 alin.(1)) este o „organizație de stat autonomă, inclusiv cu autonomie financiară, nonprofit”, subordonată Guvernului, obligată „să realizeze [...] asigurarea obligatorie de asistență medicală a cetățenilor Republicii Moldova și a străinilor prevăzuți de prezenta lege” (art.12 alin.(3)). Pentru aceasta CNAM exercită atribuțiile ce țin de: gestionarea fondurilor AOAM; evidența persoanelor fizice în sistemul AOAM și a primelor de AOAM; contractarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice; evaluarea și monitorizarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice contractați. CNAM dispune și de o rețea teritorială de agenții cu statut de filială (art.4 alin.(7)).

Ministerul Sănătății, conform HG nr.148/2021⁴ cu privire la organizarea și funcționarea MS, este organul central de specialitate al administrației publice care asigură realizarea politicii guvernamentale în domeniul ocrotirii sănătății. Printre funcțiile ministerului se numără: elaborarea documentelor de politici, proiectelor de acte normative în domeniul ocrotirii sănătății; elaborarea, aprobarea și implementarea strategiilor sectoriale de cheltuieli, prezentarea propunerilor pentru elaborarea cadrului bugetar pe termen mediu, elaborarea propunerilor de buget în domeniul ocrotirii sănătății; coordonarea activității autorităților administrative din subordine și a instituțiilor publice în care MS deține calitatea de fondator.

Alte ministere și autorități au de asemenea un rol în implementarea Legii nr.1585/1998. În special e vorba de ministerele și autoritățile fondatoare de instituții medico-sanitare publice (Ministerul Apărării, Ministerul Afacerilor Interne, Serviciul de Informații și Securitate, autoritățile publice locale), în calitate de prestatori de servicii medicale în sistemul AOAM, precum și de Ministerul Finanțelor cu rol special în elaborarea politicilor în domeniul

³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=99995&lang=ro#

⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=127624&lang=ro)

finanțelor publice, cu impact asupra mărimii primelor de asigurare, transferurilor din buget către fondurile de AOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate sau transferurilor cu destinații speciale, aprobarea modelelor de formulare și rapoarte statistice etc.

Trebuie menționat și rolul instituțiilor responsabile de ținerea evidenței nominale a categoriilor de persoane asigurate de Guvern, conform art.4 alin.(9) din legea evaluată (*Caseta nr.1*).

Caseta nr.1. Instituții abilitate cu evidența nominală a categoriilor de persoane asigurate de către Guvern

- a) instituțiile de învățământ – pentru elevii și studenții cu vârsta de la 18 ani;
- b) prestatorii de asistență medicală primară – pentru gravidele, parturientele și lăuzele;
- c) Casa Națională de Asigurări Sociale – pentru persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii; pensionari și persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă cu vârsta de până la 18 ani;
- d) autoritățile administrației publice locale – pentru persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă cu vârsta de la 18 ani și persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social;
- e) Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă – pentru șomerii înregistrați;
- f) Biroul migrație și azil – pentru beneficiarii de protecție internațională incluși într-un program de integrare;
- g) Agenția de Transplant – pentru donatorii de organe în viață;
- g¹) organele administrativ-militare teritoriale – pentru veteranii de război și participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl;
- h) alte instituții abilitate, în cazurile prevăzute de actele normative în vigoare.

În plus la aceste instituții abilitate, CNAM, prin derogare de la prevederile art.4 alin.(4) și (9), din Legea nr.1595/1988 acordă/suspendă statutul de persoană asigurată în baza informației din Registrul de stat al populației – pentru copiii cu vârsta de până la 18 ani, precum și în baza cererii și documentelor confirmative – pentru părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani; pentru elevii și studenții care își fac studiile peste hotarele țării; pentru pensionarii care beneficiază de pensie din partea altui stat.

Un rol esențial în implementarea Legii nr.1585/1998 îl au *prestatorii de servicii medicale și farmaceutice*, indiferent de tipul de proprietate și formă juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația și acordă asistența medicală și farmaceutică în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală (art.13 alin.(1)). Prestatorii publici de servicii medicale sunt instituțiile medico-sanitare publice și autoritățile/instituțiile bugetare. Conform Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995⁵, instituția medico-sanitară publică se instituie prin decizie a Ministerului Sănătății sau a autorității administrației publice locale, în baza nomenclatorului prestatorilor de servicii medicale aprobat minister. Instituția medico-sanitară publică departamentală se instituie prin decizie a autorității centrale de specialitate.

4.1.4. Beneficiarii Legii nr.1585/1998

Beneficiarii de bază ai implementării legii evaluate sunt *persoanele asigurate*, adică persoanele fizice angajate în câmpul muncii sau neangajate, care au achitat sau în folosul

⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova
(https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128014&lang=ro#)

căroră au fost achitate primele de AOAM conform legislației în vigoare. Acestora li este asigurat riscul, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistență medicală și farmaceutică, prevăzută în Programul unic al AOAM.

Asigurarea obligatorie de asistență medicală a persoanelor angajate se efectuează în prezent din contul mijloacelor salariaților (9% din salariu sau alte recompense) sau din contul sumelor repartizate din impozitul unic achitat de rezidenții parcurilor pentru tehnologia informației conform Legii nr.77/2016.

Conform art.4 alin.(4) din legea evaluată, mai multe categorii de persoane neangajate sunt asigurate de Guvern, prin transferul din bugetul de stat către CNAM a mijloacelor financiare aprobate anual. Lista acestor categorii a fost completată și modificată pe parcursul anilor, în prezent fiind incluse 14 categorii (*Caseta nr.2*).

Caseta nr.2. Categoriile de persoane asigurate de stat

- 1) copiii cu vârsta de până la 18 ani;
- 2) elevii și studenții încadrați în sistemul de învățământ la nivelurile 3–8, conform art.12 din Codul educației al Republicii Moldova, cu frecvență, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- 3) gravidele, parturientele și lăuzele;
- 4) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;
- 5) pensionarii;
- 6) șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;
- 7) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- 8) părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani;
- 9) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133/2008 cu privire la ajutorul social;
- 10) beneficiarii de protecție internațională incluși într-un program de integrare;
- 11) donatorii de organe în viață;
- 12) veteranii de război;
- 13) participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl;
- 14) persoanele ce au atins vârsta standard de pensionare, conform legislației naționale, dar beneficiază de pensie din partea altui stat.

Alte persoane neangajate, decât cele menționate în *Caseta nr.2*, au obligația de a se asigura în mod individual pentru a putea beneficia de asistență medicală, acordată în cadrul AOAM.

Persoane asigurate pot fi și străinii. La art.9 din legea evaluată este stipulat că străinii încadrați în muncă în Republica Moldova în baza unui contract individual de muncă, străinii titulari ai dreptului de ședere permanentă în Republica Moldova, precum și beneficiarii de protecție internațională au aceleași drepturi și obligații în domeniul AOAM ca și cetățenii Republicii Moldova. Iar străinii, căroră li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova pentru reîntregirea familiei, pentru studii, pentru activități umanitare, de voluntariat sau religioase, au obligația de a se asigura în mod individual.

De efectele Legii nr.1585/1988 pot beneficia, într-o anumită măsură, și *persoanele neasigurate*, obținând un pachet limitat de servicii de sănătate, în cazurile specificate expres în legislație (art.20 alin.(2) lit.b)-g) di Legea nr.411/1995 și art.5 alin.(4) din legea nr.1585/1998).

Altă categorie de beneficiari ai Legii nr.1585/1998 o reprezintă *prestatorii de servicii medicale și farmaceutice*. Prestatorii de servicii medicale din sistemul AOAM sunt prestatorii de servicii medicale publici și privați care au încheiat contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) cu CNAM (art.4 alin.(8) din lege). Cât privește prestatorii de servicii farmaceutice, aceștia sunt prestatorii de servicii farmaceutice publici și privați care au încheiat cu asiguratorul un contract privind eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile AOAM (art.4 alin.(8¹) din legea evaluată).

Un beneficiar al legii este și *Compania Națională de Asigurări în Medicină*, în calitatea sa de unic asigurator în sistemul AOAM din Republica Moldova. De implementarea legii depinde funcționarea și organizarea CNAM ca entitate juridică, dar și activitatea persoanelor angajate în aparatul central și în agențiile teritoriale. În contextul prevederilor Legii nr.1585/1998 și altor acte normative aferente, CNAM își poate realiza cu succes scopurile statutare.

Implementarea Legii nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală aduce *beneficii pentru întreaga societate*. Legea facilitează ameliorarea sănătății populației, ceea ce are un impact favorabil asupra dezvoltării economice și prosperării sociale. Sporirea eficienței sistemului de sănătate, la rândul său, contribuie la creșterea productivității muncii, a incluziunii sociale și diminuează nivelul de sărăcie, datorită impactului pozitiv al reducerii morbidității, mortalității premature și creșterii speranței de viață sănătoasă.

4.2. Legea nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală

4.2.1. Scopul și obiectivele Legii nr.1593/2002

Adoptarea Legii nr.1593/2002 a avut *scopul* de a complementa cadrul legal necesar pentru funcționarea sistemului AOAM, ce vizează una din funcțiile esențiale în cadrul asigurării medicale obligatorii – colectarea fondurilor necesare pentru acoperirea pachetului garantat de servicii medicale pentru beneficiari (persoanele asigurate). Legea nr.1585/1998 prevede la art.17 alin.(7) că mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare se stabilesc prin lege, reieșind din complexitatea și importanța economică, fiscală și socială a reglementărilor preconizate.

Legea nr.1593/2002 a fost adoptată având ca *obiectiv* stabilirea cadrului juridic pentru determinarea mărimii, modului și termenelor de achitare a primelor de AOAM în fondurile de asigurări gestionate de CNAM. Au fost reglementate baza de calcul și modul de stabilire a primelor de AOAM, categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și a celor în sumă fixă, modul de achitare a primelor de AOAM, termenele de achitare, evidența și controlul, responsabilitatea plătitorilor primelor de AOAM.

4.2.2. Data intrării în vigoare a Legii nr.1593/2002

Legea nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală a fost publicată în Monitorul Oficial al Republicii

Moldova din 8 februarie 2003, nr.18-19, art.57⁶. La art.33 din capitolul VII „Dispoziții finale și tranzitorii” s-a menționat că legea intră în vigoare la *1 iulie 2003*.

Data intrării în vigoare a legii este legată nemijlocit de pilotarea noului sistem de AOAM în raionul Hâncești, pe o perioadă de 6 luni, începând cu 1 iulie 2003.

Legea *continuă să fie implementată* și în prezent, prevederile incluse în ea fiind necesare pentru atingerea obiectivelor de bază ale Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală prin acumularea fondurilor necesare pentru asigurarea medicală obligatorie.

4.2.3. Autoritățile implementatoare și modul de implementare ale Legii nr.1593/2002

Ca și în cazul Legii nr.1585/1998, implementarea Legii nr.1593/2002 este pusă, în principal, în sarcina Guvernului, CNAM, ministerelor și altor autorități publice.

Compania Națională de Asigurări în Medicină este autoritatea implementatoare de bază, fiind responsabilă de constituirea și gestionarea conform legii a fondurilor de AOAM (art.1). De asemenea, CNAM este menționată expres în Legea nr.1593/2002 și în alte cazuri:

- fiind obligată să transfere primele de AOAM, alături de alte entități, în modul și termenul prevăzut (art.12);
- să țină evidența corectitudinii virării în termen a primelor de AOAM în sumă fixă și să aplice penalitățile și sancțiunile contravenționale conform prevederilor Codului contravențional (art.17 alin.(1¹));
- să înregistreze în calitate de plătitor unitățile și persoanele fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat (art.24);
- să nu folosească mijloacele prevăzute pentru AOAM în alte scopuri decât cele stabilite de lege (art.28).

Ministerul Sănătății, fiind organul central de specialitate al administrației publice care asigură realizarea politicii guvernamentale în domeniul ocrotirii sănătății, este prevăzut expres la art.5 din lege în calitate de responsabil de *calcularea mărimii primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală*, care urmează ulterior să fie aprobate prin legea anuală a fondurilor AOAM.

Ministerul Finanțelor, conform Regulamentului aprobat prin HG nr.696/2017⁷, are misiunea de realizare a managementului finanțelor publice, realizându-și funcțiile în domeniile: finanțe publice, impozite și taxe, contabilitate și raportare în sistemul bugetar, salarizarea în sectorul bugetar etc., multe dintre acestea având conexiuni directe cu domeniul de aplicare a Legii nr.1593/2002 (fondurile publice de AOAM). Prin legea evaluată, Ministerul Finanțelor este responsabil de:

- virarea la contul CNAM a transferurilor (subvențiilor), calculate ca prime de AOAM pentru categoriile de persoane prevăzute la art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, în cuantumul stabilit în bugetul de stat (art.14);

⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=16493&lang=ro)

⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=121803&lang=ro)

- aprobarea modelului dării de seamă privind calcularea impozitului pe venit, a contribuțiilor de asigurări sociale de stat obligatorii și a primelor de AOAM (art.20 alin.(6) și art.26);
- virarea la contul CNAM a transferurilor (subvențiilor) în rate egale pentru fiecare lună a anului bugetar, nu mai târziu decât data de 27 a fiecărei luni de gestiune (art.21).

În afară de acestea, alți subiecți, asupra cărora își extinde acțiunea legea, sunt menționați expres la art.2 al legii (*Caseta nr.3*). Toți aceștia au calitatea de plătitori ai primelor de AOAM, fiind obligați să le achite în modul și în termenele prevăzute de legea evaluată (la Cap.IV și V), precum și să exercite alte responsabilități conform legii (Cap.VI).

Caseta nr.3. Acțiunea Legii nr.1593/2002

Legea își extinde acțiunea asupra autorităților administrației publice centrale și locale, întreprinderilor, instituțiilor, organizațiilor (în continuare unități), indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, asupra persoanelor fizice, inclusiv celor care desfășoară activitate de întreprinzător, asupra mediatorilor, notarilor, avocaților, executorilor judecătorești, experților judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, interpreților și traducătorilor, administratorilor autorizați, asupra persoanelor care exercită independent profesiunea de medic în una dintre formele de organizare a activității profesionale prevăzute de Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, asupra angajaților, asupra străinilor prevăzuți la art.4 alin.(4) lit. o) și la art. 9 din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Categoriile de plătitori sunt divizate în cei care achită prime de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense (Anexa nr.1 la Legea nr.1593/2002) și cei care achită contribuțiile în sumă fixă (Anexa nr.2 la legea evaluată).

4.2.4. Beneficiarii Legii nr.1593/2002

De prevederile legii beneficiază:

- *plătitorii de prime de AOAM* (a se vedea *Caseta nr.3*), pentru care legea prevede reglementări corespunzătoare în vederea exercitării drepturilor și îndeplinirii obligațiilor în cadrul sistemului de AOAM;
- *Compania Națională de Asigurări în Medicină*, care prin rezultatul acțiunii legii poate acumula resurse financiare necesare pentru constituirea fondurilor de AOAM și ulterior să le gestioneze în interesul persoanelor asigurate; de asemenea, poate realiza activitățile de evidență a plătitorilor în sumă fixă și de aplicare în privința acestora a penalităților și sancțiunilor financiare, după caz;
- *angajații*, care, urmare a achitării primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, obțin statutul de persoană asigurată și pot beneficia de întreg pachetul garantat de servicii medicale și farmaceutice;
- *Serviciul Fiscal de Stat*, care, asemenea CNAM dar în domeniul său de competență, poate realiza activitățile de evidență a plătitorilor în mărime procentuală și de aplicare în privința acestora a penalităților și sancțiunilor financiare, după caz.

4.3. Cadrul legal aferent legilor evaluate

4.3.1. Decrete ale Președintelui Republicii Moldova

După cum a fost menționat mai sus, Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală urma să fie aplicată chiar din anul intrării ei în vigoare (1998), Guvernul fiind obligat să prezinte, în termen de 3 luni (până la sfârșitul lunii iulie), propuneri Parlamentului pentru aducerea legislației în concordanță cu noua lege și să aprobe o serie de acte normative întru executarea legii. Tergiversările admise au condiționat aprobarea în august 1998 de către Președintele țării a unui decret special.

*Decretul nr.738 din 24.08.1998 pentru urgentarea punerii în aplicare a Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*⁸ a stabilit că promovarea și aprofundarea reformelor în sistemul ocrotirii sănătății și asigurarea sănătății populației constituie obiective prioritare ale politicii sociale a statului. De aceea, s-a solicitat Guvernului să adopte, până la 1 octombrie 1998, cadrul normativ necesar punerii în aplicare a Legii nr.1585/1998.

Din păcate, instabilitatea politică și criza economică din acea perioadă (sfârșitul anilor 90) au influențat negativ punerea în aplicare imediată a noului sistem de finanțare în sănătate.

4.3.2. Strategii, concepții, politici

Mai multe documente strategice, aprobate de Parlament sau Guvern, s-au preocupat, într-un mod mai desfășurat sau mai restrâns, de subiectul necesității implementării și dezvoltării sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală, precum și de acoperirea universală cu servicii de sănătate.

*Concepția reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economice noi pentru anii 1997-2003*⁹, aprobată prin Hotărârea Guvernului (HG) nr.668/1997, a prevăzut pași cardinali în reformarea sistemului de sănătate pe mai multe dimensiuni: modificări organizaționale și structurale (reformarea asistenței medicale primare, reformarea spitalelor) și modificări în finanțarea sistemului. Au fost stabilite direcțiile strategice în domeniul reformării finanțării și administrării sistemului sănătății: organizarea și implementarea asigurării asistenței medicale, care este „un model eficient al administrării și finanțării sistemului curativ, capabil de a asigura o utilizare rațională a resurselor și protejarea pacienților”.

În Concepție au fost definite principiile de bază caracteristice pentru asigurarea obligatorie de asistență medicală în Republica Moldova:

- asigurarea de asistență medicală, care constituie un program de stat obligatoriu pentru fiecare agent și cetățean ce va adera la acest sistem;
- finanțarea sistemului din bugetele de stat și locale, contribuțiile salariaților și patronatului. Persoanele ce practică munca individuală vor achita taxele aparte;
- crearea fondurilor de asigurare pentru prestarea serviciilor incluse în programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală. Aceste fonduri vor încheia contracte cu medici, spitale, alte instituții care vor acorda asistență medicală celor asigurați;

⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=17580&lang=ro)

⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=50555&lang=ro#)

- înțelegerea tripartită (Guvern, Patronat, Sindicate) la constituirea fondurilor de asigurare. Rolul și proporțiile contribuțiilor fiecărui sector va fi modificat pe parcurs; în primul rând, el va prevedea extinderea pachetului de servicii asigurate;
- descentralizarea finanțării sistemului curativ, bazată pe relații economice și contractuale dintre diferite structuri, prin delegarea funcțiilor și a luării deciziilor la nivel republican și teritorial. Aceasta va asigura o distribuire mai eficientă a resurselor;
- sporirea treptată a cheltuielilor globale din produsul intern brut pentru sistemul sănătății adecvat necesităților;
- aprobarea unui mecanism pentru circulația completă și la timp a fondurilor;
- modificarea principiilor de finanțare a instituțiilor curative (trecerea de la modelele tradiționale de finanțare, conform numărului de paturi în staționare și vizite în policlinică, la finanțarea pe cap de locuitor; la distribuirea mijloacelor); transferarea serviciilor curative paralele, administrate de către alte ministere și departamente, sub administrarea MS și finanțarea acestora din fondul unic al sistemului asistenței medicale, cu excepția instituțiilor medicale din cadrul armatei și organelor de justiție;
- finanțarea stabilă din bugetul de stat pentru acoperirea necesităților grupurilor socialmente vulnerabile, programelor prioritare și cu destinație specială în domeniul prevenirii și profilaxiei maladiilor.

Pentru anii 1997-1998, pe lângă multiple alte acțiuni, s-a solicitat Ministerul Sănătății, în colaborare cu alte ministere și departamente interesate, de „a crea cadrul legislativ și mecanismele necesare pentru realizarea asigurărilor de asistență medicală obligatorie”. Iar pentru anii următori (1999-2003) Guvernul a prevăzut că „va fi introdusă asigurarea de asistență medicală obligatorie”, în conformitate cu legislația elaborată la etapa precedentă.

Trebuie remarcat că, în Legea nr.1585/1998, au fost incluse majoritatea principiilor definite în această Concepție, caracteristice pentru AOAM.

*Strategia preliminară de reducere a sărăciei (2001-2003)*¹⁰, aprobată prin HG nr.1337/2000, a subliniat problemele cu care se confrunta sectorul sănătății la sfârșitul anilor 90, printre care „reducerea enormă a alocațiilor bugetare (doar 2,9% din PIB în 1999 față de 6,0% în 1997), înregistrându-se un declin esențial în ceea ce privește speranța de viață și o creștere considerabilă a numărului de persoane afectate de diverse maladii”.

Deși Legea nr.1585/1998 era deja în vigoare, strategia nu menționează expres despre AOAM ca un deziderat strategic. Totuși, anumite măsuri propuse sunt în concordanță cu necesitatea reformei sistemului de finanțare, cum ar fi: „optimizarea alocării resurselor prin asigurarea repartizării echitabile și a eficienței lor”; „stimularea autonomiei financiare a sectorului prestator de servicii medicale, îndeosebi a spitalelor”. Pe termen scurt, Guvernul a definit destul de sumar reforma ocrotirii sănătății prin următoarele: garantarea și transparența accesului la minimul de asistență medicală; modernizarea serviciilor medicale și a celor de urgență; eficientizarea capacităților instituționale ale sferei ocrotirii sănătății, inclusiv prin reducerea capacităților excesive; elaborarea unor strategii de combatere și prevenire a tuberculozei și infecțiilor HIV/SIDA.

¹⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=45182&lang=ro#)

În *Strategia de dezvoltare social-economică a Republicii Moldova pe termen mediu (până în anul 2005)*¹¹, aprobată prin HG nr.1415/2001, noul Guvern revine la „constituirea infrastructurii de asigurări obligatorii în domeniul sănătății și elaborarea mecanismului de implementare a acestuia prin asigurările obligatorii de asistență medicală”.

La scurt timp, prin HG nr.524/2002, Guvernul aprobă o versiune actualizată a *Strategiei preliminare de reducere a sărăciei*¹², unde constată aceeași problemă a perioadei de tranziție –reducerea enormă a alocațiilor bugetare, care în 2000 constituiau doar 3% din PIB față de 6% în 1997. Pe lângă obiectivele variantei anterioare (din 2000), este inclus expres obiectivul „introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală”. Iar, pe termen scurt, în contextul reformei ocrotirii sănătății, Guvernul și-a propus „crearea unui cadru legislativ și a unei baze financiare necesare pentru introducerea asigurării obligatorii de asistență medicală”.

*Strategia de Creștere Economică și Reducere a Sărăciei (SCERS, 2004-2006)*¹³, aprobată prin Legea nr.398/2004, vine în contextul implementării de la 1 ianuarie 2004 a sistemului AOAM la nivel național. În SCERS se recunoaște că, în scopul ameliorării situației, au fost întreprinse măsuri de restructurare conform Concepției pentru anii 1997-2003, aprobate de Guvern, inclusiv sporirea eficienței utilizării în domeniul ocrotirii sănătății a resurselor financiare, umane și materiale prin raționalizarea continuă a sectorului spitalicesc și implementarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală pentru menținerea stabilității financiare.

Pentru perioada de referință (2004-2006) SCERS a prevăzut, printre altele, menținerea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală la nivelul de 4%, dar, în același timp, creșterea costului pachetului de servicii medicale acordate prin intermediul asigurărilor obligatorii de asistență medicală și lărgirea categoriilor de persoane asigurate de către stat.

S-a stipulat că, pe termen lung, în procesul de implementare a sistemului de AOAM, va fi acordată o atenție deosebită mobilizării resurselor financiare suficiente pentru extinderea accesului celor săraci la serviciile medicale. Se presupunea că trecerea la medicina asigurată va soluționa parțial problema finanțării domeniului sănătății, va stimula îmbunătățirea calității serviciilor medicale, va spori accesul la serviciile medicale al cetățenilor cu venituri mici.

*Politica Națională de Sănătate (PNS)*¹⁴, aprobată prin HG nr.886/2007, reprezintă un ansamblu de priorități și direcții de dezvoltare în domeniul sănătății, stabilite prin decizie politică, pe termen de 15 ani (2007-2021), în scopul fortificării sănătății populației și reducerii inechităților dintre diferitele grupuri sociale și regiuni ale țării. PNS a fost structurată reieșind din funcțiile de bază ale sistemelor de sănătate definite de OMS: dirijare, finanțare, prestarea serviciilor și generarea de resurse. Cât privește finanțarea, PNS a menționat, printre altele:

- Finanțarea sistemului de sănătate se va realiza prin repartizarea echitabilă a resurselor, evitarea falimentării financiare a familiilor în caz de boală, mobilizarea stabilă și prognozată a resurselor, precum și prin respectarea solidarității în acumularea resurselor.

¹¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=75272&lang=ro#)

¹² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=31568&lang=ro#)

¹³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=70682&lang=ro#)

¹⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=31870&lang=ro#)

- Acumularea resurselor pentru sănătate va fi realizată prin diversificarea surselor de finanțare, sporirea echității contribuțiilor, diminuarea gradului de fragmentare a fondurilor de asigurare. Vor fi implementate mecanisme îmbunătățite de acumulare, reglementare și control al fluxurilor financiare în cadrul fondurilor AOAM.
- Distribuirea echitabilă a resurselor financiare pe tipuri de servicii va fi efectuată în funcție de necesitățile populației și performanțele prestatorului. Va fi asigurat un grad înalt de transparență în distribuirea resurselor financiare prin informarea populației asupra drepturilor și obligațiilor în cadrul pachetului de servicii oferit.
- Micșorarea poverii de cheltuieli pentru serviciile medicale din bugetele familiilor și reducerea barierelor financiare de acces la asistența medicală necesară vor fi posibile și prin diversificarea formelor de asigurare medicală.

*Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*¹⁵, aprobată prin HG nr.1471/2007, detaliază prioritățile expuse în PNS și vine cu un plan de acțiuni complex.

În Strategie se subliniază că AOAM, introduse la 1 ianuarie 2004, au făcut asistența medicală mai accesibilă sub aspect financiar, iar, prin protecția financiară oferită de asigurările de sănătate, sistemul sanitar a devenit mai receptiv la necesitățile populației. A crescut, în raport cu situația de până la această reformă de esență, și satisfacția populației față de serviciile de sănătate ce i se oferă. Către anul 2006 nivelul de finanțare de la buget a sporit până la 4,8% din PIB și cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor au ajuns la cel mai înalt nivel pentru perioada de la declararea independenței (circa 50 dolari SUA).

În același timp, Strategia constată că AOAM nu a reușit să includă printre contribuabili și populația de vârstă aptă de muncă autoangajată. Deși acumulările în bugetul consolidat pentru sănătate au sporit esențial, cheltuielile totale efectuate pentru sănătatea fiecărui locuitor sunt mult sub nivelul țărilor vecine. Pe fondul acestei situații s-a profilat o problemă gravă – managementul deficient al sistemului și instituțiilor medico-sanitare publice, care este cauza principală a eficienței scăzute a utilizării fondurilor formate din contribuțiile populației. Este relativ mare povara contribuțiilor alocate din bugetul de stat în fondul AOAM pentru un spectru larg de categorii, fără a se ține cont de veniturile reale ale acestora.

La capitolul finanțare, strategia a prevăzut o serie de obiective:

- majorarea fondurilor de AOAM nu mai puțin decât nivelul inflației prognozat anual;
- identificarea categoriilor de populație care nu contribuie la fond și elaborarea mecanismelor de includere în asigurare a acestora (motivare/constrângere pentru cei care nu plătesc, identificarea categoriilor care trebuie să fie asigurate de stat, reexaminarea categoriilor de persoane socialmente vulnerabile și care necesită a fi excluse din sistem);
- reevaluarea veniturilor ca bază de calcul al contribuției la AOAM și perfecționarea mecanismelor de achitare a contribuțiilor în funcție de veniturile reale;
- majorarea treptată a contribuției procentuale până la atingerea cotei care să asigure pachetul de servicii medicale așteptat de populație, dar să completeze și fondurile necesare pentru acoperirea acestui pachet;
- elaborarea cadrului normativ necesar prin trecerea treptată de la contribuția sub formă de sumă fixă la contribuția calculată sub forma de cotă procentuală raportată la venituri;

¹⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=23357&lang=ro#)

- elaborarea și aplicarea unor metode diferențiate de calculare și achitare a primelor de asigurare raportate la pragul de sărăcie sau la alte criterii similare;
- creșterea finanțării pentru medicamente compensate și perfecționarea mecanismului de alocare a fondurilor pentru medicamentele compensate.
- sporirea nivelului de informare a populației privind dreptul la serviciile, incluse în PU.

*Strategia națională de dezvoltare (SND) (pe anii 2008-2011)*¹⁶, aprobată prin Legea nr.295/2007, a fost primul document strategic de o astfel de anvergură. În domeniul sănătății s-a pus accent pe sporirea accesului și calității serviciilor medicale.

A fost prevăzută sporirea calității serviciilor de sănătate prin „optimizarea infrastructurii și utilizarea eficientă a resurselor, prin îmbunătățirea managementului unităților medico-sanitare și prin alocarea resurselor economisite pentru investiții în tehnologii cost-eficace, pentru procurarea de echipament și pentru îmbunătățirea competenței profesionale”.

Cât privește creșterea accesului la serviciile de sănătate, s-a pus accent pe utilizarea la eficiență maximă a resurselor financiare și prin ridicarea gradului de cuprindere a populației în sistemul de asigurări medicale obligatorii. De asemenea, a fost ținută seama de sporirea echității în finanțarea serviciilor de sănătate și a protecției populației împotriva riscului financiar, dar și creșterea transparenței în alocarea și utilizarea resurselor financiare.

*Strategia națională de dezvoltare „Moldova 2020”*¹⁷, aprobată prin Legea nr.166/2012, este focalizată pe 7 priorități de dezvoltare, printre care nu se regăsește domeniul sănătății, menționându-se în mod general că „sănătatea a fost identificată ca una din problemele critice care conduce la reducerea forței de muncă și a productivității muncii, iar soluționarea acestora este posibilă prin includerea aspectelor de sănătate în toate prioritățile de dezvoltare pe termen lung”. Astfel, sănătatea este abordată doar tangențial în contextul altor priorități. De exemplu, construcția de drumuri și planificarea urbană și rurală vor fi coordonate cu planificarea instituțiilor medicale, în contextul „reformei sectorului spitalicesc și restructurării rețelei de spitale publice în baza Planului Național General al Spitalelor” sau pentru „trecerea la o acoperire universală și accesul la o asistență primară eficientă, în calitate de cel mai apropiat furnizor de îngrijiri acordate individului și de bună calitate”.

Iar la domeniul mediului de afaceri se menționează că „implementarea reformelor în domeniul reglementării și administrării în sănătate pot ameliora optimal productivitatea și eficiența”.

Ultima versiune a proiectului *Strategiei naționale de dezvoltare „Moldova 2030”* a fost aprobată prin HG nr.377/2020, fiind transmisă spre examinare în Parlament¹⁸. Proiectul, elaborat cu suportul partenerilor de dezvoltare, menționează o serie de probleme în domeniul sănătății: Republica Moldova este printre ultimele țări din Europa la capitolul ponderii cheltuielilor publice din totalul cheltuielilor pentru sănătate; indicatorul plăților din mijloace proprii se situează în jurul valorii de 48% din totalul cheltuielilor pentru

¹⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=50481&lang=ro#)

¹⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=48696&lang=ro#)

¹⁸ Proiectul de lege pentru aprobarea Strategiei naționale de dezvoltare „Moldova 2030”. Parlamentul Republicii Moldova (<http://www.parlament.md/LegislationDocument.aspx?Id=8759776f-1da3-47ce-8a9a-393e1cae3c2f>)

sănătate; plățile neformale reprezintă o problemă majoră; accesibilitatea serviciilor medicale rămâne o problemă etc.

Scopul strategic formulat în proiect este ca „politicile și intervențiile în domeniul sănătății să pună în primul rând accent pe promovarea unui mod de viață sănătos și activ și pe profilaxia, prevenirea, diagnosticarea de calitate și intervenția timpurie și continuă, diminuând inechitățile în sănătate, în special în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate în mediul rural și acoperirea cu asigurări medicale”.

Printre obiectivele specifice din proiectul strategiei naționale este evidențiată și „acoperirea universală cu servicii de sănătate ce asigură acces echitabil la servicii calitative și protecție față de riscurile financiare potențial asociate cu beneficierea de aceste servicii”. Au fost formulate mai multe ținte pentru a fi atinse, corelate cu Agenda de dezvoltare durabilă 2030.

De menționat că Planul de acțiuni al Guvernului pentru anul 2022¹⁹ prevede elaborarea și aprobarea Strategiei naționale de sănătate 2022-2031. *Strategia de dezvoltare instituțională a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină*, a fost aprobată de Consiliul de Administrație al CNAM în noiembrie 2012 (pentru 5 ani, 2013-2017), ulterior fiind actualizată anual pentru următorii 5 ani. Ultima actualizare a fost operată în decembrie 2015 pentru perioada 2016-2020²⁰. Strategia reprezintă documentul principal de planificare managerială și strategică a activității instituției pe termen mediu și determină obiectivele de dezvoltare ale CNAM – gestionar al sistemului AOAM, stabilind măsuri și acțiuni prioritare. În baza analizei externe și interne a CNAM sunt formulate patru teme strategice:

- asigurarea protecției drepturilor persoanelor asigurate;
- asigurarea accesului și îmbunătățirea calității serviciilor medicale;
- asigurarea dezvoltării durabile a FAOAM și creșterea acoperirii populației cu AOAM;
- CNAM – instituție eficientă.

Pentru fiecare temă strategică au fost stabilite acțiuni pentru a fi realizate și indicatori de monitorizare, rezultatele fiind expuse în rapoartele anuale de activitate ale CNAM.

4.3.3. Legi de modificare și aferente legilor evaluate

De la momentul intrării în vigoare și până în prezent, legile evaluate (Legea nr.1585/1998 și Legea nr.1593/2002) au fost modificate de zeci de ori de către Parlament și, de asemenea, au fost aprobate și alte legi aferente scopului și obiectivelor legilor evaluate.

4.3.3.1. Legi de modificare a Legii nr.1585/1998

Până la implementarea de la 1 ianuarie 2004 a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală la nivel național, a fost necesară aprobarea unor noi reglementări, modificarea cadrului legal existent în vederea înlăturării unor prevederi învechite, lacune, precum și ajustarea la realitățile noi apărute.

*Legea nr.173/2003 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*²¹ a operat următoarele modificări în legea *Legea nr.1585/1998*: au fost precizate unele categorii de persoane asigurate de Guvern (studenți cu frecvența la zi) și de APL (elevi); s-a prevăzut coordonarea de către fondatorul instituției medicale (MS sau APL) a contractului încheiat cu

¹⁹ Hotărârea Guvernului nr. 235 din 13.10.2021 cu privire la aprobarea Planului de acțiuni al Guvernului pentru anii 2021-2022

²⁰ CNAM, pagina Web oficială (http://cnam.md/editorDir/file/strategii_de_dezvoltare/SDI_2016-2020_ro.pdf)

²¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=108133&lang=ro)

CNAM. Totodată, în contextul pregătirii de implementare a sistemului AOAM, au fost modificate: *Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995* (trecerea de la principiul gratuității asistenței medicale în instituțiile medicale de stat la garanțiile acordate de AOAM; prevederea libertății alegerii medicului de familie; trecerea IMSP de la finanțarea bugetară la finanțarea de bază din fondurile AOAM; schimbarea statutului IMSP din instituții bugetare în instituții la autofinanțare, non-profit; modificarea dreptului persoanei la asistență medicală gratuită în dreptul obținerii asistenței medicale în sistemul AOAM); *Legea nr.491/1999 privind finanțele publice locale* (reglementări noi privind asigurarea de către APL a unor categorii și privind finanțarea instituțiilor medicale din subordine); *Codul fiscal nr.1055/2000* (scutirea de impozitul pe bunuri imobiliare a IMSP finanțate din fondurile AOAM).

*Legea 264/2003 cu privire la implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală și la constituirea fondurilor de asigurări obligatorii de asistență medicală pe anul 2003*²² a stabilit cadrul juridic pentru implementarea treptată a AOAM, la prima etapă în raionul Hâncești, începând cu 1 iulie 2003, pe un termen de 6 luni. Au fost aprobate în premieră primele de asigurare: în mărime procentuală de 2% (pentru angajatori, angajați, notari și avocați) și în sumă fixă de 169,68 lei pentru asigurarea persoanelor neangajate respective de către APC și APL și pentru cei ei care se asigură în mod individual. Fondul AOAM a fost aprobat în mărime de 14 615,5 mii lei.

*Legea nr.333/2003 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*²³ a adus modificări de ordin tehnic la Legea nr.1585/1998, în partea ce ține de autoritatea responsabilă pentru eliberarea licenței pentru efectuarea asigurării facultative de sănătate (Camera de Licențiere).

*Legea nr.430/2003 pentru modificarea și completarea unor acte normative*²⁴ a exclus calitatea de asigurat a APL pentru categoriile de persoane neangajate, rămânând doar Guvernul în calitate de asigurat; lista categoriilor de persoane neangajate pentru care Guvernul are calitatea de asigurat a fost completată cu două categorii noi: copiii neîncadrați la învățătură pînă la împlinirea vârstei de 18 ani și elevii din învățământul mediu de specialitate (colegii) cu frecvența la zi, iar pentru șomeri a fost inclusă condiția de a fi înregistrați oficial. A fost modificată corespunzător și *Legea nr.1593/2002*.

În procesul de pilotare a sistemului AOAM în raionul Hâncești au fost identificate mai multe probleme care necesitau soluționare legislativă. Astfel, *Legea nr.549/2003 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*²⁵ a venit cu o serie de modificări importante în acest sens la legea evaluată, printre care:

- CNAM a fost definită ca organizație de stat autonomă, inclusiv cu autonomie financiară, nonprofit, care se înființează de Guvern;
- pentru persoanele neangajate, care nu sunt asigurate de Guvern, calitatea de asigurat și de plătitor al primelor de AOAM o au ele înseși;
- persoanele asigurate pot fi doar cetățenii în interesul cărora au fost plătite prime de AOAM în termenul stabilit de legislație;

²² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=27895&lang=ro)

²³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=107973&lang=ro)

²⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=107564&lang=ro)

²⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=27528&lang=ro#)

- s-au expus detaliat obligațiile contractuale ale asiguratului și asigurătorului în baza contractului de AOAM;
- s-a inclus obligația asigurătorului să achite costul asistenței medicale acordate în baza contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale);
- s-a stabilit obligația asiguratului să prezinte asigurătorului listele de evidență nominală a persoanelor asigurate și modificările survenite, în termen stabilit;
- dreptul CNAM de a cere și de la asigurat, responsabil pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanei asigurate, recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale;
- s-au precizat prevederile referitor la modalitatea de stabilire a mărimii primei de AOAM în formă de sumă fixă și în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte forme de retribuire a muncii, la onorarii;
- s-a stabilit dreptul asigurătorului să achite în avans pentru prestarea serviciilor.

Tot prin legea menționată (nr.549/2003) a fost modificat *Codul cu privire la contravențiile administrative nr.47/1985*, fiind descrise componentele contravențiilor pentru nerespectarea prevederilor legale din domeniul AOAM, mărimile amenzilor și modalitatea de stabilire a acestora, precum și modificat *Codul fiscal nr.1055/2000* (scutirea CNAM de impozitul pe bunuri imobiliare).

*Legea nr.577/2003 pentru modificarea, completarea și abrogarea unor acte legislative*²⁶ a aprobat o serie de prevederi cardinale pentru viitorul AOAM. În *Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995* au fost detaliate garanțiile constituționale în acordarea minimului asistenței medicale gratuite cetățenilor.

O serie de servicii (asistența medicală la etapa prespitalicească, în caz de urgențe medico-chirurgicale majore, și asistența medicală primară acordată de către medicul de familie care cuprinde examenul clinic (subiectiv și obiectiv), cu recomandarea investigațiilor și tratamentului) au fost garantate pentru toți cetățenii, indiferent de statutul lor în sistemul AOAM, ceea ce reprezintă un pas important în direcția *acoperirii universale cu servicii de sănătate*. Aceste servicii pentru neasigurați s-a prevăzut să fie acoperite din fondul de rezervă al CNAM, fiind completată Legea nr.1585/1998. În context a fost abrogată *Legea nr.267-XIV din 3 februarie 1999 privind minimul de asistență medicală gratuită, garantat de stat* care în mare parte nu se realiza și contravinea principiilor AOAM.

După 1 ianuarie 2004 și începutul implementării AOAM la nivel național, în legea evaluată (nr.1585/1998) s-a intervenit, de asemenea, în mod repetat:

*Legea nr.161/2004*²⁷ modifică art.4 din *Legea nr. 1585/1998* și anexa nr.1 la *Legea nr.1593/2002*, completând lista categoriilor de persoane neangajate pentru care Guvernul are calitatea de asigurat cu alte două: rezidenții învățământului postuniversitar obligatoriu și gravide, parturiente și lăuze.

*Legea nr.268/2006 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*²⁸ a exclus din *Legea nr.1585/1998* prevederea referitor la impozitarea subiecților asigurării obligatorii de asistență medicală, prevederile respective regăsindu-se în alte legi speciale. Tot în legea evaluată a fost modificată formula de calcul a primelor de AOAM și inclusă prevederea prin

²⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=2665&lang=ro)

²⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=12467&lang=ro)

²⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=107412&lang=ro)

care mărimea primei se stabilește anual în legea fondurilor AOAM. În *Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995* s-au extins garanțiile pentru toți de cetățenii în caz de urgențe medico-chirurgicale, adăugându-se la asistența medicală urgentă prespitalicească și nivelurile de asistență medicală primară, de tip ambulator sau staționar, în limita mijloacelor fondurilor AOAM și ale bugetului de stat. Iar în *Legea nr.1593/2002* s-a dat o nouă definiție noțiunii de „primă de AOAM”, s-a modificat modalitatea de calculare și aprobare a mărimii primelor și formula de calcul a sumei transferurilor din bugetul de stat în fondurile AOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate (o cotă procentuală din totalul cheltuielilor de bază aprobate ale bugetului de stat nu mai mică decât 12,1%).

*Legea nr.400/2006 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*²⁹ a modificat în legea evaluată condițiile de încadrare în sistemul AOAM a cetățenilor străini și apatrizilor, fiind incluși doar cei cu domiciliul permanent în Republica Moldova.

*Legea nr.409/2006 pentru completarea unor acte legislative*³⁰ a mai inclus în *Legea nr.1585/1998* două categorii de persoane asigurate din contul statului: persoanele care îngrijesc la domiciliu un copil invalid cu severitatea I sau un invalid din copilărie de gradul I ținut la pat cu vârsta de până la 18 ani și mamele cu șapte și mai mulți copii. Corespunzător, a fost completată și anexa nr.1 din *Legea nr.1593/2002*.

*Legea nr.280/2007 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*³¹ a revăzut în ambele legi evaluate modul și termenul de informare a asiguratorului de către asigurat despre schimbările survenite în listele sale de evidență a persoanelor asigurate (până la data de 7 a lunii următoare celei în care a avut loc concedierea).

*Legea nr.286/2007 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*³² a modificat în *Legea nr.1585/1998* următoarele:

- având în vedere că primele AOAM reprezintă o contribuție obligatorie, au fost excluse prevederile referitoare la contractul de asigurare și precizate prevederile despre polița de asigurare ca document ce confirmă statutul de persoană asigurată;
- a fost inclusă lista instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova să țină evidența nominală a categoriilor de persoane asigurate de Guvern;
- a fost inclusă condiția obligatorie pentru persoana asigurată de a fi înregistrată la un medic de familie și dreptul să aleagă orice medic de familie;
- a fost inclusă obligația CNAM de a verifica gestionarea de către prestatorii de servicii medicale a mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM și obligația prestatorilor de servicii medicale de a răspunde, în conformitate cu legislația și cu clauzele contractului, pentru gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM;
- a fost inclusă prevederea prin care CNAM constituie fondurile AOAM nu doar din contul mijloacelor obținute din primele de AOAM, ci din toate mijloacele acumulate.

Totodată, a fost efectuată modificarea *Legii taxei de stat nr.1216/1992*, CNAM fiind scutită de taxa de stat în acțiunile intentate împotriva persoanelor fizice sau juridice care se eschivează de la achitarea primelor de AOAM; în acțiunile intentate împotriva prestatorilor de servicii

²⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=96953&lang=ro)

³⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=11906&lang=ro)

³¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=78749&lang=ro#

³² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=24451&lang=ro

medicale sau lucrătorilor medicali, în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat sănătății persoanei asigurate din culpa acestora; în acțiunile intentate împotriva persoanelor fizice sau juridice responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanei asigurate și în acțiunile în regres.

*Legea nr.259/2008 pentru modificarea unor acte legislative*³³ a modificat în ambele legi evaluate condițiile de încadrare în sistemul AOAM a cetățenilor străini și apatrizilor, fiind incluși în sistemul AOAM cetățenii străini și apatrizii care au reședință în Republica Moldova, încadrați în muncă în Republica Moldova în baza unui contract individual de muncă.

*Legea nr.22/2009 pentru completarea articolului 4 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*³⁴ a mai inclus o poziție în lista categoriilor de persoane asigurate din contul statului - persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13.06.2008 cu privire la ajutorul social.

*Legea nr.108/2009 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*³⁵, în contextul acoperirii universale cu servicii, inclusiv pentru cei neasigurați, dă o nouă definiție a pachetului garantat pentru aceștia: „În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, pentru asistența medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor AOAM, conform listei stabilite de Ministerul Sănătății”. Acoperirea financiară se va face nu doar din fondul de rezervă, dar din toate fondurile AOAM.

Iar în *Legea nr.1593/2002* s-a exclus obligativitatea respectării termenului limită de virare a transferurilor (subvențiilor) la contul CNAM de către Ministerul Finanțelor.

*Legea nr.127/2010 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*³⁶ modifică pentru asigurat, în *Legea nr.1585/1988*, modul și termenul de înregistrare ca plătitor de prime de AOAM la agenția teritorială a CNAM (în termen de o lună de la data obținerii certificatului de înregistrare, a licenței de notar sau de avocat). Iar în *Legea nr.1593/2002* include în noțiunea de angajator și notarul public, care folosește munca salariată a angajaților.

*Legea nr.186/2010 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*³⁷ a aprobat în legea evaluată următoarele modificări:

- a fost redefinită noțiunea de AOAM, fiind substituit textul „sistem garantat de stat de apărare a intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății” prin textul „sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății”, constituit pe principii de solidaritate. A fost accentuată autonomia sistemului și solidaritatea ca principiu de bază;
- în categoriile de persoane asigurate din contul statului au fost incluși doctoranzii la cursuri de zi și șomerii care beneficiază de ajutor de șomaj, iar limita de vârstă de până la 18 ani a fost exclusă pentru persoanele care îngrijesc la domiciliu un invalid din copilărie de gradul I ținut la pat, precum mamele cu șapte copii au fost substituite cu mamele cu patru copii;

³³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=96954&lang=ro)

³⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=2016&lang=ro)

³⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=23497&lang=ro#)

³⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=4536&lang=ro)

³⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=24072&lang=ro)

- au fost definite cele șapte principii de organizare a sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală (*principiul unicității, principiul egalității, principiul solidarității, principiul obligativității, principiul contributivității, principiul repartiției, principiul autonomiei*);
- au fost modificate și completate condițiile în care se suspendă și încetează acțiunea poliței de asigurare;
- a fost stabilit dreptul CNAM, din contul mijloacelor totale acumulate, de a constitui fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale;
- organizațiile (instituțiile) specializate în îngrijiri la domiciliu și paliative au fost incluse în categoria prestatorilor de servicii medicale, care pot încheia contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) cu CNAM.

Tot prin legea menționată (nr.186/2010) au fost obligați deținătorii de patente să confirme statutul de persoană asigurată la momentul preungirii patentei (modificarea *Legii nr. 93/1998 cu privire la patenta de întreprinzător*) și a fost modificat *Codul contravențional nr.2018/2008*, cu înăsprirea unor sancțiuni, includerea sancțiunilor noi pentru încălcarea de către instituțiile medico-sanitate a regulilor de gestionare a mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM, partajarea unor prerogative între CNAM și SFS.

*Legea nr.37/2012 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*³⁸ a inclus în Legea nr.1595/1998 obligația executorilor judecătorești, în calitate de asigurat, să se înregistreze, ca plătitor de prime de AOAM, la CNAM în termen de o lună de la data obținerii a licenței de executor judecătoresc. Legea nr.1593/2002, de asemenea, și-a extins acțiunea și asupra executorilor judecătorești.

*Legea nr.83/2012 pentru completarea articolului 16 al Legii nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*³⁹ a stabilit modalitatea de repartizare a soldurilor de mijloace bănești constituite în urma executării fondurilor AOAM în anul bugetar precedent (25% - în fondul pentru achitarea serviciilor medicale, 25% - în fondul de rezervă, 50% - în fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale).

*Legea nr.77/2013 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁴⁰ - esența modificărilor în legea evaluată constă în următoarele:

- au fost incluse în categoriile asigurate din contul statului toate persoanele înregistrate oficial în calitate de șomer, indiferent dacă acestea beneficiază sau nu de ajutorul de șomaj. Totodată, Guvernul va avea calitatea de asigurat nu numai pentru persoanele care îngrijesc persoane cu dizabilități de grad sever din copilărie ținându-i la pat, ci pentru toate persoanele care îngrijesc persoane cu dizabilități de grad sever apărute în diferite circumstanțe (din copilărie, afecțiuni generale, boli profesionale) etc. care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- în scopul racordării la prevederile Legii privind integrarea străinilor nr.274/2011, categoriile de persoane asigurate din contul statului au fost completate cu „străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare”;
- străinii și apatrizii încadrați în muncă în Republica Moldova în baza unui contract individual de muncă, cetățenii străini și apatrizii cu drept de ședere permanentă în

³⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=22934&lang=ro

³⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=12365&lang=ro

⁴⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=7571&lang=ro#

Republica Moldova, precum și refugiații și beneficiarii de protecție umanitară beneficiază de aceleași drepturi și obligații în domeniul AOAM ca și cetățenii RM. Totodată, străinii și apatrizii cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova pentru reîntregirea familiei, pentru studii, pentru activități umanitare sau religioase, sunt obligați de a se asigura în mod individual, achitând prima de AOAM sumă fixă;

- a fost modificat termenul de prezentare a listelor de evidență nominală a persoanelor angajate, a fost reglementat termenul de distribuire a polițelor persoanelor angajate;
- a fost introdusă responsabilitatea prestatorilor de servicii medicale pentru neutilizarea conform destinației a mijloacelor financiare obținute din fondurile de AOAM, similare celor prevăzute de art.55 din Legea privind sistemul bugetar și procesul bugetar nr.847/1996;
- a fost eliminată prevederea care stabilea suspendarea acțiunii poliței de AOAM pentru persoanele angajate din cauza neachitării în termen a primelor de asigurare în formă de contribuție procentuală de către angajator. Or, nu trebuie să fie limitat accesul angajatului la asistența medicală atunci când angajatorul nu și-a onorat obligațiunile;
- a fost anulată prevederea prin care contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM încheiat între asigurător și prestatorul de servicii medicale se coordonează cu fondatorul prestatorului.

*Legea nr.141/2013 pentru completarea articolului 4 din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*⁴¹ a extins lista categoriilor de persoane asigurate din contul statului pentru studenții din învățământul superior universitar cu învățământ de zi, rezidenții învățământului postuniversitar obligatoriu și doctoranzii la cursuri de zi care își fac studiile peste hotarele țării.

*Legea nr.324/2013 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁴² acordă în Legea nr.1585/1998 dreptul CNAM să angajeze de la bugetele/să acorde bugetelor gestionate prin Contul Unic Trezorerial, pe bază contractuală, împrumuturi pentru procurarea hârtiilor de valoare de stat sau împrumuturi la condiții identice cu investițiile în hârtiile cu valoare de stat cu scadență în același an bugetar. Iar în *Legea nr.1593/2002* include în tipurile drepturilor și veniturilor la care nu se calculează primele de AOAM plățile aferente cheltuielilor suportate și determinate de angajator pentru transportul, hrana și studiile profesionale ale angajatului.

*Legea nr.54/2014 pentru completarea articolului 16 din Legea nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*⁴³ a inclus următoarele prevederi:

- cota maximă a cheltuielilor prevăzute pentru salarizarea angajaților IMSP încadrate în sistemul AOAM, precum și principiile și criteriile pentru determinarea coeficientului de multiplicare se stabilesc anual prin negocieri între MS, CNAM, sindicatul de ramură;

⁴¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=11821&lang=ro

⁴² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=12342&lang=ro#

⁴³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=21708&lang=ro

- salariul tarifar pentru categoria I de calificare pentru angajații IMSP încadrate în sistemul AOAM se stabilește anual prin legea fondurilor AOAM, în funcție de posibilitățile financiare ale fondurilor.

*Legea nr.124/2015 privind modificarea și completarea unor acte legislative*⁴⁴ acordă dreptul CNAM să înainteze acțiuni în justiție împotriva angajatorilor și persoanelor juridice responsabile pentru gestiunea spațiilor publice închise sau semiînchise de la locurile de muncă, care au admis fumatul, în vederea compensării cheltuielilor legate de tratamentul persoanelor bolnave, a căror îmbolnăvire a fost cauzată de expunerea la fumul de tutun.

*Legea nr.142/2016 pentru modificarea articolului 16 din Legea nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*⁴⁵ a abrogat prevederile aprobate anterior prin Legea 54/2014 (a se vedea supra), cu referire la negocierea tripartită a cotei maxime de cheltuieli pentru salarizarea angajaților IMSP și la stabilirea salariului tarifar pentru categoria I de calificare pentru angajații IMSP prin legea fondurilor AOAM.

*Legea nr.211/2016 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁴⁶ a inclus în Legea nr.1585/1998 obligația mediatorilor, în calitate de asigurat, să se înregistreze, ca plătitor de prime de AOAM, la CNAM în termen de o lună de la data obținerii atestatului de mediator. A fost extinsă corespunzător și acțiunea *Legii nr.1593/2002*.

*Legea nr.80/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁴⁷ acordă dreptul CNAM de a utiliza, în mod gratuit, în procesul ținerii evidenței persoanelor asigurate informația necesară din Registrul de stat al populației și Registrul de stat al unităților de drept.

*Legea nr.101/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁴⁸ a inclus în lista categoriilor de persoane asigurate din contul statului donatorii de organe în viață, a căror evidență nominală este realizată de Agenția de Transplant.

*Legea nr.123/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁴⁹ a adus modificări în mai multe legi, inclusiv în legea evaluată:

- s-a unificat formularul Dării de seamă privind impozitul pe venit, privind primele de AOAM reținute și contribuțiile de asigurări sociale de stat obligatorii calculate, prezentat de angajator SFS;
- angajatorii nu vor mai comunica asigurătorului despre persoanelor angajate în baza listelor de evidență nominală, dar va fi utilizată pentru activarea/dezactivarea polițelor aceași Dare de seamă unică;
- respectiv, s-a anulat dreptul CNAM să verifice respectarea de către angajatori a legislației la includerea angajaților în listele de evidență nominală a persoanelor angajate.

*Legea nr.145/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁵⁰ a operat modificări la Legea nr.1585/1998, în vederea punerii în concordanță cu Legea nr.77/2016 cu privire la parcurile pentru tehnologia informației, prin care sunt incluse prevederi

⁴⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=84382&lang=ro#

⁴⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=93549&lang=ro)

⁴⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=95308&lang=ro)

⁴⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=99253&lang=ro)

⁴⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105608&lang=ro)

⁴⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=99991&lang=ro#)

⁵⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=100200&lang=ro)

referitor la AOAM a angajaților rezidenților parcurilor pentru tehnologia informației, cu includerea primelor de asigurare în impozitul unic conform cap.1 titlul X Cod fiscal.

*Legea nr.247/2017 pentru completarea Legii nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*⁵¹ obligă CNAM și prestatorii de servicii medicale să asigure transparența și să publice pe paginile web oficiale informația privind contractele încheiate.

*Legea nr.288/2017 cu privire la modificarea și completarea unor acte legislative*⁵² a anulat prevederea prin care rezidenții parcurilor pentru tehnologia informației sunt obligați să comunice CNAM despre orice schimbări survenite în listele de evidență nominală a persoanelor asigurate până la data de 7 a lunii următoare celei în care au avut loc schimbările.

*Legea nr.295/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁵³ a substituit funcția de control al CNAM cu funcția de monitorizare a executării contractelor de acordare a asistenței medicale de prestatorii de servicii medicale.

*Legea nr. 316/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁵⁴ a inclus experții judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, interpreții și traducătorii, administratorii autorizați în categoria de plătitori ai primelor de AOAM în sumă fixă, care se asigură în mod individual și care sunt obligați să se înregistreze ca plătitor de prime de AOAM la agenția teritorială a CNAM. Coresponzător s-a modificat și *Legea nr.1593/2002*.

*Legea nr.79/2018 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁵⁵ a introdus o singură modificare în legile evaluate – substituirea sintagmei „Ministerul Sănătății” cu sintagma „Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale”, în contextul reformei Guvernului.

*Legea nr.118/2018 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁵⁶ a introdus în legile evaluate o singură modificare de ordin tehnic (textul „în baza contractelor individuale de muncă” se substituie cu textul „în baza legislației muncii”).

*Legea nr.172/2018 pentru modificarea unor acte legislative*⁵⁷, cu referire la legea evaluată:

- a stipulat că fondurile AOAM fac parte integrantă din bugetul public național (BPN) și se administrează independent de alte bugete componente ale BPN, dar în conformitate cu principiile, regulile și procedurile Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014. A fost exclusă mențiunea că fondurile AOAM nu intră în componența bugetelor și altor fonduri;
- a inclus prevederea prin care mijloacele temporar disponibile ale fondurilor AOAM pot fi plasate în depozite la Banca Națională a Moldovei și/sau în valori mobiliare de stat, anulându-se dreptul CNAM de a angaja de la bugete/să acorde bugetelor gestionate prin Contul Unic Trezorerial, pe bază contractuală, împrumuturi pentru procurarea hârtiilor de valoare de stat sau împrumuturi la condiții identice cu investițiile în hârtiile cu valoare de stat cu scadență în același an bugetar.

⁵¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105627&lang=ro)

⁵² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105654&lang=ro)

⁵³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105657&lang=ro)

⁵⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105671&lang=ro)

⁵⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105456&lang=ro)

⁵⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105482&lang=ro)

⁵⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105528&lang=ro)

Din *Legea nr.1593/2002* a fost exclusă prevederea referitor la prezentarea și aprobarea Raportului anual privind activitatea financiară a CNAM și utilizarea mijloacelor fondurilor AOAM, fiind deja stipulată în *Legea nr.1585/1998*.

*Legea nr. 175/2018 pentru modificarea unor acte legislative*⁵⁸ a stabilit în legea evaluată:

- excluderea poliței pe suport de hârtie pentru confirmarea statutului de persoană asigurată și folosirea în acest scop a înscrierilor despre statut din sistemul informațional;
- redactarea denumirii unor categorii asigurate de Guvern și, respectiv, a listei instituțiilor care țin evidența acestora;
- termenii și condițiile acordării și suspendării statutului de persoană asigurată.

*Legea nr.191/2018 pentru modificarea unor acte legislative*⁵⁹ a reglementat pașii de reformare a asistenței medicale primare, inclusiv prin acordarea dreptului de exercitare independentă a profesiei de medic de familie. Mai multe legi au fost modificate în acest, inclusiv *Legea nr.1585/1998* la capitolul racordării unor noțiuni. A fost extinsă și acțiunea *Legii nr.1593/2002* și asupra persoanelor care exercită independent profesia de medic în una dintre formele de organizare a activității profesionale prevăzute de *Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995*, fiind incluse în categoria de plătitori ai primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense.

*Legea nr.13/2019 pentru modificarea unor acte legislative*⁶⁰ a modificat modelul și termenul de raportare de către angajator pentru categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense către Serviciului Fiscal de Stat, în baza căreia se acordă de către asigurator statutul de persoană asigurată persoanelor angajate.

*Legea nr.36/2020 pentru modificarea articolului 4 din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală*⁶¹, drept urmare a constatărilor Curții Constituționale în partea ce ține de existența unui tratament diferențiat în materie de acordare a dreptului la AOAM din contul statutului în raport cu tații și părinții adoptivi, vine să expună lit.m) din art. 4 alin.(4) al *Legii nr.1585/1998* („m) mame cu patru și mai mulți copii”) în redacție nouă, după cum urmează: „m) părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani”. Această reglementare permite părinților, inclusiv celor ce adoptă copii, în condiții egale să beneficieze de statut de persoană asigurată în sistemul AOAM pe perioada obținerii acestui statut.

*Legea nr.60/2020 privind instituirea unor măsuri de susținere a activității de întreprinzător și modificarea unor acte normative*⁶² a comasat contribuțiile de asigurări medicale (atât a celor datorate de angajator, cât și cele datorate de angajați) la nivel de angajați, iar contribuțiile de asigurări sociale (atât a celor datorate de angajator, cât și cele datorate de angajați) la nivel de angajator, cu scopul declarat de simplificare a procedurii de calcul și achitare a contribuțiilor respective pentru angajator.

⁵⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105532&lang=ro)

⁵⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105547&lang=ro)

⁶⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=112713&lang=ro)

⁶¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=120869&lang=ro)

⁶² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=121284&lang=ro)

*Legea nr.110/2020 pentru modificarea unor acte normative*⁶³ s-a axat, în mare parte, pe reglementarea separată în legea evaluată a serviciilor farmaceutice, din punct de vedere a noțiunilor, definirii prestatorilor de servicii farmaceutice din sistemul AOAM, a contractului privind eliberarea medicamentelor compensate. A fost adăugat un nou principiu de organizare și funcționare a sistemului AOAM: *principiul transparenței*, potrivit căruia fondurile de AOAM se gestionează transparent, prin informarea subiecților AOAM și a persoanelor interesate cu privire la executarea veniturilor și cheltuielilor.

În context, s-a dispus publicarea de către CNAM pe pagina sa web oficială a: contractelor de acordare a asistenței medicale, contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate, rapoartelor trimestriale privind mijloacele financiare achitate pentru medicamentele compensate, deciziile integrale ale Consiliului de administrație, raportului anual privind executarea fondurilor AOAM. Iar prestatorii de servicii medicale și farmaceutice au fost obligați să facă publice contractele de acordare a asistenței medicale, contractele privind eliberarea medicamentelor compensate, deciziile Consiliului de administrație. Pentru nerespectarea acestor cerințe, în *Codul contravențional nr.218/2008* au fost prevăzute sancțiuni.

*Legea nr.138/2020 pentru modificarea unor acte normative*⁶⁴ a completat lista categoriilor de persoane neangajate pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul cu: veteranii de război și participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobîl. Tot prin această lege a fost inclusă prevederea privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul AOAM pentru persoanele ce au atins vârsta standard de pensionare, conform legislației naționale, dar beneficiază de pensie din partea altui stat.

*Legea nr.139/2020 pentru modificarea unor acte normative*⁶⁵ include în legile evaluate prevederea prin care străinii cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova pentru activități de voluntariat au obligația de a se asigura în mod individual, achitând prima în sumă fixă similar cetățenilor Republicii Moldova.

*Legea nr.119/2021 pentru modificarea unor acte normative*⁶⁶ a inclus în legea evaluată:

- posibilitatea compensării dispozitivelor medicale din fondurile AOAM;
- noțiunea de furnizor de medicamente și dispozitive medicale în sistemul AOAM, separat de cea a prestatorului de servicii, precum și noțiunea de contract privind livrarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate către prestatorii de servicii farmaceutice;
- atribuirea CNAM a dreptului să negocieze cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale prețul la medicamentele și/sau dispozitivele medicale compensate, de asemenea să încheie cu aceștia contracte în modul stabilit de Guvern și să verifice respectarea de către furnizori a prevederilor contractelor încheiate.

4.3.3.2. Legi de modificare a Legii nr.1593/2002

*Legea nr.482/2003 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁶⁷ a prevăzut o singură modificare de ordin tehnic (cuvintele "consiliile județene" se substituie prin cuvântul

⁶³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=122215&lang=ro)

⁶⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=124247&lang=ro)

⁶⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=122748&lang=ro)

⁶⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128046&lang=ro)

⁶⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=28838&lang=ro)

"raioane"), în contextul renunțării de către noua guvernare la reforma administrativ-teritorială.

*Legea nr.154/2005 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁶⁸ a modificat termenul de achitare a primei de AOAM în sumă fixă („3 luni” în loc de „10 zile ale primei luni”).

*Legea nr.82/2007 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁶⁹ a revăzut modalitatea și termenii de prezentare organelor fiscale a raportului privind calcularea și transferul primelor de AOAM de către întreprinderi. Tot prin lege a fost atribuită agențiilor teritoriale ale CNAM responsabilitatea pentru evidența și controlul corectitudinii calculării și virării în termen la contul CNAM doar a primelor de AOAM în sumă fixă.

*Legea nr.177/2007 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁷⁰ a modificat în legea evaluată quantumul cheltuielilor bugetare la care se aplică cota de 12,1% pentru transferurile către CNAM din contul bugetului de stat. Din quantum au fost excluse cheltuielile efectuate din veniturile bugetare cu destinație specială.

În același timp, pentru a evita suprapuneri cu noul sistem de AOAM, în *Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995* s-a precizat că copiilor, elevilor și studenților din instituțiile de învățământ, pe lângă asistența medicală acordată în cadrul AOAM, programelor naționale de sănătate și programelor de sănătate cu destinație specială, li se acordă servicii de sănătate suplimentare în instituțiile de învățământ, cu suportarea cheltuielilor din contul bugetelor acestor instituții.

*Legea nr.286/2007 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁷¹ a intervenit la Legea nr.1593/2002 cu următoarele:

- s-a extins acțiunea legii și asupra asupra notarilor și avocaților;
- au fost expuse mai detaliat categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și de plătitori ai primelor în sumă fixă, care se asigură în mod individual;
- au fost modificate regulile și termenele de achitare a primelor de AOAM;
- a fost inclusă posibilitatea de a stabili prin legea anuală a fondurilor de AOAM o reducere a primei în sumă fixă pentru unele categorii de plătitori în cazul în care aceștia achita prima de asigurare în termenul stabilit de legislație;
- a fost exclus Inspectoratul Fiscal Principal de Stat din lista instituțiilor cărora CNAM urmează să prezinte rapoartele privind utilizarea mijloacelor fondurilor AOAM;
- a fost exclusă Anexa nr.1 în care erau indicate Categoriile de persoane neangajate pentru care plătitor al primelor de AOAM este Guvernul. Categoriile respective rămân doar în art.4 alin.(4) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală;
- au fost extinse sancțiunile pentru diminuarea quantumului primei de AOAM sau tăinuirea fondului de retribuire a muncii și altor recompense din care se calculează prime de AOAM.

⁶⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=26958&lang=ro)

⁶⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=25333&lang=ro)

⁷⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=24034&lang=ro)

⁷¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=24451&lang=ro)

*Legea nr.107/2008 cu privire la modificarea și completarea unor acte legislative*⁷² a intervenit cu o singură modificare de ordin tehnic (denumirea MS).

*Legea nr.131/2009 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁷³ a intervenit cu o singură modificare de ordin tehnic (denumirea Codului contravențional).

*Legea nr.186/2010 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁷⁴ a operat următoarele modificări în legea evaluată:

- a fost inclus dreptul Serviciului Fiscal de Stat să perceapă, în modul stabilit pentru executarea silită a obligației fiscale neonorate în termen, primele de AOAM stabilite în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense;
- au fost modificate regulile și termenele de achitare a primelor de AOAM pentru persoanele fizice, în funcție de perioada includerii în sistem ;
- stabilirea unei majorări de întârziere de 0,1% din suma datoriei pentru fiecare zi de întârziere, în cazul neachitării în termen a primelor de AOAM;
- a fost exclusă din categoria de plătitor ai primelor de AOAM în sumă fixă, care se asigură în mod individual, persoanele fizice neangajate, cu domiciliul în Republica Moldova, care sunt proprietari de grădini și loturi pentru legumicultură;
- au fost completate tipurile drepturilor și veniturilor la care nu se calculează primele de AOAM stabilite în formă de contribuție procentuală (alte prestații sociale plătite de la bugetul de stat sau de la bugetele unităților administrativ-teritoriale, stabilite în sistemul de asigurări sociale de stat; indemnizația achitată angajaților de către angajatori în perioada șomajului tehnic; compensațiile și indemnizațiile unice pentru absolvenții instituțiilor de învățământ în primii 3 ani de activitate, acordate conform art. 11 din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/-XIII din 28 martie 1995 și art. 53 alin. (9) din Legea învățământului nr. 547-XIII din 21 iulie 1995).

*Legea nr.48/2011 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁷⁵, prin care a fost stabilită obligativitatea prezentării raportului privind calcularea și transferul primelor de AOAM prin metode automatizate de raportare electronică.

*Legea nr.77/2013 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁷⁶ a inclus în legea evaluată un articol nou care prevede că, persoanele fizice care încalcă termenele de achitare a primelor de AOAM, vor putea să beneficieze de asistență medicală în baza poliței de AOAM după expirarea a 7 zile calendaristice din momentul achitării primei și a penalităților aferente. Practica respectivă a fost preluată din Estonia. Totodată, pentru înaintarea pretențiilor față de persoanele fizice și juridice obligate prin lege să achite primele de AOAM, a fost stabilit termenul de prescripție de 3 ani, analogic art.267 din Codul civil.

*Legea nr.89/2015 cu privire la modificarea și completarea unor acte legislative*⁷⁷ a modificat modalitatea și termenul limită de virare a transferurilor (subvențiilor) la contul CNAM de către Ministerul Finanțelor (nu mai târziu de data de 27 a fiecărei luni de gestiune).

⁷² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=24398&lang=ro)

⁷³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105683&lang=ro#)

⁷⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=24072&lang=ro)

⁷⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=23437&lang=ro#)

⁷⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=7571&lang=ro#)

⁷⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=77453&lang=ro)

*Legea nr.243/2015 pentru modificarea și completarea Legii nr.1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de AOAM*⁷⁸ a stabilit termenul exact de achitare a primelor de AOAM în sumă fixă, până la data de 31 martie a anului de gestiune. Totodată s-a stabilit că, în cazul în care nu se adoptă legea fondurilor AOAM până la 1 ianuarie, se aplică bugetul provizoriu al fondurilor AOAM și prevederile legii fondurilor AOAM pentru anul precedent.

*Legea nr.85/2016 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁷⁹ a inclus în categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense și audienții cursurilor de formare inițială a judecătorilor și a procurorilor.

*Legea nr.201/2016 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁸⁰ a introdus o modificare de ordin tehnic (cuvintele "severe, accentuate ori medii", referitor la persoanele cu dizabilități, au fost excluse).

*Legea nr.123/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁸¹ a modificat în Legea 1593/2002 următoarele:

- s-a exclus anexa nr.3 în care erau descrise tipurile drepturilor și veniturilor la care nu se calculează primele de AOAM, acestea fiind stabilite în Codul fiscal;
- s-a prevăzut că persoanele fizice, incluse la începutul anului de gestiune în una dintre categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în sumă fixă și care confirmă achitarea primei de AOAM în sumă fixă pentru anul respectiv, nu achită prima de AOAM în formă de contribuție procentuală din alte drepturi și venituri obținute pentru perioada respectivă;
- de asemenea, persoanele fizice care, concomitent, fac parte din categoriile de persoane neangajate, asigurate de Guvern (persoanele cu dizabilități și pensionarii) și din categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în sumă fixă (proprietarii de terenuri cu destinație agricolă, fondatorii de întreprinderi individuale, titularii de patentă de întreprinzător) nu vor achita prime de AOAM;
- s-a modificat modelul (dare de seamă privind impozitul pe venit, privind primele de AOAM reținute și contribuțiile de asigurări sociale de stat obligatorii calculate, conform modelului aprobat de MF) și termenii de raportare către Serviciului Fiscal de Stat; etc.

*Legea nr.145/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁸² a adus în concordanță prevederile legii evaluate cu Legea nr.77/2016 cu privire la parcurile pentru tehnologia informației:

- angajatorii rezidenți ai parcurilor pentru tehnologia informației și angajații acestora nu vor achita primele de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu;
- asigurarea medicală a acestor angajați se va realiza din contul sumelor repartizate la fondurile AOAM din încasările impozitului unic achitat de rezidenții parcurilor pentru tehnologia informației;
- pentru alte venituri ale angajaților și/sau ale persoanelor fizice, altele decât cele angajate prin contract individual de muncă, obținute de la rezidenții parcurilor

⁷⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=90180&lang=ro)

⁷⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=94359&lang=ro)

⁸⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=94825&lang=ro)

⁸¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=99991&lang=ro#)

⁸² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=100200&lang=ro)

pentru tehnologia informației, primele de AOAM se vor calcula în modul general stabilit;

- inspectoratele fiscale de stat teritoriale efectuează evidența și controlul corectitudinii calculării și virării în termen la contul CNAM a primelor de AOAM incluse în componența impozitului unic; percep, în modul stabilit pentru executarea silită a obligației fiscale neonorate în termen, primele de AOAM incluse în componența impozitului unic;
- rezidenții parcurilor pentru tehnologia informației poartă răspundere pentru corectitudinea achitării primei de AOAM, conform titlului V din Codul fiscal.

*Legea nr.178/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁸³ a intervenit cu o singură modificare de ordin tehnic (textul "inspectoratele fiscale de stat teritoriale, organele fiscale teritoriale " s-a substituit cu textul "Serviciul Fiscal de Stat ").

*Legea nr.252/2017 pentru modificarea art.9 din Legea nr.1593/2002*⁸⁴ a modificat formula de calcul a sumei transferurilor din bugetul de stat în fondurile AOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care plătitor al primelor de AOAM este Guvernul, reprezentând suma aprobată a transferurilor din bugetul de stat pentru anul precedent, indexată cu indicele prețurilor de consum pentru anul precedent.

*Legea nr.288/2017 cu privire la modificarea și completarea unor acte legislative*⁸⁵ a anulat obligativitatea virării la contul CNAM a primelor de AOAM în cotă procentuală concomitent cu plata salariilor și altor recompense și a inclus termenul de virare în volum deplin până la data de 25 a lunii următoare celei de gestiune și a inclus termen de prescripție extinctivă de 3 ani pentru stingerea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, a penalităților aferente acestora și pentru anularea sumelor plătite în plus înregistrate.

*Legea nr.295/2017 pentru modificarea și completarea unor acte legislative*⁸⁶ a inclus dreptul CNAM de a aplica penalități și sancțiuni contravenționale, conform prevederilor Codului contravențional, ca rezultat a evidenței corectitudinii virării în termen la contul CNAM a primelor de AOAM în sumă fixă.

*Legea nr.175/2018 pentru modificarea unor acte legislative*⁸⁷:

- a substituit în legea evaluată noțiunea de „poliță de asigurare obligatorie de asistență medicală” cu „statutul de persoană asigurată care se acordă de către asigurător”, ca urmare a anulării poliței pe suport de hîrtie;
- a expus mai detaliat modul de calculare a primei de AOAM în sumă fixă pentru persoanele fizice care se includ în una din categoriile de plătitori ai primei de AOAM în sumă fixă, după expirarea termenului stabilit legislație, în scopul reglementării exprese a achitării primei pentru toată perioada rămasă până la sfârșitul anului de gestiune;
- a anulat prevederea prin care întreprinzătorul individual, gospodăria țărănească (de fermier) al căror număr mediu anual de salariați, pe parcursul perioadei fiscale, nu depășește 3 unități și care nu sînt înregistrați ca plătitori de T.V.A. prezintă anual, pînă

⁸³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=101256&lang=ro)

⁸⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105631&lang=ro)

⁸⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105654&lang=ro)

⁸⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105657&lang=ro)

⁸⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105532&lang=ro)

la 31 martie al anului următor anului fiscal de gestiune, o dare de seamă fiscală unificată.

*Legea nr.178/2018 cu privire la modificarea unor acte legislative*⁸⁸:

- a exclus prevederea referitor la obligativitatea băncilor de a elibera mijloace bănești pentru achitarea salariilor concomitent cu virarea pe contul CNAM a primelor de AOAM;
- a stabilit modalitatea de calculare și achitare a primei de AOAM de către angajatorii din domeniul transportului rutier de persoane în regim de taxi, pentru angajații conducători auto (lunar, 1/12 din prima de în sumă fixă, stabilită de legea fondurilor AOAM);
- a stabilit că pentru diminuarea cuantumului primei de AOAM prin neprezentarea sau prezentarea către SFS a unei dări de seamă fiscale cu informații sau date neveridice atrage răspunderea contribuabililor conform titlului V din Codul fiscal, fiind excluse toate prevederile anterioare referitor la tipurile de sancțiuni care puteau fi aplicate.

*Legea nr.302/2018 pentru modificarea unor acte legislative*⁸⁹ e exclus din categoria de plătitori ai primelor de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu persoanele care exercită independent profesiunea de medic și le-a inclus în categoria de plătitori în sumă fixă.

*Legea nr.291/2018 pentru modificarea unor acte legislative*⁹⁰ a completat categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în sumă fixă cu persoanele fizice care desfășoară activități independente în domeniul comerțului cu amănuntul, cu excepția comerțului cu mărfuri supuse accizelor.

*Legea nr.171/2019 cu privire la modificarea unor acte legislative*⁹¹ a completat categoriile de plătitori ai primelor de AOAM în sumă fixă cu persoanele fizice care desfășoară activități în domeniul achizițiilor de produse din fitotehnie și/sau horticultură și/sau de obiecte ale regnului vegetal.

*Legea nr.60/2020 privind instituirea unor măsuri de susținere a activității de întreprinzător și modificarea unor acte normative*⁹² a comasat contribuțiile de asigurări medicale (atât a celor datorate de angajator, cât și cele datorate de angajați) la nivel de angajați, iar contribuțiile de asigurări sociale (atât a celor datorate de angajator, cât și cele datorate de angajați) la nivel de angajator. S-a diminuat cu 1,5 puncte procentuale suma plăților suportate de angajat pentru ambele tipuri de asigurări, crescând cu 1,5 p.p. pentru angajator (*Tab. nr.1*).

⁸⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105535&lang=ro)

⁸⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=109841&lang=ro)

⁹⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=113654&lang=ro)

⁹¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=119649&lang=ro)

⁹² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=121284&lang=ro)

Tabel nr.1. Modificarea modalității de plată a contribuțiilor de asigurări sociale și medicale (Legea nr.60/2020)

La situația până la Legea nr.60/2020	Începând cu 01.01.2021
Obligațiile angajatorului	Obligațiile angajatorului
Contribuțiilor asigurărilor sociale (CAS) - 23%, 18%, 33%, 26%, 12%	CAS - 29% (23%+6%), 24% (18%+6%), 39% (33%+6%), 32% (26%+6%), 18% (12%+6%)
Primele de AOAM - 4,5%	-
Obligațiile angajatului	Obligațiile angajatului
Primele de AOAM - 4,5%	Primele de AOAM - 9% (4,5%+4,5%)
CAS - 6%	-

*Legea nr.257/2020 cu privire la modificarea unor acte legislative*⁹³ prevede obligativitatea confirmării achitării integrale a primei de AOAM în sumă fixă, pentru a nu achita prima de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu, pentru persoanele fizice, care pe parcursul anului se includ în una din categoriile de plătitori de prima în formă de contribuție procentuală la salariu.

4.3.3.3. Legi menționate în textul legilor evaluate sau complementare acestora

Au fost aprobate mai multe legi cu tangență la domeniul AOAM, menționate nemilocit în textul Legilor nr.1585/1998 și nr.1593/2002, sau complementare acestora:

Legile anuale ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală aprobă veniturile și cheltuielile fondurilor AOAM pe anul respectiv, stabilesc mărimea primei de AOAM în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense și a celei în sumă fixă (art.17 alin. (3) din Legea nr.1585/1998 și art.5 din Legea nr.1593/2002). Tot prin aceste legi se stabilesc reducerile la prima de AOAM în sumă fixă (art.22 alin.(2) din Legea nr.1593/2002).

Legile anuale ale bugetului de stat prevăd sumele transferurilor din bugetul de stat în fondurile AOAM pentru categoriile de persoane neangajate pentru care Guvernul are calitatea de asigurat și transferurilor curente cu destinație specială. Aceste sume se regăsesc și în legile anuale ale fondurilor AOAM, la capitolul venituri.

*Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014*⁹⁴ stabilește principiile, regulile și procedurile de elaborare, aprobare și administrare a fondurilor AOAM (conform art.16 alin. (1²) din Legea nr.1585/1998). În același timp, la art.26 alin.(1) din Legea nr.181/2014, printre *componentele bugetului public național* au fost incluse și fondurile AOAM. Această prevedere este în contradicție cu art.131 alin.(1) din Constituția RM care prevede că „Bugetul public național cuprinde bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat și bugetele raioanelor, orașelor și satelor”, periclitând principiul autonomiei fondurilor AOAM de la art.5 din Legea nr.1585/1998.

*Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995*⁹⁵ include mai multe prevederi cu referință la sistemul AOAM. Cele mai importante sunt cele de la art.7 („Finanțarea ocrotirii sănătății”) și art.20 („Dreptul la asistență medicală”). Art.7 prevede modalitățile de finanțare a prestatorilor de

⁹³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=124566&lang=ro)

⁹⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=106173&lang=ro#

⁹⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128014&lang=ro#

servicii publice și privați, de stabilire a tarifelor pentru serviciile medico-sanitare contractate de CNAM sau prestate contra plată, precum și autorizarea CNAM „să realizeze programe cu destinație specială în domeniul ocrotirii sănătății din contul transferurilor de la bugetul de stat prevăzute pentru realizarea programelor naționale de ocrotire a sănătății”, pentru necesitățile care nu sunt prevăzute a fi finanțate de MS. Articolul 20 este important că vine cu reglementări ce țin de serviciile medicale acoperite din fondurile AOAM, care au fost extinse pe parcursul anilor.

Totodată, art.26 („Asigurarea obligatorie de asistență medicală a străinilor”) dublează prevederile art.9 („Asigurarea obligatorie de asistență medicală a străinilor”) din Legea nr.1585/1998.

Legea nr.411/1995 conține la cap.IV¹ prevederi privind formele de organizare a activității profesionale a persoanelor neangajate care exercită independent profesiunea de medic de familie (la care se face referință la anexa nr.2 din Legea nr.1593/2002).

Anumite precizări se fac la art.51¹, unde se menționează că, pe lângă asistența medicală acordată în cadrul AOAM, programelor naționale de sănătate și programelor de sănătate cu destinație specială, în instituțiile de învățământ se acordă servicii de sănătate suplimentare, conform nomenclatorului aprobat de Guvern. Cheltuielile pentru serviciile de sănătate suplimentare se acoperă din bugetele instituțiilor de învățământ.

*Legea nr.239/2008 privind transparența în procesul decizional*⁹⁶ stabilește normele aplicabile pentru asigurarea transparenței în procesul decizional din cadrul autorităților administrației publice centrale și locale, altor autorități publice și reglementează raporturile lor cu cetățenii, cu asociațiile constituite în corespundere cu legea, cu alte părți interesate în vederea participării la procesul decizional (art.12 alin. (3) lit.f) din Legea nr.1585/1998).

*Legea privind integrarea străinilor în Republica Moldova nr.274/2011*⁹⁷ adoptată în scopul stabilirii unui cadru juridic uniform privind integrarea străinilor în viața Republicii Moldova, a asigurării drepturilor, libertăților și a determinării obligațiilor acestora. Legea respectivă include categoriile de străini pentru care este aplicabilă (art.9 alin.(1) din Legea nr.1585/1998).

*Legea nr.133/2008 cu privire la ajutorul social*⁹⁸ stabilește persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social, care ulterior sunt incluse în categoriile asigurate de Guvern (art.4 alin. (4) lit.n) din Legea nr.1585/1998).

*Legea nr.131/2012 privind controlul de stat asupra activității de întreprinzător*⁹⁹ a consolidat cadrul juridic și instituțional în domeniul efectuării controlului de stat asupra activității de întreprinzător, CNAM având funcția de control a îndeplinirii contractelor încheiate cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice. Metodologia de stabilire a obiectivelor și indicatorilor de performanță pentru atingerea eficienței maxime în activitatea organelor de control și pentru micșorarea constantă a presiunii asupra mediului de afaceri se aprobă de Guvern.

⁹⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=106638&lang=ro)

⁹⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=124776&lang=ro)

⁹⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=129347&lang=ro)

⁹⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130023&lang=ro)

*Legea cu privire la parcurile pentru tehnologia informației nr.77/2016*¹⁰⁰ conține prevederi privind repartizarea sumelor impozitului unic, inclusiv la fondurile AOAM, perceput de la rezidenții parcurilor pentru tehnologia informației (art.5 alin.(2¹) și art.17 alin. (5¹) din Legea nr.1585/1998).

*Codul fiscal al Republicii Moldova nr.1163/1997*¹⁰¹ prevede drepturile și veniturile plătite persoanelor fizice la care nu se calculează primele de AOAM. Totodată, codul prevede modalitate și condițiile de prezentare de către angajator a *Dării de seamă privind impozitul pe venit, primele de AOAM reținute și contribuțiile de asigurări sociale de stat obligatorii calculate* (art.5 alin.(2¹) și art.17 alin.(5¹) din Legea nr.1585/1998).

*Codului muncii al Republicii Moldova nr.154/2003*¹⁰² stabilește condițiile și principiile de bază de încadrare de angajator în câmpul muncii a salariatului prin contract individual de muncă în Republica Moldova (art.6 alin.(5) din Legea nr.1585/1998).

*Codul educației al Republicii Moldova nr.152/2014*¹⁰³ prevede elevii și studenții încadrați în sistemul de învățământ la nivelurile 3–8 pentru care acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul AOAM se efectuează de către asigurător în baza cererii și a documentelor confirmative (art.4 alin.(4) lit.b) și alin.(9¹) lit.b) din Legea nr.1585/1998).

*Codul contravențional nr.218/2008*¹⁰⁴ stabilește sancțiuni pentru încălcarea legislației și a regulilor din domeniul AOAM (art.266 CC), încălcarea regulilor de gestionare și asigurare a transparenței mijloacelor financiare provenite din fondurile AOAM de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice (art.266¹ CC), încălcarea de către CNAM a regulilor privind publicarea pe pagina web oficială a informațiilor oficiale (art.266² CC), încălcarea modului de prezentare de către contribuabili a dării de seamă fiscale și de achitare a obligațiilor, precum și a informației aferente raporturilor de muncă pentru stabilirea drepturilor sociale și medicale (art.301¹ CC).

*Codul penal nr.985/2002*¹⁰⁵ prevede la art 244 sancțiuni mai grave în ceea ce ține de evaziunea fiscală a întreprinderilor, instituțiilor și organizațiilor, inclusiv în partea ce ține de primele de asigurare obligatorie de asistență medicală.

4.4. Sesizări la Curtea Constituțională

Sesizările din 19 mai 1998. În opinia autorilor sesizărilor (deputați în Parlament), investiția unei organizații de stat - Compania Națională de Asigurări în Medicină și a agențiilor ei teritoriale, cu drepturi și obligații exclusive în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală și omiterea din sistem a societăților private de asigurări contravine art. 9 alin. (3) din Constituție, potrivit căruia piața, libera inițiativă economică, concurența loială sînt factorii de bază ai economiei, și art. 126 alin. (2) lit.b) din Constituție, care prevede că statul trebuie să asigure libertatea comerțului și activității de întreprinzător, protecția concurenței loiale.

¹⁰⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova
(https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=122877&lang=ro)

¹⁰¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130206&lang=ro

¹⁰² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=129889&lang=ro

¹⁰³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=123537&lang=ro

¹⁰⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130231&lang=ro

¹⁰⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=129474&lang=ro

Curtea relevă că stabilirea prin lege drept asigurător în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a CNAM, care, potrivit statutului său, este o organizație de stat, autonomă, nonprofit, nu constituie o favorizare sau o discriminare a agenților economici în funcție de forma de proprietate, ci o măsură de protecție, orientată spre asigurarea de către stat a dreptului cetățenilor la ocrotirea sănătății.

Astfel, Curtea a recunoscut constituționale prevederile art. 4 alin. (5), art. 10 alin. (2) lit.a), art. 12, art. 15, art. 16, art. 19 alin. (1), art. 22 lit.d) și e) din Legea nr. 1585/1998 "Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală" (Hotărârea nr.2 din 28.01.1999).

Sesizarea din 19 iulie 2004. În anul 2004, autorul sesizării (deputat în Parlamentul Republicii Moldova) a considerat neconstituționale art.2 lit.i) din Legea nr. 41/1995 („libertatea pacientului de a alege medicul de familie și instituția medicală primară”) și art.11 alin.(1) lit.a) din Legea nr. 1585/1998 („să aleagă instituția medicală primară și medical de profil general”). În sesizare se susține că prevederile enunțate limitează voința opțională a pacientului și pentru acest motiv contravin dispozițiilor art.1 alin.(3), art.8 alin.(1), art.36 alin.(1) și art.54 alin.(2) din Constituție, precum și art.12 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale.

Curtea Constituțională a apreciat dispozițiile contestate ca fiind în concordanță cu art.4, art.8, art.36 alin.(1), art.54 alin.(2) din Constituție, cu prevederile Declarației Universale a Drepturilor Omului, art.12 din Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale, iar argumentele invocate de autorul sesizării ca fiind nefondate. Respectiv, Curtea Constituțională a recunoscut prevederile art.2 lit.i) din Legea nr. 411/1995 și art.11 alin.(1) lit.a) din Legea nr. 1585/1998 ca fiind constituționale (Hotărârea nr.28 din 14.12.2004).

Sesizarea nr.8a/2015. Autorii sesizării, un grup de deputați în Parlamentul Republicii Moldova, au pretins că punctul 3 din Anexa nr.2 la Legea nr.1593/2002, care prevede obligativitatea cotizării în fondurile de AOAM de către persoanele care nu sunt angajate, contravine articolelor 36, 46, 47, 54 și 58 din Constituție, art.1 din Protocolul nr.1 la Convenția Europeană pentru apărarea drepturilor omului și a libertăților fundamentale.

În particular, în viziunea autorilor, obligarea persoanelor neangajate, prevăzute de pct.3 din Anexa nr.2 la Legea nr.1593/2002, la plata primelor de AOAM aduce atingere dreptului la sănătate, prevăzut de art.36 din Constituție, prin faptul că reprezintă o barieră pentru persoanele vulnerabile la medicina de calitate.

În sesizare se mai susține că, pentru persoanele care nu sunt angajate și au obligația să cotizeze în fondurile de AOAM, această măsură afectează situația financiară a cetățenilor, pe motiv de incapacitate de plată sau pe motiv că aceasta este exagerată în raport cu posibilitățile reale de plată ale cetățeanului.

De asemenea, autorii menționează că statul și-a depășit marja de apreciere la stabilirea obligației de plată conform pct.3 din Anexa nr.2 la Legea nr.1593/2002, astfel, această obligație contravine art.58 din Constituție.

Totuși, Curtea Constituțională reține că, întrucât prin contribuția la bugetul asigurărilor medicale s-a urmărit asigurarea unui acces neîntrerupt al populației la serviciile medicale, prevederile contestate nu contravin dispozițiilor articolelor 36, 46 și 47 din Constituție.

Prin Hotărârea nr.18 din 19.06.2015, Curtea Constituțională a respins sesizarea deputaților și a recunoscut constituțional punctul 3 din Anexa nr.2 la Legea nr.1593/2002.

Sesizarea nr.30g/2016. O altă sesizarea la Curtea Constituțională a fost depusă în anul 2016 de o avocată privind excepția de neconstituționalitate a unor prevederi din Legea nr.1593/2002, Legea nr.1585/1998 și din Regulamentul privind modul de completare, eliberare și evidență a polițelor de AOAM, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1015/2006 (prima de AOAM achitată de avocați). În motivarea excepției de neconstituționalitate, autorul sesizării susținea că, la determinarea costului poliței de AOAM, mai exact lipsa posibilității procurării acesteia cu o reducere, avocații sunt discriminați în raport cu notarii și executorii judecătorești pe criteriul statutului profesional și al averii. Potrivit autorului sesizării, prevederile contestate încalcă articolele 4, 7, 8, 9, și 16 din Constituție.

Curtea Constituțională a constatat lipsa unui raport de cauzalitate între argumentele invocate și normele contestate, fapt pentru care sesizarea nu a putut fi admisă pentru examinare în fond. Respectiv, Curtea Constituțională a decis să declare inadmisibilă excepția de neconstituționalitate (Decizia nr.23 din 29.04.2016).

Sesizarea nr.54g/2016. La originea cauzei se află excepția de neconstituționalitate a articolelor 7, 16 și 22 alin. (1) și (2) din Legea cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală nr. 1593-XV din 26 decembrie 2002 și pct.2 din Anexa nr. 2 la Legea menționată, art. 17 din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998 și art.4 alin.(3) din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2014 nr. 330 din 23 decembrie 2013.

În viziunea autorului, legislatorul tratează în mod inegal avocații în raport cu alte persoane fizice. Autorul consideră că la achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală avocații trebuie să beneficieze de reducere, în condițiile stabilite pentru celelalte persoane fizice prevăzute la art.4 alin.(3) din Legii fondurilor AOAM pe anul 2014.

Examinând excepția de neconstituționalitate, Curtea constată că obiectul sesizării este similar cu obiectul altor sesizări, care au fost declarate inadmisibile. De aceea, și această sesizare a fost declarată inadmisibilă (Decizia nr.33 din 14.06.2016)

Sesizarea nr.82g/2016. La originea cauzei se află excepția de neconstituționalitate a sintagmelor „inclusiv [...] și avocații”; „și al avocaților [...] de la data obținerii [...] licenței de avocat” din art.10 alin.(2) lit. a) și lit. b) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, ridicată de un avocat parte într-un dosar. În motivarea excepției de neconstituționalitate, autorul pretinde că prin aplicarea prevederilor contestate, avocatul pensionar care este în exercițiul funcției este obligat să achite prima de asigurare obligatorie de asistență medicală, astfel fiind discriminat în raport cu alte persoane pensionate neangajate.

Curtea menționează, că potrivit art.4 alin.(4) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998, Guvernul are calitatea de asigurat doar pentru persoanele neangajate, inclusiv pensionarii neangajați. Curtea subliniază că la achitarea primei de asigurare medicală legiuitorul a stabilit distincția între pensionarii neangajați și cei angajați în câmpul muncii, astfel, argumentele din sesizare raportate la prevederile legale au fost invocate eronat. Curtea reține că excepția de neconstituționalitate nu întrunește condițiile de admisibilitate pentru

exercitarea controlului constituționalității și nu poate fi acceptată pentru examinare în fond (Decizia nr.48 din 06.09.2016).

Sesizarea nr.52g/2017. La originea cauzei se află excepția de neconstituționalitate a textului „cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual” din alineatul (4) al articolului 4 din Legea nr.1585–XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, ridicată de către un avocat. Autorul pretindea că prevederea legală menționată creează o situație discriminatorie, deoarece persoanele cu dizabilități care exercită profesia de avocat sunt obligate să achite prima de asigurare obligatorie de asistență medicală, însă în cazul în care aceste persoane nu sunt încadrate în câmpul muncii Guvernul are pentru ei calitatea de asigurat.

Curtea a reținut că excepția de neconstituționalitate este nefondată, motiv pentru care nu poate fi examinată în fond. Instituirea pentru anumite categorii de persoane, inclusiv pentru persoanele cu dizabilități, a obligației de a achita primele de asigurare obligatorie de asistență medicală în cazul în care desfășoară o activitate liber profesionistă nu poate conduce la încălcarea art. 36 din Constituție, care consacră dreptul fundamental la ocrotirea sănătății (Decizia nr.45 din 22.05.2017).

Sesizarea nr.120g/2018. La originea cauzei se află excepția de neconstituționalitate a sintagmei „inclusiv [...] avocații” de la articolul 10 alin. (2), a textului „și al avocaților [...] de la data eliberării deciziei de înregistrare [...] a licenței de avocat” de la articolul 10 alin. (2) lit. a) și a articolului 10 alin. (2) lit. b) din Legea nr.1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, ridicată de către o avocată, parte a unui dosar. Autoarea sesizării susținea că, potrivit dispozițiilor contestate, pensionarii care practică profesia de avocat au obligația să achite primele de asigurare obligatorie medicală. Astfel, s-ar institui un tratament discriminatoriu între aceștia și alte categorii de pensionari pentru care prima de asigurare medicală este achitată de către Guvern.

Curtea a declarat inadmisibilă sesizarea privind excepția de neconstituționalitate a sintagmei „inclusiv [...] avocații” de la articolul 10 alin. (2), a textului „și al avocaților [...] de la data eliberării deciziei de înregistrare [...] a licenței de avocat” de la articolul 10 alin. (2) lit. a) și a articolului 10 alin. (2) lit. b) din Legea nr. 1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (Decizia nr.102 din 06.09.2018).

Sesizarea nr.201a/2018. Un grup de deputați în Parlamentul Republicii Moldova au solicitat examinarea controlului constituționalității cuvântului „mame” din textul art.4 alin.(4) lit. m) din Legea nr.1585/1998 și cuvântului „mamele” din textul pct.13 lit.e) și pct.20 subpct.6²) din Regulamentul privind modul de completare, eliberare și evidență a polițelor de asigurare obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1015/2006. În argumentarea sesizării, autorii susțineau că prin specificarea categoriei “mame” și “mamele” în loc de “părinte”, normele contestate instituie o discriminare bazată pe sex, între părinți cu patru și mai mulți copii, la obținerea poliței medicale de AOAM pe termen nelimitat în cazul când sunt neangajați (risc social asigurat), contrar articolelor 16, 48, 49 și 54 din Constituție.

Prin Hotărârea Curții Constituționale nr.3/2019 au fost recunoscute constituționale textele „mame” de la art.4 alin.(4) lit. m) din Legea nr.1585 din 27 februarie 1998 și „mamele” de la pct.34 subpct.2 lit.f) din Regulamentul privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1246 din 19 decembrie 2018, *în măsura în care de asigurarea*

obligatorie de asistență medicală beneficiază ambii părinți ai celor patru sau mai mulți copii, în condiții egale.

Totodată, Curtea constată că acceptarea posibilității de acordare a dreptului la AOAM în condiții egale în cazul ambilor părinți cu patru sau mai mulți copii, ar putea cauza probleme sub aspectul termenului pentru care este garantat acest drept. În acest sens, Curtea reține că acceptarea posibilității de acordare a dreptului la AOAM în condiții egale în cazul ambilor părinți, trebuie să se poarte de la premisa potrivit căreia reglementarea respectivă vine să asigure dreptul la asistență medicală doar pentru persoana care exercită în mod nemijlocit educarea și creșterea copiilor.

Drept urmare a constatărilor Curții Constituționale, Parlamentul a adoptat Legea nr.36/2020 pentru modificarea articolului 4 din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, care vine să expună în redacție nouă lit.m) din art. 4 alin.(4) al Legii nr.1585/1998, după cum urmează: „m) părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani;”.

Sesizarea nr.186a/2019. În anul 2019, un deputat în Parlamentul Republicii Moldova a considerat neconstituțional art.26 din Legea nr. 411/1995, art.9 din Legea nr.1585/1998 și art.30 din Legea nr.270/2008, sub aspectul omisiunii de reglementare a accesului solicitanților de azil la sistemul de AOAM. În argumentarea sesizării, autorul susținea că prevederile art. 26 din nr. 411/1995 și ale art. 9 din Legea nr. 1585/1998 nu reglementează procedura de acordare a asistenței medicale solicitanților de azil. Așadar, această categorie de persoane ar fi lipsită, de facto, de posibilitatea legală de acces la asistență medicală.

Curtea a reținut că solicitanții de azil beneficiază, în baza articolului 28 lit. o) din Legea nr. 270 din 18 decembrie 2008, de dreptul de a primi asistență medicală primară și de urgență, conform legislației în vigoare. Iar , potrivit articolului 30 alin. (4) din Legea nr. 270/2008, solicitanții de azil minori au acces la asistență medicală în aceleași condiții ca și minorii cetățeni ai RM. Curtea a observat că acest nivel de asistență medicală de care dispun solicitanții de azil este conform cu recomandările Înalțului Comisariat pentru Refugiați al Națiunilor Unite.

Astfel, în Ghidul său Operațional privind Asigurarea Accesului la Asistență Medicală în Ariile Urbane din 2011, Înalțul Comisariat pentru Refugiați al Națiunilor Unite se exprimă în favoarea ideii că solicitanții de azil ar trebui să aibă acces la servicii de sănătate calitative la nivel de asistență medicală primară, de urgență și îngrijire specializată, în mod egal cu cetățenii.

Curtea Constituțională a constatat sesizarea inadmisibilă și nu a acceptat examinarea ei în fond (Decizia nr. 27 din 12.03.2020).

4.5. Acte normative aprobate întru implementarea legilor evaluate

Pentru implementarea legilor evaluate (Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002) au fost aprobate numeroase acte normative inferioare legilor – Hotărâri de Guvern (HG), acte normative ale Ministerului Sănătății, altor ministere, ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pe care le-am analizat în contextul prezentului raport.

4.5.1. Hotărârile Guvernului Republicii Moldova

Conform prevederilor incluse nemijlocit în textul Legii nr.1585/1998, *Guvernul* este responsabil de aprobarea:

- înființării Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (art.12 alin.(1));
- Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (art.2 alin.(1));
- modului de compensare a medicamentelor și dispozitivelor medicale din fondurile AOAM (art.5 alin.(5));
- modelelor contractului-tip de AOAM și a poliței de asigurare (art.6 alin.(3), prevedere exclusă ulterior, odată cu introducerea evidenței electronice);
- modalității de evidență a persoanelor fizice în sistemul AOAM (art.6¹ alin.(4));
- modelului contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM (art.7 alin.(2));
- modelului contractului-tip privind eliberarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate din fondurile AOAM (art.7¹ alin.(2));
- modelului contractului-tip privind livrarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate către prestatorii de servicii farmaceutice (art.7² alin.(2));
- mecanismului de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți (art.11 alin.(2) lit.b) și alin.(3));
- criteriilor de selectare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice (art.12 alin.(3) lit.a¹);
- modelului raportului anual privind executarea fondurilor AOAM (art.12 alin.(3) lit.g));
- modului de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (art.16 alin.(4));
- modelelor de factură și registre în cadrul AOAM (art.18 alin.(4), obligație transferată ulterior către MS);
- statutului, structurii, schemei de încadrare și plafonului cheltuielilor administrative a CNAM (art.22 lit.d) și e));
- condițiilor de AOAM a cetățenilor străini și apatrizilor aflați în RM (art.22 lit.f));
- regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor de AOAM și altor documente în problemele AOAM (art.22 lit.g)).

Întru executarea prevederilor de mai sus ale legii evaluate și pentru asigurarea implementării ei, Guvernul a aprobat numeroase Hotărâri de Guvern (*a se vedea Anexa nr.1*). Cele mai importante HG vor descrie în continuare și vizează fondarea CNAM și crearea cadrului normativ pentru activitatea ei, administrarea fondurilor de AOAM, reglementarea pachetului de servicii medicale și compensării medicamentelor pentru persoanele asigurate, ținerea evidenței persoanelor asigurate, aprobarea modelelor de contracte și rapoarte în sistemul AOAM etc.

4.5.1.1. Reglementarea prin HG a activității CNAM

*Hotărârea Guvernului nr.950/2001*¹⁰⁶ prevede fondarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, începând cu 10 septembrie 2001, cu un personal în număr de 15 unități. S-a stabilit că, până la 1 noiembrie 2001, CNAM va elabora și va prezenta Guvernului spre aprobare

¹⁰⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=46381&lang=ro)

pachetul de acte normative privind implementarea primei etape a asigurărilor medicale (HG întru executarea art.12 alin.(1) și art.21 și 22 lit.d) și e) din Legea nr.1585/1998).

*Hotărârea Guvernului nr.156/2002*¹⁰⁷ a aprobat inițial Statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, iar ulterior a înglobat și prevederi referitoare la structura aparatului central, lista agențiilor teritoriale și efectivul-limită al CNAM, preluate din HG nr.1432/2002, și componența Consiliului de administrație al CNAM din HG nr.213/2002. Prin Statutul său, CNAM are misiunea de a oferi garanția siguranței și protecției financiare persoanelor asigurate la accesarea serviciilor medicale și farmaceutice de calitate incluse în Programul unic.

Conform HG, obiectivele CNAM sunt: organizarea, desfășurarea și dirijarea procesului de AOAM, formarea fondurilor financiare destinate acoperirii cheltuielilor de tratament și profilaxie a maladiilor și stărilor, incluse în Programul unic, controlul calității asistenței medicale acordate și implementarea cadrului normativ aferent asigurărilor de asistență medicală.

În prezent, efectivul-limită al CNAM este de 295 de unități, inclusiv 5 agenții teritoriale (Centru, Nord, Sud, Est și Vest), comparativ cu 11 agenții în anul 2004.

*Hotărârea Guvernului nr.507/2003*¹⁰⁸ a aprobat elaborarea și implementarea sistemului informațional automatizat „AOAM”, stabilind cadrul relațiilor dintre părți – beneficiari (MS și CNAM) și antreprenorul general (Departamentul Tehnologiilor Informaționale).

*Hotărârea Guvernului nr.380/2014*¹⁰⁹ a aprobat pentru CNAM metodologia de planificare a controlului de stat asupra activității de întreprinzător în baza analizei criteriilor de risc, elaborată în conformitate cu prevederile Legii nr.131 din 8 iunie 2012.

4.5.1.2. Reglementarea prin HG a evidenței persoanelor asigurate

*Hotărârea Guvernului nr.1015 din 05.09.2006*¹¹⁰ cu privire la aprobarea unor acte normative, prin care s-a aprobat Regulamentul privind modul de completare, eliberare și evidență a polițelor de asigurare obligatorie de asistență medical și Regulamentul privind controlul achitării primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă. Ulterior, odată cu dezvoltarea tehnologiilor electronice și renunțarea la polițele pe hârtie, HG dată a fost abrogată prin HG nr.1246/2018 (a se vedea mai jos).

*Hotărârea Guvernului nr.906/2010*¹¹¹ privind crearea și activitatea comisiilor pentru examinarea adresărilor cetățenilor Republicii Moldova domiciliați în localitățile din stânga Nistrului (Transnistria) și localitățile limitrofe acestora, din categoriile pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul, reglementează modul de examinare a adresărilor cetățenilor RM domiciliați în localitățile din stânga Nistrului (Transnistria) și localitățile limitrofe acestora, confirmarea atribuirii persoanei la categoriile pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul în vederea obținerii polițelor de AOAM (întru executarea art.6¹ alin.(4) din Legea nr.1585/1998);

¹⁰⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128797&lang=ro#

¹⁰⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=6002&lang=ro)

¹⁰⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=85213&lang=ro)

¹¹⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=112802&lang=ro

¹¹¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=103292&lang=ro

*Hotărârea Guvernului nr.1246/2018*¹¹² pentru aprobarea *Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul AOAM*, reglementează modul de acordare/suspendare a statutului de persoană asigurată în sistemul AOAM, mecanismul de calculare a primei de AOAM în sumă fixă și a penalităților aferente, precum și de identificare a persoanelor neasigurate obligate să se asigure în mod individual (întru executarea art.6¹ alin.(4) din Legea nr.1585/1998);

4.5.1.3. Reglementarea prin HG a administrării fondurilor AOAM

*Hotărârea Guvernului nr.594/2002*¹¹³ despre aprobarea *Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor AOAM*, stabilește modul de constituire și administrare de către CNAM a fondurilor AOAM, precum și modalitatea de repartizare și utilizare a mijloacelor financiare acumulate în aceste fonduri. Mijloacele financiare acumulate în fondurile AOAM, inclusiv sumele penalităților și sancțiunilor pecuniare, sunt destinate realizării activităților specifice AOAM și se utilizează în strictă conformitate cu *Regulamentul* respectiv și legislația în vigoare (HG întru executarea art.16 alin.(4) din Legea nr.1585/1998).

Regulamentul prevede la p.9 că veniturile încasate la contul unic al CNAM pe parcursul anului, exceptând sumele cu destinație specială, se repartizează conform următoarelor normative:

- fondul de bază -nu mai puțin de 94%;
- fondul de rezervă – până la 1%;
- fondul măsurilor de profilaxie - 1 %;
- fondul de dezvoltare – până la 2%;
- fondul de administrare- până la 2%.

Iar la p.10 din *Regulament* se specifică că mijloacele financiare acumulate în *fondul de bază* se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic, care include tipurile de asistență medicală indicate la art.21 alin.(1) al Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, fiind completate cu „medicamente compensate”. Nu sunt menționate cheltuielile pentru „dispozitive medicale compensate”, noțiune inclusă în anul 2021 în Legea nr.1585/1998.

4.5.1.4. Reglementarea prin HG a pachetului de servicii medicale și farmaceutice

Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (PU), aprobat prin *Hotărârea Guvernului nr. 1387/2007*¹¹⁴ cuprinde „lista maladiilor și stărilor care necesită asistență medicală și stabilește volumul asistenței acordate persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate de CNAM, în conformitate cu prevederile legale”.

Inițial, pentru anii 2003-2007, Programul unic era aprobat anual, fără a avea modificări semnificative de la un an la altul, de aceea s-a decis aprobarea lui fără termen prin HG nr.1387/2007, fiind completat sau modificat la necesitate (*a se vedea Anexa nr.1 la Raport*).

În HG se stipulează că condițiile acordării asistenței medicale pentru fiecare nivel și tip de prestatori de servicii medicale în sistemul AOAM sunt stabilite prin *Normele metodologice* de aplicare a Programului unic. Iar criteriile privind contractarea prestatorilor și

¹¹² Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128808&lang=ro

¹¹³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126828&lang=ro

¹¹⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126829&lang=ro

modalitatea de plată sunt stabilite anual prin *Criteriile de contractare* a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului AOAM, conform necesităților populației în servicii medicale, raportate la capacitățile sistemului de sănătate, în limita mijloacelor fondurilor AOAM. Criteriile sunt aprobate de MS și CNAM și publicate în Monitorul Oficial al Republicii Moldova anual, în termen de o lună de la aprobarea de către Parlament a legii fondurilor AOAM.

De asemenea, în PU este menționat că serviciile medicale, inclusiv spitalicești și de înaltă performanță, vor fi contractate de către CNAM în baza tarifelor negociate cu prestatorii, fără a depăși tarifele aprobate de Guvern, și costurile serviciilor medicale, aprobate conform legislației în vigoare. Prestarea serviciilor respective la un cost mai înalt decât cel stipulat în contract și solicitarea de la persoana asigurată a plăților suplimentare nu se permit.

Regulamentul privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulator al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat de HG nr.1372/2005, conform Legii nr.1585/1998 (art.5 alin.(5)), stabilește în premieră modul de prescriere și eliberare a medicamentelor compensate persoanelor înregistrate la medicul de familie în conformitate cu Programul unic. La moment HG este abrogată de HG nr.106/2022.

Hotărârea Guvernului nr.1020/2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare¹¹⁵ aprobă regulamentul cu privire la tarifele menționate, metodologia de stabilire și catalogul tarifelor unice contra plată și pentru contractare de către CNAM (întru executarea art.11 alin.(2) lit.b) și alin.(3) din Legea nr.1585/1998).

*Hotărârea Guvernului nr.106/2022*¹¹⁶ reglementează prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie (întru executarea art.5 alin.(5) al Legii nr.1585/1998), substituind HG nr.1372/2005. De asemenea, HG aprobă modelul contractului-tip privind eliberarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate (întru executarea art.7¹ alin.(2) al Legii nr.1585/1998) și Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii farmaceutice în sistemul AOAM (nu este prevăzut de lege). Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii farmaceutice era rezonabil să fie aprobate în mod similar Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare, prin ordin comun al MS și CNAM, făcându-se mențiunea corespunzătoare în partea dispozitivă a HG nr.106/2022", pentru a asigura o similitudine în abordare.

4.5.1.5. Reglementarea prin HG a modelelor de contracte, formulare și rapoarte

*Hotărârea Guvernului nr.1432/2002*¹¹⁷ a aprobat modelul contractului-tip de AOAM și modelul poliței de AOAM, cruciale pentru etapa inițială de implementare a noului sistem (prevăzut la art.6 alin.(3) din Legea nr.1585/1998). Ulterior, acestea și-au pierdut actualitatea, fiind modificată Legea nr.1585/1998, iar HG respectivă a fost abrogată.

*Hotărârea Guvernului nr.1535/2002*¹¹⁸ a aprobat modelele de factură și registre în cadrul AOAM (prevăzut la art.18 alin.(4) din Legea nr.1595/1998), necesarea pentru susținerea activității CNAM. Ulterior, HG a fost abrogată, după modificarea Legii nr.1595/1998 și transferul obligației de aprobare a formularelor către MS.

¹¹⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128218&lang=ro

¹¹⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130165&lang=ro

¹¹⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova http://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=123550&lang=ro#

¹¹⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=70071&lang=ro#

*Hotărârea Guvernului nr.1636/2002*¹¹⁹ privind aprobarea contractului - tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul AOAM, reglementează acordarea asistenței medicale de către prestatorii de servicii medicale contractați de CNAM, în volumul și calitatea prevăzute de Programul unic și normele metodologice de aplicare a acestuia (întru executarea art.7 alin.(2) din Legea nr.1585/1998).

*Hotărârea Guvernului nr.1372/2005*¹²⁰ privind aprobarea contractului-tip privind eliberarea către persoanele înregistrate la medicul de familie a medicamentelor compensate din fondurile AOAM, care reglementează drepturile și obligațiile CNAM și ale Prestatorului în procesul eliberării medicamentelor compensate din fondurile AOAM și modul de compensare a cheltuielilor suportate de către Prestator pentru procurarea acestor medicamente (întru executarea art.7¹ alin.(2) din Legea nr.1585/1998).

*Hotărârea Guvernului nr.304/2010*¹²¹ a aprobat structura Raportului anual privind executarea (utilizarea) fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (întru executarea art.12 alin.(3) lit.g) din Legea nr.1585/1998). Suplimentar, HG a stipulat că MS și CNAM vor elabora și vor aproba în comun cu MF modelele de formulare care se vor anexa la Raportul anual.

4.5.1.6. Hotărâri de Guvern care urmează a fi aprobate

Prin Legea nr.110/2020 pentru modificarea unor acte normative au fost aplicate modificări la Legea nr.1585/1998 (art.12 alin.(3) lit.a1) prin care a fost atribuită obligația CNAM să încheie cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, *selectați conform criteriilor aprobate de Guvern*, contracte de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) și de eliberare a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. La momentul evaluării, cadrul legal aferent de punere în aplicare a normei juridice respective nu este aprobat.

De asemenea, nu este elaborat deplin cadrul legal aferent de punere în aplicare a normei juridice stipulate în Legea nr.1585/1998 la art.11 alin.(3), de „stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți de prestatorii de servicii medicale”. Este aprobată o HG¹²² doar în partea ce ține de serviciile nemedicale prestate de către instituțiile medico-sanitare private pacienților asigurați.

4.5.2. Alte acte normative (ordine)

În contextul prevederilor Legii nr.1585/1998, *Ministerul Sănătății*:

- elaborează Programul unic și-l prezintă Guvernului spre aprobare (art.2 alin.(1));
- stabilește lista maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor AOAM pentru persoanele neasigurate (art.5 alin.(4));
- aprobă modelele de registre, modul de perfectare și termenul prezentării lor, elaborate de CNAM (art.18 alin.(5)).

¹¹⁹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=105050&lang=ro

¹²⁰ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=113101&lang=ro

¹²¹ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=21629&lang=ro)

¹²² Hotărârea Guvernului nr. 1022 din 17.10.2018 cu privire la serviciile nemedicale prestate de către instituțiile medico-sanitare private pacienților asigurați în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală

De asemenea, conform art.5 al Legii nr.1593/2002, MS calculează mărimea primelor de AOAM, care ulterior se aprobă prin legile anuale ale fondurilor AOAM.

Pentru implementarea legilor evaluate, MS a elaborat numeroase Hotărâri de Guvern (*arătate la Anexa nr.1*), a aprobat acte normative (ordine) proprii sau în comun cu CNAM sau alte autorități (*Anexa nr.2 la Raport*). Același lucru l-a realizat și **CNAM** care, în scopul exercitării atribuțiilor legale, aprobă acte normative proprii sau în comun cu alte autorități, de asemenea elaborează proiecte de acte normative și le prezintă spre aprobare Guvernului, enumerate la anexele respective. Vom descrie unele din cele mai importante, în vigoare în prezent:

*Ordinul comun al MS și CNAM nr.492/139-A din 22.04.2013*¹²³ cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobă Lista de DCI a medicamentelor compensate, formularul rețetei și instrucțiunea de completare a acesteia. Se prevede compensarea parțială a medicamentelor sau integrală (100%), inclusiv separat pentru tratamentul infecției de COVID-19. Ordinul comun se aprobă întru executarea HG nr.106/2022.

*Ordinul comun al MS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014*¹²⁴ aprobă formularele de registre de evidență medicală și dărilor de seamă în cadrul AOAM (întru executarea art.18 alin.(5) din Legea nr.1585/1998).

*Ordinul comun al MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.2016*¹²⁵ privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare Programului unic al AOAM stabilește lista serviciilor medicale pentru maladiile social-condiționate și stările de urgență, cu impact major asupra sănătății publice prestate persoanelor neasigurate din contul fondurilor AOAM, în cadrul AMU, AMP, precum și în cadrul AMSA și AMS (art.5 alin.(4) din Legea nr.1585/1998).

*Ordinul comun al MS și CNAM nr.1087/721-A din 30.12.2016*¹²⁶ aprobă Regulamentul privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează AMP în cadrul AOAM. Pentru a beneficia de asistență medicală primară, toată populația indiferent de statutul persoanei asigurate sau neasigurate, se înregistrează pe lista medicului de familie, fiind respectat principiul liberei alegeri a medicului de familie.

*Ordinul Ministerului Finanțelor nr.126/2017*¹²⁷ prin care este aprobat Formularul tipizat (Forma IPC18) „Darea de seamă privind reținerea impozitului pe venit, a primelor de AOAM și a contribuțiilor de asigurări sociale de stat obligatorii calculate” (întru executarea art.6 alin.(3) lit.a) și art.10 alin.(3) din Legea nr.1585/1998, art.26 alin.(1) din Legea nr.1593/2002).

*Ordinul comun al MS și CNAM nr.1227/350-A din 29.12.2021*¹²⁸ aprobă Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul AOAM pentru anul 2022 (întru executarea HG nr.1387/2007 cu privire la aprobare Programului unic). Criteriile de aprobă anual și stabilesc:

- 1) principiile care stau la baza încheierii contractelor de acordare a asistenței medicale;

¹²³ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=129700&lang=ro

¹²⁴ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=126748&lang=ro

¹²⁵ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=129939&lang=ro

¹²⁶ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova (https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=97465&lang=ro)

¹²⁷ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova(https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=125654&lang=ro)

¹²⁸ Registrul de stat al actelor juridice al Republicii Moldova https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=129608&lang=ro

- 2) condițiile de contractare a prestatorilor de servicii medicale;
- 3) modalitățile de plată pe tipurile de asistență medicală prevăzute de Programul unic;
- 4) repartizarea mijloacelor fondurilor AOAM pe tipuri de asistență medicală;
- 5) modalitatea de achitare a serviciilor medicale acordate;
- 6) negocierea și soluționarea litigiilor.

V. Descrierea evaluării

5.1. Metode și tehnici de evaluare aplicate

La evaluarea ex-post de impact a Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002, după cum a fost descris mai sus la capitolul III „Metodologie”, au fost utilizate metode mixte de cercetare, atât cantitative, cât și calitative. Datele cantitative au fost colectate din mai multe surse statistice oficiale (naționale și internaționale), analizate în dinamică, comparate între ele.

Pentru analiza efectuată au avut prioritate cifrele oficiale raportate de Ministerul Sănătății, Biroul Național de Statistică (BNS), Agenția Națională pentru Sănătate Publică (ANSP) și de către Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM).

Evaluarea s-a bazat pe o abordare sistemică, fiind aplicate metodele calitative de comparație, analiza de experți, chestionarea specialiștilor, a beneficiarilor serviciilor medicale. În acest context, studiul calitativ „Cunoștințe, opinii și experiențe privind accesul la serviciile medicale ale persoanelor asigurate”, efectuat în cadrul pregătirii raportului, vine să confirme, prin opinia persoanelor asigurate, aspectele pozitive și cele problematice ale funcționării sistemului AOAM.

Toate aceste evaluări cantitative și calitative, efectuate în procesul de pregătire a raportului, sistematizate corespunzător, au permis formularea concluziilor și recomandărilor pentru implementarea cu succes în continuare a legilor evaluate și atingerea obiectivului de acoperire universală cu servicii de sănătate.

5.2. Descrierea întrebărilor și dimensiunilor pe care le abordează evaluarea

Evaluarea a inclus analiza dimensiunilor ce corespund obiectivelor de evaluare prezentate la *subcapitolul 2.2*. În mare parte evaluarea se referă la identificarea gradului și modului de executare a legilor evaluate, impactului acestora asupra sănătății populației și asupra funcționării sistemului de finanțare a ocrotirii sănătății.

De asemenea, s-a examinat dacă legislația primară și cea secundară sunt puse în aplicare în modul cel mai eficient, au fost trecute în revistă modificările legislative operate pe parcursul implementării legilor evaluate, strategiile adoptate, actele normative sublegislative, evidențiate anumite aspecte problematice. S-au evaluat costurile și beneficiile actelor evaluate, precum și necesitatea eventualelor modificări. A fost abordată și dimensiunea opiniei beneficiarilor despre implementarea și funcționarea sistemului AOAM.

Toate cele menționate mai sus au fost analizate prin prisma răspunsului la întrebarea: care este impactul acestor legi asupra acoperirii universale a beneficiarilor cu servicii de sănătate, în conformitate cu definițiile și recomandările OMS. În consecință au fost formulate concluziile și recomandările de rigoare.

5.3. Consultarea

În contextul pregătirii raportului de evaluare ex-post de impact a Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002, au fost petrecute discuții și consultări cu specialiști și experți din cadrul Ministerului Sănătății, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Biroului OMS în Republica Moldova, Catedrei Medicină Socială și Management a USMF „Nicolae Testemițanu”, prestatorilor publici și privați de servicii medicale și farmaceutice, organizațiilor necomerciale etc.

Opinia populației, beneficiarilor implementării legislației din domeniul AOAM, după cum a fost menționat, s-a realizat prin efectuarea studiului calitativ „Cunoștințe, opinii și experiențe privind accesul la serviciile medicale ale persoanelor asigurate”, rezultatele principale fiind inserate în raport.

5.4. Analiza datelor și informațiilor colectate

5.4.1. Aspecte legislative în implementarea legilor evaluate

După obținerea independenței Republicii Moldova, în anul 1991, s-au schimbat cardinal realitățile politice, economice și sociale, iar modul de organizare și funcționare a sistemului de sănătate din perioada sovietică nu mai putea să fie perpetuat în noile condiții. Unul dintre pilonii oricărui sistem de sănătate este mecanismul de finanțare, care influențează în mod decisiv prestarea serviciilor de sănătate, stimulează direct sau indirect necesitatea restructurării și administrării eficiente a instituțiilor medicale. Modelul de finanțare bazat pe asigurarea medicală obligatorie, existent în majoritatea statelor europene (așa numitul „model Bismarck” de asigurări sociale de sănătate), a devenit un exemplu pentru a fi preluat și adaptat în Republica Moldova.

În prima lege a ocrotirii sănătății din noul stat independent (Legea nr.411/1995), deja apar primele noțiuni cu tangență la noul model de finanțare. Astfel, la art.7 este stipulat că ocrotirea sănătății „este finanțată de la bugetul de stat și de la bugetele locale, din *fondurile de asigurare medicală* (cotizații de asigurare obligatorie și benevolă), [...]”. Legislația specială încă urma să fie dezvoltată, iar noul mecanism de finanțare era perceput ca unul complementar necesității reformării sistemului de sănătate în general.

Analizând *documentele strategice* (a se vedea *subcapitolul 4.3.2*), observăm că în Concepția reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economice noi pentru anii 1997-2003, se prevăd pași concreți în reformarea sistemului de sănătate pe mai multe dimensiuni: modificări organizaționale și structurale (reformarea asistenței medicale primare, reformarea spitalelor) și modificări în finanțarea sistemului. În Legea nr.1585/1998, au fost incluse majoritatea principiilor definite în această Concepție, caracteristice pentru asigurarea de medicală obligatorie (program de stat obligatoriu, contribuții ale salariaților și patronatului, taxe aparte pentru persoanele ce practică munca individuală, fonduri de asigurare, program unic de servicii, finanțarea din bugetul de stat pentru grupurile socialmente vulnerabile, programelor prioritare și cu destinație specială etc.). Unele principii sunt actuale și astăzi: sporirea treptată a cheltuielilor globale din PIB pentru sistemul sănătății; transferarea serviciilor curative paralele, administrate de către alte ministere și departamente, sub administrarea MS și finanțarea acestora din fondul unic al sistemului asistenței medicale.

Strategiile ulterioare menționează, drept argumente pentru urgentarea introducerii noului sistem de asigurare, scăderea drastică a finanțării din sănătate la sfârșitul anilor 90 - 2,9% din PIB în 1999 față de 6,0% în 1997, declinul esențial în ceea ce privește speranța de viață și o creștere considerabilă a morbidității (în Strategia preliminară de reducere a sărăciei (2001-2003)). Tot în această perioadă, s-au produs: restructurări masive în sectorul spitalicesc – închiderea spitalelor rurale, reformarea AMP cu trecere la medicina de familie, reforme care au anticipat și au facilitat implementarea asigurării obligatorii de asistență medicală.

Trebuie menționat că documentele strategice nu au fost mereu consecvente în promovarea elaborării și implementării legislației din domeniul AOAM. Acest lucru s-a făcut simțit și în târăgănarea de 5 ani a punerii în aplicare a Legii nr.1585/1998, deși prevederile legii menționau expres etapele de aplicare. Decizia politică finală a fost luată abia către sfârșitul anului 2003, după testarea în raionul-pilot Hâncești a noului model de finanțare. Tot atunci au fost modificate de urgență legile evaluate, dar și alte legi, ținând cont de experiența acumulată.

După 1 ianuarie 2004, strategiile aprobate (SCERS, PNS, Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, mai multe SND-uri) au ca obiectiv dezvoltarea sistemului de AOAM, punând accent pe perfecționarea lui:

- mobilizarea stabilă și prognozată a resurselor, precum și prin respectarea solidarității în acumularea resurselor; diversificarea surselor de finanțare, sporirea echității contribuțiilor, diminuarea gradului de fragmentare a fondurilor; micșorarea poverii de cheltuieli pentru serviciile medicale din bugetele familiilor și reducerea barierelor financiare de acces la asistența medicală (PNS);
- majorarea fondurilor de AOAM nu mai puțin decât nivelul inflației prognozat; majorarea treptată a contribuției procentuale până la atingerea cotei care să asigure pachetul de servicii medicale așteptat de populație; perfecționarea mecanismelor de achitare a contribuțiilor în funcție de veniturile reale; reexaminarea categoriilor de persoane socialmente vulnerabile și care necesită a fi excluse din sistem; creșterea finanțării pentru medicamente compensate (Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017);
- sporirea calității serviciilor de sănătate prin „optimizarea infrastructurii și utilizarea eficientă a resurselor, prin îmbunătățirea managementului unităților medico-sanitare și prin alocarea resurselor economisite pentru investiții în tehnologii cost-eficace, pentru procurarea de echipament și pentru îmbunătățirea competenței profesionale (SND 2008-2011);
- acoperirea universală cu servicii de sănătate ce asigură acces echitabil la servicii calitative și protecție față de riscurile financiare potențial asociate cu beneficierea de aceste servicii (proiectul SND 2030) etc.

Multe dintre obiectivele strategice, cu tangență la sistemul AOAM, rămân actuale și astăzi, necesitând voință politică pentru a fi realizate. Unele strategii urmează a fi adoptate în perioada următoare (proiectul SND 2030 e în Parlament, Strategia Națională de Sănătate 2022-2031 e în faza finală de elaborare, noua Strategie de dezvoltare instituțională a CNAM etc).

Legile de modificare și aferente legilor evaluate au fost descrise și analizate minuțios la compartimentele respective din raport (*subcapitolele 4.3.3.1, 4.3.3.2 și 4.3.3.3*). Prin adoptarea acestor legi au fost operate modificări sau stipulate noi reglementări cu scop de dezvoltare, perfecționare a funcționării sistemului AOAM. Multe prevederi legale au vizat aspecte de organizare a sistemului, precum și intervenții cu impact asupra asigurării universale cu servicii de sănătate a beneficiarilor: acoperirea populației cu asigurare medicală obligatorie, stabilirea contribuțiilor (primelor) și achitarea lor, fondurile de asigurări și gestionarea acestora, pachetul garantat de servicii, contractarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice etc. Vom menționa unele dintre acestea:

- *principiile de organizare ale sistemului AOAM* – definite pe larg în Legea nr.1585/1998 în anul 2010 (7 principii): principiile unicității, egalității, solidarității, obligativității, contributivității, repartiției, autonomiei, completate în 2020 cu principiul transparenței. Deși se respectă în mare parte, totuși anumite derogări au fost admise în legislație, descrise pe parcursul acestui raport.

Vom menționa aici „principiul autonomiei”, potrivit căruia sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se administrează de sine stătător, în baza legii. Acestui principiu îi corespundea, de fapt, varianta inițială a art.16 alin.(3) din Legea nr.1585/1998 care prevedea că mijloacele financiare ale fondurilor AOAM „nu intră în componența bugetelor și altor fonduri și nu sunt supuse sechestrării și impozitării”, excluzând astfel, conform viziunii legiuitorului din 1998, riscul utilizării arbitrare a acestor fonduri pentru alte sectoare ale economiei, lucru frecvent întâlnit în perioada sistemului sovietic de finanțare a sănătății.

Din păcate, autonomia fondurilor AOAM a fost știrbită prin includerea acestor fonduri ca parte componentă a bugetului public național (BPN), prin art.26 alin.(1) din Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr.181/2014. Tot atunci, a fost modificat corespunzător și art.16 din Legea nr.1585/1998, indicându-se că fondurile AOAM „fac parte integrantă din bugetul public național” și „se administrează în conformitate cu principiile, regulile și procedurile prevăzute de Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale”. Însă, se pare că această prevedere este în contradicție cu art.131 alin.(1) din Constituția RM care prevede că bugetul public național cuprinde „bugetul de stat, bugetul asigurărilor sociale de stat și bugetele raioanelor, orașelor și satelor”, fondurile AOAM nefiind menționate expres ca parte integrantă din BPN.

Printre efectele negative ale lezării autonomiei fondurilor CNAM este utilizarea soldurilor CNAM pentru acoperirea deficitului transferurilor de la bugetul de stat (de exemplu, zeci de milioane de lei în anii 2009, 2012, 2014, 2016, 2018), neacumularea surselor suficiente în fondul de rezervă, destinate pentru acoperirea cheltuielilor suplimentare, legate de îmbolnăviri și afecțiuni urgente și compensarea diferenței dintre cheltuielile efective legate de achitarea serviciilor medicale curente și contribuțiile acumulate (veniturile așteptate) în fondul de bază. Pandemia de COVID-19 a arătat efectul în timp al acestor modificări, când un fond de rezervă consistent ar fi fost util în finanțarea unui volum de servicii neprevăzute, iar bugetul de stat nu ar fi fost nevoit să intervină atât de mult.

- *acoperirea cu AOAM* – este descrisă detaliat mai jos (*subcapitolul 5.4.2.2*), multiple modificări legislative vizează, în special, extinderea categoriilor de persoane neangajate asigurate de stat. Numeroase noi categorii au apărut pe parcurs, multe fără a avea argumente temeinice, în special economice. În același timp, unele categorii de angajați rămân în afara schemei de AOAM;
- *statutul de persoană asigurată* – confirmarea acestui statut a devenit mai rapidă și mai simplă. Dacă la începutul implementării Legii nr.1585/1998, statutul de persoană asigurată era confirmat prin contract de asigurare (pe suport de hârtie) și poliță de asigurare (la fel pe suport de hârtie), care necesitau actualizare periodică, apoi în prezent evidența se ține doar în format electronic. A dispărut necesitatea în contracte de asigurare (AOAM fiind obligatorie pentru toți), poliță de asigurare (este evidența în

sistemul informațional al CNAM), liste de evidență nominală a persoanelor angajate (au fost anulate, angajatorii completează acum doar un formular către SFS care conține inclusiv evidența angajaților – Forma IPC18);

- *stabilirea mărimii contribuțiilor (primelor de asigurare)* – Legea nr.1585/1998 prevede la art.17 alin.(2) că primele de AOAM „se stabilesc ca contribuții financiare în mărimi suficiente pentru îndeplinirea Programului unic și desfășurarea activității asigurătorului”. La rândul său, Legea nr.1593/2002 stipulează la art.5 că mărimea primelor de AOAM se calculează de către MS și se aprobă anual prin legea fondurilor AOAM. Aceste prevederi se realizează doar parțial, analiza detaliată fiind făcută la *subcapitolul 5.4.2.1*;
- *plătitorii de prime în formă de contribuție procentuală* – în mod tradițional, începând cu anul 2004, contribuțiile în formă procentuală la salariu erau achitate în proporție egală de angajatori și angajați. Mărimea acestor contribuții era și un subiect de negocieri tripartite Guvern-Patronat-Sindicate. Prin Legea nr.60/2020 au fost comasate contribuțiile de asigurări medicale (atât a celor datorate de angajator, cât și cele datorate de angajați) la nivel de angajați, iar a celor de asigurări sociale la nivel de angajatori. Pe lângă anumite aspecte pozitive ale modificărilor ce țin de simplificarea calculării și transferurilor, totuși dispariția responsabilității partajate între diverși actori (angajatori și angajați, în cazul dat) influențează modificarea atitudinii față de AOAM. Angajatorii nu mai simt deja apartenența la un sistem solidar de asigurări și, deci, nu poartă formal nici o răspundere, iar angajații, dimpotrivă, percep deja că contribuie mult mai substanțial (9% în loc de 4,5%), cu anumite tendințe de a cere diminuarea primei sau acumularea ei pe un cont propriu în caz de nesolicitare a serviciilor medicale, ceea ce periclitează principiul solidarității (a se vedea și opiniile de la *subcapitolul 5.4.4*).
- *transferurile din bugetul de stat* pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care plătitor al primelor de AOAM este Guvernul – formula de calcul a acestora a suferit numeroase modificări, reprezentând în prezent „suma aprobată a transferurilor din bugetul de stat pentru anul precedent, indexată cu indicii prețurilor de consum pentru anul precedent”. Descrierea detaliată o puteți găsi la *subcapitolul 5.4.2.1*.
- *pachetul de servicii de sănătate* (Programul unic) pentru persoanele asigurate și pentru cele neasigurate, fiind modificat de nenumărate ori, este de asemenea analizat în mod desfășurat la compartimentele din raport ce țin de AUSS (*subcapitolul 5.4.2.3*). Aici ne vom opri asupra anumitor divergențe între legile analizate. Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995 la art.20 vine cu reglementări ce țin de serviciile medicale acoperite din fondurile AOAM, care au fost extinse pe parcursul anilor. În varianta anului 2004, odată cu startul implementării AOAM, art.20 prevedea acoperirea deplină de către CNAM pentru persoanele asigurate și parțial pentru neasigurați (doar a AMU, în caz de urgențe medico-chirurgicale majore ce pun în pericol viața persoanei, și a AMP (examenul clinic (subiectiv și obiectiv), cu recomandarea investigațiilor și tratamentului). În același timp trebuie de menționat că dinamica veniturilor CNAM s-a majorat de la 976 892,6 mii lei în anul 2004 până la 12 287 601,0 mii lei în anul 2022.

Varianta actuală a art.20, care în conformitate cu Constituția stabilește minimul asigurării medicale gratuite cetățenilor Republicii Moldova, este expusă în Caseta nr.4, unde observăm completările operate până în prezent, garantând drepturi mult mai largi pentru persoane neasigurate comparativ cu art.5 alin.(4) din Legea nr.1585/1998: „În

cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, pentru asistența medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor AOAM, conform listei stabilite de MS.”. Astfel apar anumite incoerențe între prevederile Legii nr.1585/1998 și Legii nr.411/1995, cu referire la asistența medicală acordată persoanelor neasigurate din FAOAM în cadrul minimului asigurării medicale gratuite oferite de stat. Opinia juridică la prevederile art. 5 alin. (4) din Legea nr.1585/1998¹²⁹ evidențiază că lipsa unei reglementări (în esență, explicative) la nivel de lege nr.1585/1998 nu degreveză statul de obligațiile sale constituționale. Prin urmare, Statul rămâne obligat, în temeiul art. 36 alin. (2) din Constituție, la oferirea gratuită cetățenilor săi a minimului de asistență medicală, care trebuie și este stabilit prin art.20 din Legea nr.411/1995. Totuși, având în vedere lipsa de unitate terminologică în repertoriului normativ privind ocrotirea sănătății, în general, și asigurarea medicală a minimului garantat de stat, în special, se consideră că, completarea – fie a art. 20 din Legea nr. 411/1995, fie a Legii nr.1585/1998 – cu o normă care să prevadă expres beneficiarii serviciilor care constituie minimul asigurării medicale garantate de stat – cetățenii Republicii Moldova asigurați și neasigurați, ar fi facilitat aplicarea uniformă a reglementărilor primare, dar și instituirea de mecanisme care să asigure realizarea eficientă și eficace de către stat a obligației constituționale de acordare a minimului asigurării medicale.

¹²⁹ Opinia Juridică la întrebarea ”Dacă Guvernul/Parlamentul trebuia sa aducă prevederile art. 5 alin. (4) din Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală în concordanță cu prevederile art. 20 alin. (2) lit. c1) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, pentru ca Statul să garanteze minimul asigurării medicale gratuite și cetățenilor RM neasigurați CNAM?” <http://pas.md/ro/PAS/Studies/Details/364>

Caseta nr.4. Articolul 20 „Dreptul la asistență medicală” din Legea nr.411/1995

(1) Cetățenilor Republicii Moldova, indiferent de veniturile proprii, li se oferă posibilități egale în obținerea de asistență medicală oportună și calitativă în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem, garantat de stat, de apărare a intereselor populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate acoperirii cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiune).

(2) Statul, în conformitate cu prevederile Constituției, garantează minimul asigurării medicale gratuite cetățenilor Republicii Moldova, care cuprinde:

a) măsurile profilactice antiepidemice și serviciile medicale în limita programelor naționale prevăzute în bugetul de stat;

b) asistența medicală în caz de urgențe medico-chirurgicale cu pericol vital, când sînt necesare una sau mai multe intervenții realizate atît prin intermediul serviciului prespitalicesc de asistență medicală urgentă, de asistență medicală primară, cît și prin structurile prestatorilor de servicii medicale de tip ambulator sau staționar, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală și mijloacelor bugetului de stat pe anul respectiv;

c) asistența medicală urgentă prespitalicească, asistența medicală primară, precum și asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul maladiilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, conform unei liste stabilite de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale;

c1) îngrijirea paliativă, în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală;

d) asistența medicală, prevăzută în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, persoanelor asigurate, inclusiv celor neangajate în cîmpul muncii, pentru care plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală este statul;

e) asistența medicală stomatologică în volum deplin, cu excepția protezării și restaurării dentare, acordată copiilor cu vîrsta de pînă la 12 ani;

f) acoperirea cheltuielilor pentru exoprotezele și implanturile mamare necesare pentru reabilitarea pacienților cu tumori maligne;

g) acoperirea cheltuielilor pentru protezele individuale și consumabilele necesare pentru reabilitarea chirurgicală și protetică a pacienților cu tumori maligne ale capului, ale gâtului, ale aparatului locomotor și a pacienților cu anoftalmie, defect parțial sau total al globului ocular, indiferent de etiologie, din contul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală gestionate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

(3) Asistența medicală prevăzută la alin.(2) lit.b)–g) se realizează în limita mijloacelor financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, constituite în modul stabilit de legislație.

- *calitatea serviciilor de sănătate* prestate beneficiarilor AOAM – o problemă actuală în sistemul de sănătate, fiind aprobate mai multe reglementări pentru remediere: instituționalizarea acreditării prestatorilor de servicii de sănătate în sistemul AOAM; monitorizarea și controlul de către CNAM a executării contractelor încheiate cu prestatorii; instituirea în cadrul CNAM a unei direcții speciale de relații cu beneficiarii; operaționalizarea liniei verde (gratuite) pentru beneficiari; campanii de informare despre drepturile beneficiarilor în sistemul AOAM; reglementarea fluxului de pacienți - înregistrarea la medicul de familie, bilete de trimitere, rețete compensate, programare prealabilă, sisteme informaționale; contractarea de noi prestatori și de volume mai mari de servicii etc.

Cu toate acestea, multiple plângeri și nemulțumiri ale pacienților se fac auzite despre calitatea proastă a serviciilor, discutate și în capitolele ce urmează (a se vedea în special *subcapitolele 5.4.3 și 5.4.4*).

- *Modificări suplimentare necesare în legi:*
 - art.26 („Asigurarea obligatorie de asistență medicală a străinilor”) din Legea nr.411/1995 dublează prevederile art.9 („Asigurarea obligatorie de asistență medicală a străinilor”) din Legea nr.1585/1998, respectiv ar trebui abrogat;
 - la art.16 alin.(2) din Legea nr.1593/2002 prevede că „Unitățile responsabile de evidența categoriilor de plătitori de prime de AOAM, stabilite la anexa nr. 2, prezintă listele plătitorilor de prime după modelul și în termenele stabilite în acordul încheiat cu CNAM”. Această prevedere nu mai este actuală. Conform prevederilor Legii cu privire la schimbul de date și interoperabilitate nr.142/2018 și HG nr.1246/2018 pentru aprobarea Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul AOAM, CNAM utilizează datele furnizate, prin intermediul platformei de interoperabilitate (MConnect), de către instituțiile responsabile de evidența categoriilor de persoane indicate în anexa nr.2 la Legea nr.1593/2002.
- *Modificări/reglementări necesare în Hotărâri de Guvern:*
 - la p.10 din Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor AOAM, aprobat prin HG nr.594/2002, se specifică că mijloacele financiare acumulate în fondul de bază se utilizează pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării Programului unic. Nu sunt menționate cheltuielile pentru „dispozitive medicale compensate”, noțiune inclusă în anul 2021 în Legea nr.1585/1998;
 - prin Legea nr.110/2020 pentru modificarea unor acte normative au fost aplicate modificări la Legea nr.1585/1998 prin care a fost atribuită obligația CNAM să încheie contracte cu prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, *selectați conform criteriilor* aprobate de Guvern. La momentul evaluării, cadrul legal aferent de punere în aplicare a normei juridice respective nu este aprobat;
 - nu este elaborat deplin cadrul legal aferent de punere în aplicare a normei juridice stipulate în Legea nr.1585/1998 la art.11 alin.(3), de „stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți de prestatorii de servicii medicale. Este aprobat prin HG¹³⁰ doar în partea ce ține de serviciile nemedicale prestate de către instituțiile medico-sanitare private pacienților asigurați.

Legea nr.1593/2002 este de facto o continuare a Legii nr.1585/1998, prevederile ei nefiind incluse în anul 1998. Ar fi recomandată *comasarea ambelor legi în una singură*, fie prin înglobarea Legii nr.1593/2002 în legea de bază și republicarea ei în Monitorul Oficial, fie prin aprobarea unei legi noi (ceea ce ar putea dura ca timp). Primul pas a fost făcut în 2007 prin excluderea Anexei nr.1 la Legea nr.1593/2002, în care erau indicate Categoriile de persoane neangajate asigurate de Guvern, și păstrarea acestei liste la art.4 alin.(4) din Legea nr.1585/1998.

¹³⁰ Hotărârea Guvernului nr. 1022 din 17.10.2018 cu privire la serviciile nemedicale prestate de către instituțiile medico-sanitare private pacienților asigurați în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală

5.4.2. Impactul legilor evaluate asupra acoperirii universale cu servicii de sănătate

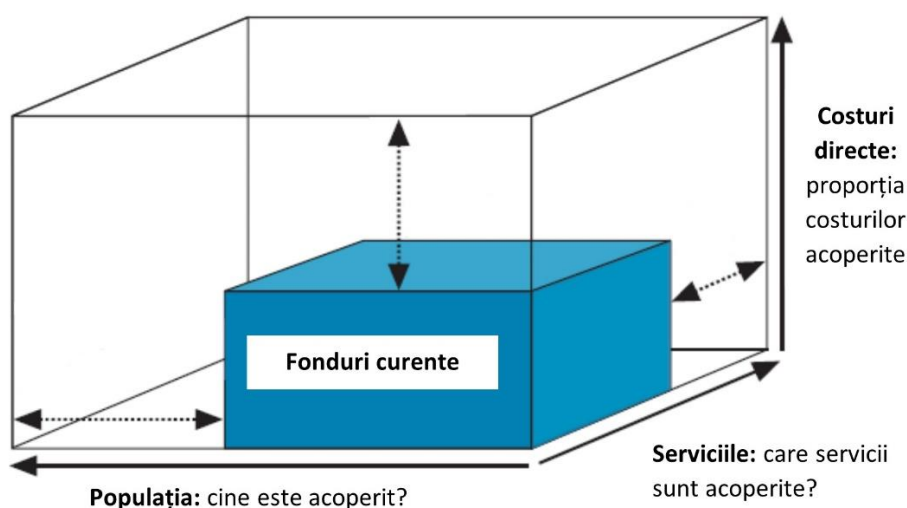
Acoperirea universală cu servicii de sănătate (AUSS) presupune ca toți oamenii să aibă acces la serviciile de sănătate de calitate de care au nevoie atunci când au nevoie, acolo unde au nevoie și fără ca acestea să fie o povară financiară. Acestea includ întregul spectru de servicii de sănătate esențiale, de calitate, centrate pe pacient, de la promovarea sănătății la prevenire, tratament, reabilitare și îngrijire paliativă, pe parcursul vieții.¹³¹

Totodată, statele lumii s-au angajat în anul 2015, prin obiectivele de dezvoltare durabilă (ODD), să asigure acoperirea universală cu servicii de sănătate până în anul 2030. Țările au reafirmat acest angajament la Reuniunea la nivel înalt a Adunării Generale a Națiunilor Unite privind AUSS din 2019. Se consideră că țările care progresează în direcția AUSS vor face concomitent progrese către cealaltă țintă aferentă sănătății și către celelalte obiective de dezvoltare. Sănătatea bună le va permite copiilor să acumuleze cunoștințe, adulților să câștige venituri, îi va ajuta pe oameni să scape de sărăcie și va oferi baza dezvoltării economice pe termen lung.

Tranziția către AUSS necesită *consolidarea sistemelor de finanțare în sănătate*. Atunci când oamenii trebuie să plătească o mare parte a costurilor pentru serviciile de sănătate din propriile buzunare, cei săraci devin adesea incapabili să obțină multe dintre serviciile de care au nevoie și chiar și cei bogați pot fi expuși la dificultăți financiare în cazul unor probleme grave și de durată. De aceea, mecanismele de finanțare instituite prin implementarea Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002, acumularea fondurilor publice din surse de finanțare obligatorie, au rolul de a limita riscurile financiare pentru populație în caz de îmbolnăvire.

Conceptual, acoperirea universală cu servicii de sănătate cuprinde *trei dimensiuni* critice pentru a fi acoperite – 1) populația (cine este acoperit?), 2) serviciile de sănătate (care servicii sunt acoperite și la ce calitate?) și 3) costul serviciilor (cât de mult din cost este acoperit?).¹³² (Figura nr.1).

Figura nr.1. Trei dimensiuni ale acoperirii universale cu servicii de sănătate



Sursa: Adaptat și tradus după The World Health Report, OMS, 2010

¹³¹ Universal Health Coverage fact-sheet, World Health Organization, 1 April 2021 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)))

¹³² Health systems financing: the path to universal coverage. The world health report 2010. World Health Organization, Geneva, 2010. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>)

Implementarea legilor evaluate din domeniul AOAM au o contribuție directă la gradul de acoperire a celor 3 dimensiuni ale AUSS. Vom examina fiecare în parte dintre acestea.

5.4.2.1. Fondurile disponibile în sistemul AOAM

Serviciile de sănătate sunt foarte costisitoare în toate sistemele de sănătate, incluzând plățile salariale pentru medici, asistente și alt personal, costurile medicamentelor și consumabilelor, investițiile capitale și întreținerea infrastructurii, etc. Având în vedere că bolile transmisibile prezintă în continuare un risc sporit, pandemia cu COVID-19 fiind un exemplu elocvent, iar prevalența bolilor nontransmisibile (boli cardiovasculare, cancer, diabet și alte afecțiuni cronice) crește peste tot în lume, costurile de sănătate vor continua să se mărească la fel.

Cheltuielile totale pentru sănătate, care includ atât cheltuielile publice, cât și cele private, sunt în creștere în întreaga lume. Sectorul de sănătate se dezvoltă mai rapid decât economia, cheltuielile totale pentru sănătate la nivel mondial crescând, în perioada anilor 2000-2017¹³³, cu 3,9% anual în termeni reali, comparativ cu o creștere economică în mediu de doar 3% anual. Și în Republica Moldova, cheltuielile totale pentru sănătate au crescut mai rapid decât produsul intern brut (PIB) în perioada anilor 2000-2017¹³⁴. În anul 2017, spre exemplu, cheltuielile totale pentru sănătate constituiau în Republica Moldova 7% din PIB, mai mult decât media la nivel mondial (6%), dar mai puțin decât media pe Regiunea europeană a OMS (8%).¹³⁵

Cheltuielile totale pentru sănătate trebuie analizate și prin *coraportul dintre ponderea cheltuielilor publice și a celor private*, în special a celor achitate direct de beneficiar (din buzunar). O pondere cât mai mare a cheltuielilor publice diminuează povara financiară pentru beneficiari, facilitând atingerea AUSS.

În intervalul de timp 2000-2017, Republica Moldova a demonstrat atât o creștere a ponderii *cheltuielilor publice pentru sănătate* raportat la PIB (de la 2 la 4%), cât și a priorităților de finanțare pentru domeniu, ca pondere a cheltuielilor publice pentru sănătate din totalul cheltuielilor publice (de la 9 la 12%).¹³⁶ Un rol important în sporirea cheltuielilor publice pentru sănătate l-a avut implementarea AOAM, începând cu anul 2004.

În același timp, o analiză recentă a OMS privind protecția financiară în Republica Moldova¹³⁷ arată că din 2009 cheltuielile publice pentru sănătate nu au ținut pasul cu PIB-ul; ca urmare, angajamentul de a aloca pentru sănătate 12% din bugetul guvernului nu a fost realizat. Cheltuielile publice pentru sănătate, după o creștere în primii ani de implementare a AOAM, au scăzut ca pondere din PIB, iar cota din bugetul guvernamental alocată sănătății a fost redusă.

Finanțarea domeniului sănătății din surse publice a fost influențată în perioada anilor 2010-2019 de constrângerile bugetare existente și de prioritatea scăzută pentru domeniul

¹³³ Perioada de timp disponibilă pentru datele comparative din WHO Global Health Expenditure Database. Relevantă pentru că include și perioada de până la implementarea AOAM în Republica Moldova în 2004.

¹³⁴ Global spending on health: a world in transition. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-19.4>)

¹³⁵ WHO Global Health Expenditure Database; (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)

¹³⁶ Idem

¹³⁷ Garam I, Zadnipro M, Doronin V, Matei A, Mosca I. (2020). Își permit oamenii să plătească pentru îngrijirea sănătății? Noi dovezi privind protecția financiară în Republica Moldova. Copenhaga: Biroul regional al OMS pentru Europa (<https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/2020/can-people-afford-to-pay-for-health-care-new-evidence-on-financial-protection-in-the-republic-of-moldova-2020>)

sănătății în bugetul de stat, cheltuielile publice pentru sănătate constituind 4,1% din PIB în anul 2019 față de 5,6% în anul 2010. Chiar dacă în termeni nominali cheltuielile publice pentru sănătate au crescut, atunci în termeni reali acestea înregistrează un trend negativ (*Tabelul nr.2*). În 2020 observăm creșterea cotei cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB până la 4,8%, datorată alocațiilor bugetare crescute pentru combaterea pandemiei de COVID-19, dar și micșorării PIB față de anul precedent.

Tabelul nr.2. Cheltuieli publice pentru sănătate (mln. lei) și în % din PIB, anii 2011-2020 (executat)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
PIB	82349	88228	100510	112000	122600	135400	150400	192500	210400	206400
Cheltuieli publice pentru sănătate	4261,1	4762,7	5226,9	5890,5	6458,3	6505,4	7268,7	7799	8635	9990,2
% din PIB	5,2	5,4	5,2	5,3	5,3	4,8	4,8	4,1	4,1	4,8
Fondurile AOAM	3615,7	3951,2	4226,1	4679,5	5152,5	5673,5	6260,8	6714,1	7489,6	8405,5
Bugetul de stat	2552,5	2775,4	3065,4	3302,1	3418,5	3267,5	3459,6	3646	3786,7	4943,3
<i>inclusiv transferurile către FAOAM</i>	1984,4	2043,2	2162,2	2200,2	2197,7	2512,7	2593	2728	2813,6	3533,7
Bugetele UAT	77,3	79,3	96,6	138,1	134,2	77,2	141,3	166,9	172,3	175,1

Sursa: Datele statistice ale Ministerului Sănătății

Cheltuielile publice pentru sănătate includ mai multe surse de mijloace financiare, ponderea cea mai mare o dețin fondurile AOAM, crescând de la 70% în anul 2004 până la 86,7% în anul 2019, revenind la 84,1% în anul 2020 datorită creșterii finanțării din bugetul de stat pentru combaterea pandemiei de COVID-19. Pe lângă fondurile AOAM, în cheltuielile publice se mai includ alte alocații din bugetul de stat pentru sănătate (în afara transferurilor către CNAM), precum și din bugetele unităților administrativ teritoriale (UAT).

După cum putem observa, *cheltuielile autorităților publice locale* (APL), deși au calitatea de fondator pentru majoritatea instituțiilor medico-sanitare publice din teritoriu, sunt destul de reduse, inclusiv pentru investiții în infrastructură și echipamente. Contribuția acestora (bugetele UAT) reprezintă în anul 2020 doar 1,7% din cheltuielile publice pentru sănătate. Conform art.6 lit. e) din Legea octrotirii sănătății nr.711/1995, APL, în limitele posibilităților, participă la consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medico-sanitare fondate. În consecință, investițiile capitale se realizează în mare parte din bugetul de stat, prin MS, din surse externe sau din contul *fondului de dezvoltare și modernizare* a prestatorilor publici de servicii medicale al CNAM.

Fondurile AOAM cumulează, în afara transferurilor de la bugetul de stat, atât contribuțiile de asigurare achitate din salariu cât și cele plătite individual, iar ulterior fondurile sunt folosite pentru a contracta și plăti furnizorii de servicii de sănătate publici și privați. Conform art.17 alin.(2) din Legea nr.1585/1998, primele de AOAM „se stabilesc ca contribuții financiare în mărimi suficiente pentru îndeplinirea PU și desfășurarea activității asiguratorului”.

Transferurile din bugetul de stat pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care plătitor al primelor de AOAM este Guvernul sunt în creștere nominală (a se vedea *Tabelul nr.2*). În același timp, formula de calcul a acestor transferuri a suferit modificări:

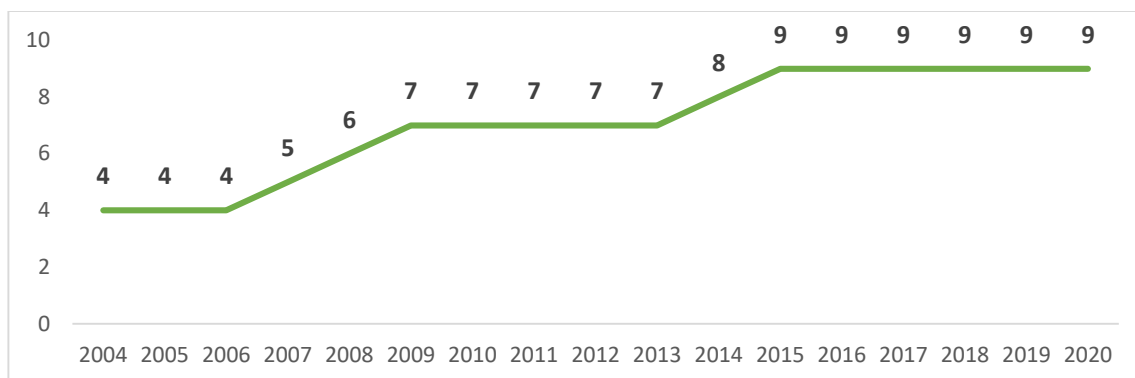
- În 2004, art.9 din Legea nr.1593/2002 prevedea că primele de asigurare pentru categoriile de persoane al căror plătitor este Guvernul „se stabilesc, ca subvenții, în mărime echivalentă costului Programului unic pe cap de locuitor”, iar suma acestor prime „se calculează în funcție de numărul persoanelor asigurate”. Transferurile din bugetul de stat se calculau prin înmulțirea primei de asigurare în sumă fixă la numărul de persoane asigurate de stat.
- Prin Legea nr.268/2006 s-a modificat formula de calcul a sumei transferurilor din bugetul de stat în fondurile AOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate („o cotă procentuală din totalul cheltuielilor de bază aprobate ale bugetului de stat nu mai mică decât 12,1%”).
- Legea nr.177/2007 a modificat în legea evaluată quantumul cheltuielilor bugetare la care se aplică cota de 12,1% pentru transferurile către CNAM din contul bugetului de stat. Din quantum au fost excluse cheltuielile efectuate din veniturile bugetare cu destinație specială.
- Legea nr.252/2017 a modificat din nou formula de calcul a sumei transferurilor din bugetul de stat în fondurile AOAM pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate pentru care plătitor al primelor de AOAM este Guvernul, reprezentând „suma aprobată a transferurilor din bugetul de stat pentru anul precedent, indexată cu indicii prețurilor de consum pentru anul precedent”.

Conform ultimei formule, în 2020 Guvernul a transferat către CNAM 3,53 miliarde lei. Folosind formula inițială (din 2004), înmulțind prima de asigurare în sumă fixă de 4056 lei (nemodificată din anul 2014) cu 1,63 milioane de persoane asigurate de stat în 2020, vom obține cu circa 800 milioane lei mai mult decât suma transferată de facto.

Inechitățile la determinarea sumelor alocate din bugetul de stat se observă și la necorelarea între quantumul transferurilor de la bugetul de stat raportat la numărul de persoane asigurate de Guvern și quantumul contribuțiilor achitate de alte categorii de populație (*Figura nr.5*). Angajații au contribuit în anul 2020 cu 56,2% din veniturile CNAM, constituind 34,2% din cei asigurați, iar Guvernul a contribuit cu 41,4% pentru peste 63% din persoanele asigurate.

Prima de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariu și alte recompense a crescut de la 4% (2% din partea angajatorului și 2% din partea angajatului) în 2004 până la 9% (din partea angajatului) în prezent (*Figura nr.2*). Voința politică și prioritizarea AOAM în finanțarea sănătății au permis majorarea graduală a primei procentuale în perioadele 2007-2009 și 2014-2015. Aceasta a corespuns și Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 care solicita expres „majorarea treptată a contribuției procentuale până la atingerea cotei care să asigure pachetul de servicii medicale așteptat de populație”. Pentru comparație, în țările europene, cu sisteme de asigurări de sănătate obligatorii, media contribuțiilor (primelor de asigurare) achitate din salariu este de 13,5%.

Figura nr.2. Mărimea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală, %, 2004-2020



Prima de asigurare în formă de sumă fixă se achită de persoanele neangajate, din afara categoriilor asigurate de stat. Conform art.17 alin.(4) din Legea nr.1585/1998, mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă „se calculează prin aplicarea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici”. Prima de asigurare în sumă fixă a crescut de la 441,23 lei în 2004 până la 4056 lei în 2014. Ulterior, prin derogare de la lege, această primă nu a mai fost modificată, rămânând la mărimea din anul 2014. Dacă am folosi în anul 2022 formula legală de mai sus, prin aplicarea contribuției de 9% la salariul mediu prognozat de 9900 lei lunar, vom obține o primă de asigurare anuală de 10692 lei.

Numărul persoanelor care se asigură în mod individual a crescut de la 33.800 persoane în anul 2004 până la 63.210 în anul 2020, constituind 2,5% din numărul total al persoanelor asigurate. Pentru a facilita încadrarea acestora în sistemul AOAM, începând cu anul 2008 sunt aplicate reduceri la mărimea primei achitate în termen de până la 31 martie. În anul 2022 este aplicată reducerea de 50% la mărimea primei de AOAM stabilită în sumă fixă pentru persoanele care se asigură în mod individual, 75% - pentru proprietarii de terenuri cu destinație agricolă și 60% - pentru persoanele fizice care desfășoară activități independente în domeniul comerțului cu amănuntul, cu excepția comerțului cu mărfuri accizate. Aplicarea acestor înlesniri pe parcursul anilor nu a avut un impact spectaculos în creșterea numărului de plătitori, dar a servit mai degrabă ca un instrument de protecție financiară a categoriilor de populație fără un venit stabil.

Concluzionând, mărimea primelor de AOAM (în formă procentuală sau în sumă fixă) se aprobă anual prin legea fondurilor AOAM. Îar ceea ce ține de modul de calculare și de stabilire a mărimii concrete a primelor, deciziile au fost luate deseori reieșind din considerente de oportunitate politică sau financiară, recurgându-se frecvent la modificarea formulelor de calcul.

Revenind la *coraportul cheltuielilor publice și private*, conform datelor statistice, ponderea cheltuielilor publice a crescut treptat, de la 49% în 2000 la 60% în 2019 din totalul cheltuielilor pentru sănătate. Corespunzător și ponderea plăților din buzunar s-a redus de la 47% în 2000 până la 36% în 2019. Asigurările facultative au o cotă de 4% din cheltuielile totale pentru sănătate în anul 2019, aceeași ca și în anul 2000¹³⁸.

Ponderea *plăților din buzunar* denotă gradul de dependență a finanțării sistemului de sănătate de cheltuielile gospodăriilor casnice. Deși în diminuare, cota plăților din buzunar în cheltuielile totale din sectorul sănătății rămâne impunătoare. Datele acumulate de ANSP în

¹³⁸ WHO Global Health Expenditure Database (<https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)

cadrul Conturilor Naționale de Sănătate confirmă că circa 40% din cheltuielile totale pentru sănătate în 2018 sunt din contul plăților gospodăriilor casnice (*Tabelul nr.3*). Această cotă este mai mică decât media pentru țările cu venituri mici și medii (55,3%), dar este peste media pentru țările UE (22,4%).

Tabelul nr.3. Cheltuielile gospodăriilor casnice ca % din cheltuielile totale pentru sănătate, 2010-2018

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Cheltuielile gospodăriilor casnice	44,9%	42,4%	43,1%	41,3%	39,6%	46,6%	44,6%	42,3%	39,6%

Sursa: ANSP (Conturile Naționale de Sănătate)

Ponderea importantă a plăților din buzunar duce la cazuri de cheltuieli catastrofale, inechitate printre păturile socio-economice și la posibilitatea ca tot mai mulți oameni să cadă sub pragul de sărăcie din cauza acestor plăți. În 2016, ponderea cheltuielilor catastrofale pentru sănătate (mai mult de 40% din capacitatea de plată a gospodăriilor casnice) a fost de 17,1% în Republica Moldova, mult mai înaltă comparativ cu majoritatea țărilor din regiunea europeană a OMS.¹³⁹ În mare parte, acestea sunt suportate de chintilele cele mai sărace ale populației, puternic concentrate în rândul persoanelor care trăiesc în mediul rural și a pensionarilor.

Plățile din buzunar sunt achitate în mare parte pentru medicamente în ambulatoriu, ponderea cheltuielilor pentru acestea din totalul plăților din buzunar crescând de la aproximativ 64,4% în 2008 la 73,5% în 2016¹⁴⁰. Și în alte state europene, în special din Europa Centrală și de Est, ponderea plăților din buzunar pentru medicamente este semnificativă, deși nu la așa nivel ca în Republica Moldova: Cehia – 48%, Estonia - 42%, Ungaria – 46%, Polonia – 59%, Letonia – 42% etc. În România această pondere e de 75%, totuși aceasta trebuie raportată la un nivel foarte scăzut al plăților din buzunar din bugetul total al gospodăriilor¹⁴¹.

Plățile informale, fiind pe larg răspândite în Republica Moldova, majorează costurile serviciilor medicale pentru beneficiarii acestora, provoacă multe nemulțumiri și reduc din încrederea persoanelor în sistemul de sănătate și cel de AOAM.

5.4.2.2. Acoperirea populației cu asigurare obligatorie de asistență medicală

Unul dintre principiile de organizare a sistemului de AOAM, menționat la art.5 alin.(1) din Legea nr.1585/1998, este *principiul obligativității*, potrivit căruia asiguratul are, conform legii, obligația de a participa la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, iar drepturile de asigurări medicale se exercită corelativ cu îndeplinirea obligațiilor. Reieșind din acest principiu, toată populația Republicii Moldova are obligația să fie asigurată în sistemul AOAM.

Proporția persoanelor asigurate din totalul populației a avut o dinamică ascendentă de la lansarea AOAM în anul 2004 (*Figura nr.3*). Dacă în primul an (2004) circa 67% din populație erau asigurați, în anul 2020 cota celor asigurați a atins nivelul de circa 88%. O diminuare s-

¹³⁹ Biroul Național de Statistică

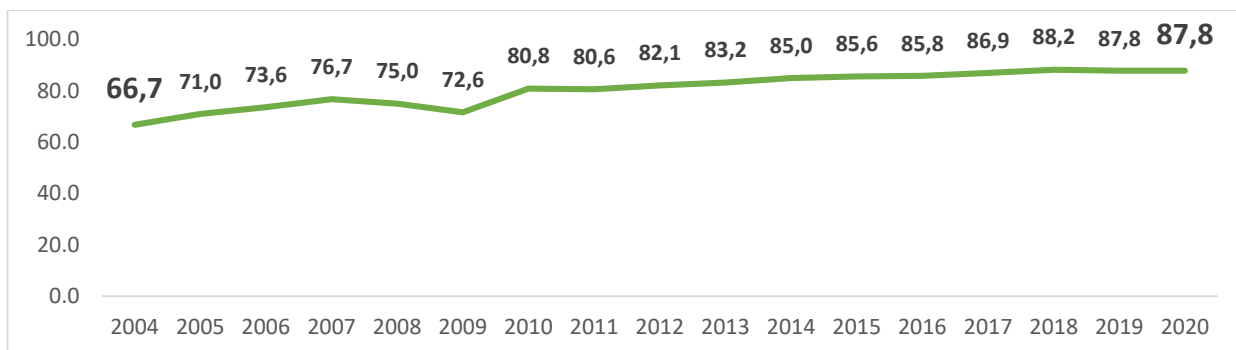
(https://statistica.gov.md/public/files/publicatii_electronice/acces_servicii_sanatate/Acces_servicii_sanatate_2016.pdf)

¹⁴⁰ Idem

¹⁴¹ Baeten, R., et al. (2018). Inequalities in access to healthcare. A study of national policies, European Social Policy Network, Brussels: European Commission (<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20339&langId=en>)

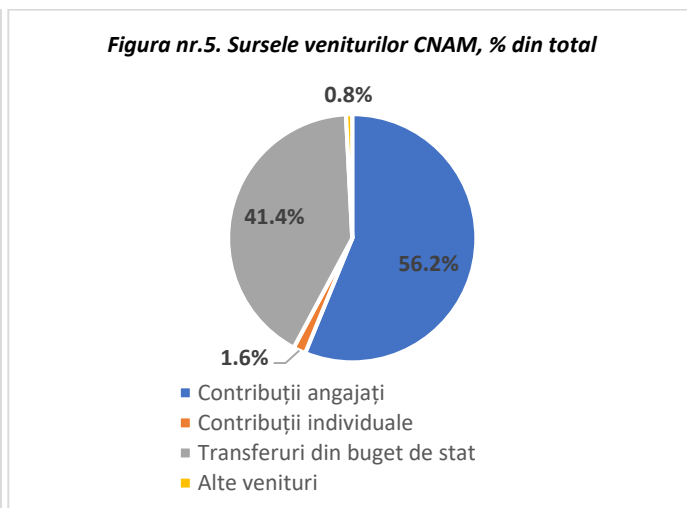
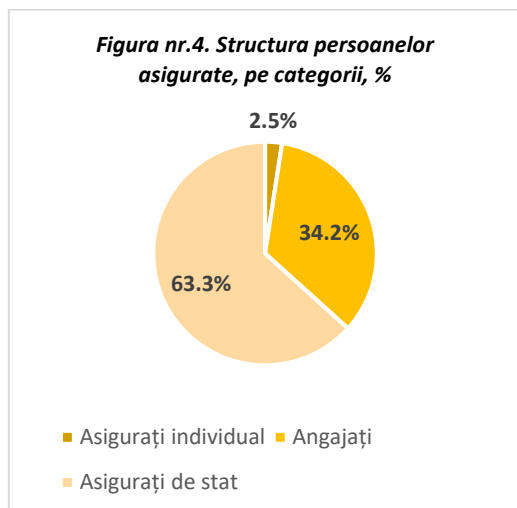
a făcut simțită doar în contextul crizei financiare din 2009. Totuși, aproximativ 12% din populație nu au încă acoperire cu asigurare obligatorie de asistență medicală.

Figura nr.3. Cota persoanelor asigurate în sistemul AOAM din total populație, %, 2004-2020



Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

În structura persoanelor asigurate predomină categoriile asigurate de Guvern, constituind 1,63 milioane persoane sau 63,3% din totalul de 2,57 milioane de persoane asigurate în anul 2020. Angajații au constituit 34,2% din acest număr. În timp ce doar 2,5% sunt persoane ce se asigură în mod individual (63 mii de contribuabili) (Figura nr.4)¹⁴².



În prezent, Guvernul asigură 14 categorii de persoane neangajate (a se vedea Caseta nr.2), care sunt acoperite prin transferuri de la bugetul de stat. Modificările efectuate în lege pot fi urmărite la *subcapitolul 4.3.3.1* de mai sus, cel mai des fiind aprobate din considerente politice sau conjuncturale și mai puțin din motive economice.

La momentul implementării AOAM, 1 ianuarie 2004, erau 10 categorii de persoane neangajate pentru care calitatea de asigurat o avea Guvernul:

- 1) copiii de vârstă preșcolară;
- 2) elevii din învățământul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
- 3) elevii din învățământul secundar profesional;
- 4) elevii din învățământul mediu de specialitate (colegii) cu frecvența la zi;
- 5) studenții din învățământul superior universitar cu frecvența la zi;
- 6) rezidenții învățământului postuniversitar obligatoriu;

¹⁴² Raport de activitate a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pe anul 2020.

(http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2021/Raport%20de%20activitate%20CNAM%202020.pdf)

- 7) copiii neîncadrați la învățătură până la împlinirea vârstei de 18 ani;
- 8) invalizi;
- 9) pensionari,
- 10) șomerii înregistrați oficial.

Ulterior, în perioada 2004-2020, lista categoriilor de persoane neangajate pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul a fost *completată cu încă 14 categorii*:

- 11) gravide, parturiente și lăuze (2004);
- 12) persoanele care îngrijesc la domiciliu un copil invalid cu severitatea I sau un invalid din copilărie de gradul I ținut la pat cu vârsta de până la 18 ani (2006);
- 13) mamele cu șapte și mai mulți copii (2006);
- 14) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social (2009);
- 15) doctoranzii la cursuri de zi (2010);
- 16) străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia (2013);
- 17) studenții din învățământul superior universitar cu învățământ de zi care își fac studiile peste hotarele țării (2013);
- 18) rezidenții învățământului postuniversitar obligatoriu care își fac studiile peste hotarele țării (2013);
- 19) doctoranzii la cursuri de zi care își fac studiile peste hotarele țării (2013);
- 20) donator de organe în viață (2017);
- 21) elevii care își fac studiile peste hotarele țării (2018);
- 22) veteranii de război (2020);
- 23) participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl (2020);
- 24) persoanele ce au atins vârsta standard de pensionare, conform legislației naționale, dar beneficiază de pensie din partea altui stat (2020).

Mai mult ca atât, unele categorii și-au schimbat denumirea, mărindu-se astfel numărul de persoane incluse:

- mame cu *patru* și mai mulți copii în locul mamelor cu *șapte* și mai mulți copii (2010);
- persoane care îngrijesc la domiciliu un invalid din copilărie de gradul I ținut la pat, fără a fi limitată vârsta de *până la 18 ani* (2010);
- persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire *și/sau supraveghere permanentă* din partea altei persoane, dar *nu numai cei cu dizabilitate severă din copilărie* (2013);
- toate persoanele înregistrate oficial în calitate de șomer, *indiferent dacă acestea beneficiază sau nu de ajutorul de șomaj* (2013).

În anul 2018, prin modificarea Legii nr.1585/1998, 12 categorii de persoane asigurate de stat au fost comasate în 2 categorii mai largi (copiii cu vârsta de până la 18 ani; elevii și studenții încadrați în sistemul de învățământ la nivelurile 3–8, conform art.12 din Codul educației al Republicii Moldova, cu frecvență, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării), obținându-se astfel numărul actual de 14 categorii acoperite cu AOAM de către Guvern.

Se atestă și o abordare diferită față de sistemul public de asigurări medicale din partea unor categorii de angajați. Paradoxal, dar la sistemul AOAM nu contribuie, deocamdată, *angajații structurilor de forță*, spre deosebire de sistemul de asigurări sociale de stat, unde aceștia au

început a vira contribuțiile de asigurări sociale obligatorii după reforma din 2017. Asistăm la o fragmentare a finanțării unice din fondurile AOAM, structurile de forță (MA, MAI, SIS) continuând să-și mențină propriile sisteme paralele de acordare a serviciilor medicale, în cadrul instituțiilor medicale departamentale, finanțate preponderent din contul bugetului de stat.

Totodată, este discutabilă tendința includerii în categoriile asigurate de Guvern, prin derogare, a persoanelor din categorii similare celor din Republica Moldova, dar *aflate în evidența altor state*: pensionari, studenți, rezidenți, doctoranzi etc. Înțelegând aspectul social și moral al griii față de conaționalii aflați peste hotare, sunt anumite momente care nu pot fi neglijate. Potrivit art.4 alin.(4) din Legea nr.1585/1998, Guvernul are calitatea de asigurat pentru un șir de categorii, care întrunesc cumulativ mai multe condiții: a) persoane neangajate, b) cu domiciliul în Republica Moldova și c) aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova, d) cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual. Deci sunt *4 criterii de care a ținut cont legiutorul* la stabilirea calității de persoană asigurată de stat.

În cazul dat, criteriile de includere a categoriilor de persoane în lista persoanelor neangajate pentru care calitatea de asigurat o are Guvernul nu sunt respectate. Astfel, pentru cei din categorii similare celor din Republica Moldova, dar aflați în evidența altor state: a) nu putem ști cu certitudine dacă nu este angajat în alt stat; b) cel mai probabil mulți au domiciliul în alt stat (de exemplu, la stabilirea pensiilor se cere stabilirea domiciliului în țara respectivă); c) nu se află în evidența instituției abilitate din RM, existând riscul de abuzuri, falsuri și de păstrare în lista celor asigurați de stat chiar dacă nu mai sunt în categoriile respective din alte state. Mai mult ca atât, aceste persoane, spre deosebire de ceilalți aflați în Republica Moldova, beneficiază de drepturi de asigurare medicală în 2 state, fără a contribui suplimentar.

În general, includerea în lista categoriilor de persoane asigurate de către Guvern a persoanelor neangajate ar trebui să fie însoțită de o abordare complexă, nediscriminatorie în raport cu alte categorii de persoane încadrate în sistemul AOAM. Nu totdeauna persoanele care fac parte categoriile asigurate de stat sunt și persoane social-vulnerabile, cu venituri foarte mici și pentru care cheltuielile pentru serviciile medicale ar fi catastrofale sau împovărătoare. Dimpotrivă, sunt numeroase persoane, cu venituri mari proprii sau ale gospodăriei din care fac parte, nimerind grație mecanismului categorial imperfect în lista celor scutiți de plata primelor de AOAM. Ar fi oportună examinarea posibilității de atribuire a calității de persoană asigurată din contul Guvernului *ținându-se cont de nivelul veniturilor*, folosindu-se, de exemplu, modele similare selectării beneficiarilor de ajutor social și nu modele bazate pe categorii.

În afară de aceasta, pentru orice inițiativă de extindere a categoriilor de persoane asigurate din contul statutului, pe lângă considerațiile de mai sus, urmează a fi identificată *acoperirea financiară* a acestei inițiative. Or, suma transferurilor din bugetul de stat pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate este limitată. Orice derogare aprobată trebuie să respecte prevederile art.131 alin.(6) din Constituția Republicii Moldova conform căroră, nici o cheltuială bugetară nu poate fi aprobată fără stabilirea sursei de finanțare.

5.4.2.3. Pachetul de servicii de sănătate garantat pentru beneficiari

Pachetul de servicii medicale pentru beneficiarii sistemului de AOAM este inclus în Programul unic, aprobat de Guvern (a se vedea *subcapitolul 4.5.1.4*). Programul unic

cuprinde „*lista maladiilor și stărilor care necesită asistență medicală și stabilește volumul asistenței acordate persoanelor asigurate de către instituțiile medico-sanitare contractate de CNAM, în conformitate cu prevederile legale*” (art.2 alin.(1) și (2) din Legea nr.1585/1998).

Lista maladiilor și stărilor cuprinse în PU (la p.5) include practic întreaga Clasificare Internațională a Maladiilor (CIM) a Organizației Mondiale a Sănătății, revizia a 10-a, cu excepția grupelor U50-Y98 (Cauze externe de morbiditate și mortalitate). Din grupele exceptate, doar W90 (boala actinică) rămâne în PU, iar recent au fost incluse coduri pentru scopuri speciale (U07.1; U07.2).

La p.2 din PU noțiunea de „volum al asistenței medicale” este echivalată cu „tipurile de asistență medicală și spectrul general al serviciilor la care au dreptul persoanele în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”. Iar la p.3¹ se indică că volumul serviciilor medicale prevăzute în PU se acordă „în limita mijloacelor fondurilor AOAM, aprobate pentru anul respectiv”. Tipurile de asistență medicală sunt preluate de la art.21 alin.(1) al Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995:

- asistența medicală urgentă prespitalicească (AMU);
- asistența medicală primară (AMP);
- asistența medicală specializată de ambulator, inclusiv stomatologică (AMSA);
- asistența medicală spitalicească (AMS);
- servicii medicale de înaltă performanță;
- îngrijiri medicale comunitare și la domiciliu;
- îngrijiri paliative.

Primele patru tipuri de asistență medicală erau incluse la începutul implementării AOAM în 2004. Serviciile medicale de înaltă performanță (SIP) sunt prestate începând cu anul 2005, iar îngrijirile medicale comunitare și la domiciliu (ÎMD) - începând cu anul 2008. De la 01.01.2022, îngrijirile paliative (ÎP) în condiții de staționar/hospice și cele prestate la domiciliu de echipa mobilă sunt expuse în PU al AOAM ca tip de asistență și serviciu medical separat, fiind excluse, respectiv, din AMS și ÎMD.

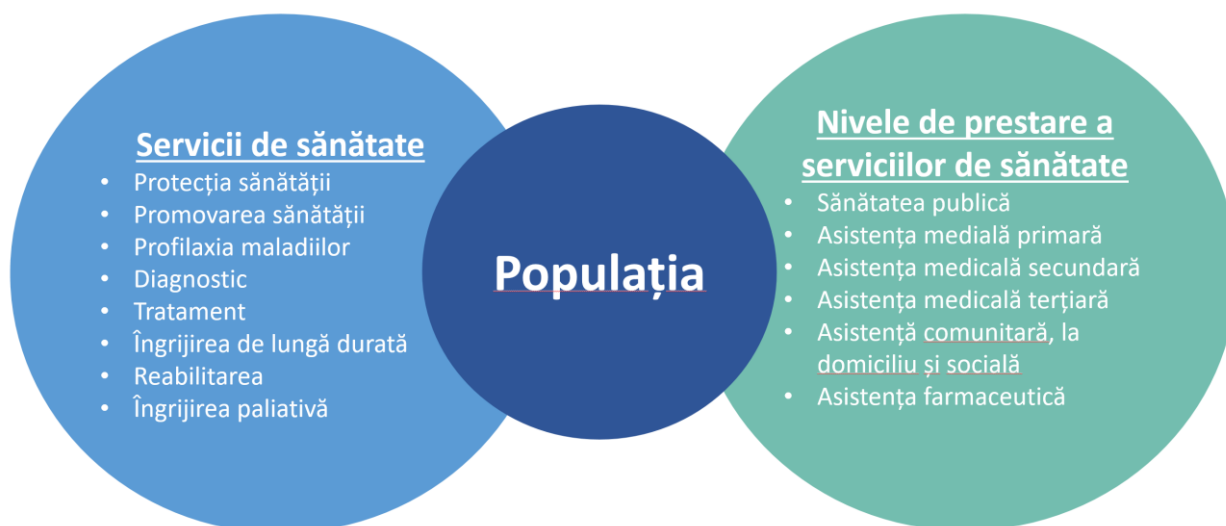
Analizând noțiunile și definițiile formulate în legi și în PU, precum și conținutul de facto al PU, constatăm că Programul unic cuprinde, pe lângă enumerarea sumară a listei maladiilor din CIM-10, o listă (un pachet) a serviciilor medicale prestate în sistemul AOAM. Definiția „volumului de servicii” din PU este controversată, volumul real (cantitatea) al serviciilor procurate de CNAM și furnizate de prestatori fiind indicată de facto în contractele încheiate anual.

De asemenea, și lista tipurilor de asistență medicală din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995 include de facto în ea servicii (de exemplu, servicii de înaltă performanță, servicii de îngrijiri), ceea ce ar impune o reformulare a noțiunilor. Mai ales că conceptul de AUSS se bazează pe acoperirea serviciilor de sănătate esențiale concrete.

De menționat că în anul 2013 Organizația Mondială a Sănătății¹⁴³ a definit serviciile de sănătate pentru populație și nivelele de prestate a acestora (*Figura nr. 6*)

¹⁴³ World Health Organization. Regional Office for Europe & Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health. (2013). ROADMAP. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region : A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). Copenhagen : WHO Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/108628>

Figura nr 6. Definirea furnizării coordonate / integrate a serviciilor de sănătate, OMS, 2013



Sursa: Adaptat și tradus după ROADMAP. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region : A Framework for Action towards Coordinated/Integrated Health Services Delivery (CIHSD). World Health Organization. Regional Office for Europe & Health Services Delivery Programme, Division of Health Systems and Public Health. (2013)

În contextul AUSS, orientate spre asigurarea protecției financiare și accesului beneficiarilor la serviciile medicale esențiale, au fost operate mai multe modificări în legile evaluate, ulterior fiind ajustat și Programul unic. Astfel, din contul fondurilor AOAM, în anii 2004-2009, au fost acoperite *pentru persoanele neasigurate* serviciile medicale în asistență medicală urgentă prespitalicească (în cazul urgențelor medico-chirurgicale majore) și în asistență medicală primară (examenul obiectiv și subiectiv cu prescrierea investigațiilor și tratamentului).

Începând cu anul 2010 spectrul de servicii medicale acordate pentru persoanele neasigurate a fost extins, având posibilitatea de a beneficia, din contul fondurilor AOAM, de întreg pachetul de asistență medicală urgentă prespitalicească și AMP, precum și de AMSA și AMS în cazul bolilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice (tuberculoza, psihoze și alte tulburări mentale și de comportament în forme acute, alcoolismul și narcomania, în caz de urgență medicală, afecțiuni oncologice și hematologice maligne confirmate, HIV/SIDA, sifilis, maladii infecțioase).

Aici *remarcăm* *necoerența* între prevederile extinse pentru persoanele neasigurate ale Legii octotirii sănătății nr.411/1995 (art.20 alin.(2), lit.b)-g)) (*a se vedea și Caseta nr.4*) și prevederile mai restrânse ale art.5 alin.(4) din Legea nr.1585/1998: „În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistența medicală urgentă prespitalicească, pentru asistența medicală primară, precum și pentru asistența medicală specializată de ambulator și spitalicească în cazul bolilor social-condiționate cu impact major asupra sănătății publice, se acoperă din contul mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, conform listei stabilite de Ministerul Sănătății”.

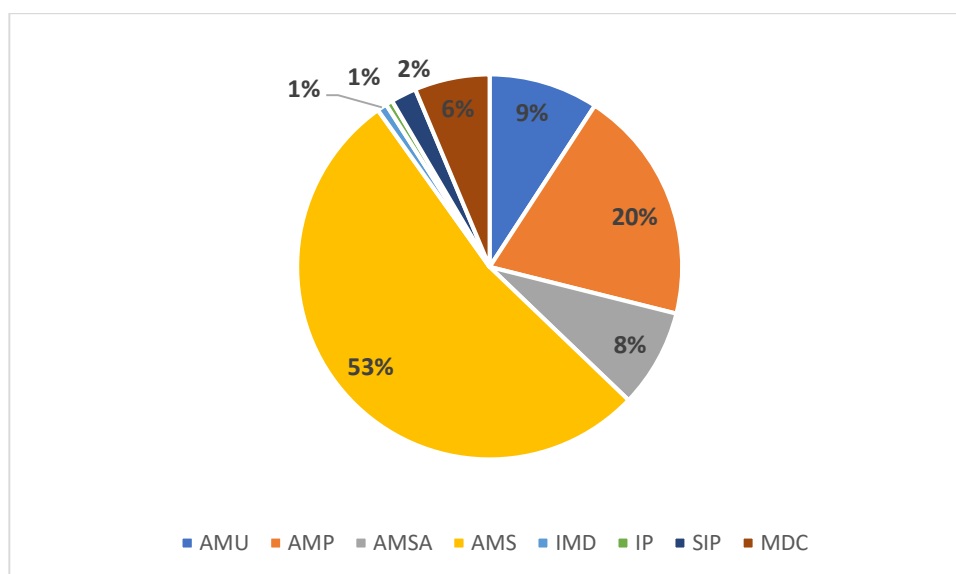
Reieșind din abordarea centrată pe categorii de pacienți, PU a fost completat cu numeroase servicii. De exemplu, în anul 2010, a fost inclusă la nivelul AMP prestarea serviciilor de sănătate prietenoase tinerilor. Iar în anul 2013 a fost inclusă prestarea serviciilor de sănătate mintală în cadrul Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală, aflată în prezent la nivelul AMP.

În anul 2016, au fost incluse noi servicii pentru anumite categorii de pacienți, cum ar fi: exoprotezele și implanturile mamare, protezele individuale și consumabilele necesare

reabilitării chirurgicale și protetice a pacienților cu tumori maligne ale capului, gâtului și ale aparatului locomotor (în AMS); testele de screening prenatal al gravidelor din grupul de risc, pentru depistarea malformațiilor congenitale, realizarea tratamentului medical (proceduri intramusculare, intravenoase) în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, cu asigurarea dispozitivelor medicale de unică utilizare, inclusiv a medicamentelor de către instituția medicală (în AMP) și serviciile de intervenție timpurie acordate copiilor de la naștere până la 3 ani cu nevoi speciale/tulburări de dezvoltare și risc sporit, asigurarea supravegherii medicale și a tratamentului antiretroviral în condiții de ambulator, a tratamentului medical oncologic (chimioterapie) în condiții de ambulator (îngrijiri de zi), asistența medicală stomatologică în volum deplin, cu excepția protezării și restaurării dentare, acordată copiilor cu vârsta de până la 12 ani (în AMSA).

Modificări la PU au fost operate și în anul 2020, ca urmare a evoluției situației epidemiologice a infecției COVID-19 și declarării stării de urgență de sănătate publică, prin care urgențele de sănătate publică au fost incluse în Lista urgențelor medico-chirurgicale majore. În urma modificărilor aplicate, persoanele suspecte sau confirmate cu COVID-19 au acces gratuit la asistența medicală urgentă, primară, de ambulatoriu și spitalicească, indiferent de statutul acestora (asigurat sau neasigurat), iar cheltuielile pentru serviciile de diagnostic (inclusiv efectuarea testelor de confirmare a diagnosticului de COVID-19) și tratament al infecției COVID-19 sunt acoperite din fondurile AOAM.

Figura nr.7. Repartizarea fondului de bază al CNAM pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică, %, 2022

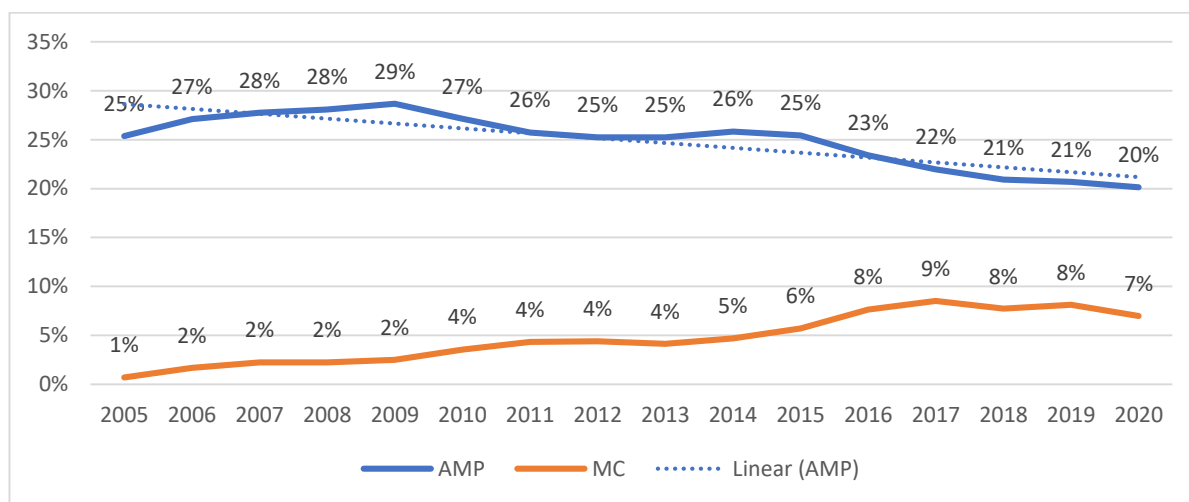


Sursa: Legea fondurilor AOAM pe anul 2022

În sistemul de AOAM, serviciile de sănătate sunt procurate de CNAM prin contractarea și plata prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, în principal din contul fondului de achitare a serviciilor prestate (*fondul de bază*). În anul 2022, mijloacele fondului de bază sunt repartizate pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică conform proporțiilor din *Figura nr.7*. Asistența medicală spitalicească ocupă tradițional primul loc, cu 53% din fondul de bază (6,4 miliarde lei), fiind urmată, pe următoarele 2 poziții, de asistența medicală primară – 20% (2,4 miliarde lei) și cea urgentă prespitalicească – 9% (1,1 miliarde lei). Pentru medicamente și dispozitive medicale compensate sunt planificate 763,9 milioane lei sau 6% din fondul de bază.

Desigur, fiecare țară își are particularitățile sale și va selecta domeniile pe care se concentrează cel mai mult pe calea progresului către AUSS. Dar există abordări recunoscute la nivel internațional, printre care sunt investițiile în asistența medicală primară de calitate, ca piatră de temelie pentru realizarea AUSS.¹⁴⁴ Dacă în primii ani de implementare a AOAM, se planificau pentru AMP cel puțin 25% din totalul fondului de bază (30-31% inclusiv medicamente compensate), atunci în prezent se alocă doar 20% pentru AMP (26% împreună cu medicamente compensate în 2022) (*Figura nr.8*). Tendința descreșterii în ultimii 7 ani a cotei de mijloace financiare alocate AMP trebuie inversată, pentru a pune accent pe investiții de durată în servicii cruciale pentru AUSS.

Figura nr.8. Ponderea alocațiilor pentru AMP și MC din fondul de bază, %



Sursa: Calcule proprii din datele statistice ale Ministerului Sănătății și CNAM

Volumul și spectrul de servicii de sănătate garantat a suferit modificări substanțiale pe parcursul implementării sistemului de AOAM. Necesitățile crescânde ale pacienților, dezvoltarea noilor tehnologii de diagnostic și tratament, modificarea protocoalelor de tratament, apariția de noi medicamente, combinate cu creșterea treptată a fondurilor publice pentru sănătate, au condiționat includerea de noi servicii medicale și medicamente compensate, dar și sporirea numărului de servicii prestate.

Asistența medicală urgentă prespitalicească (AMU)

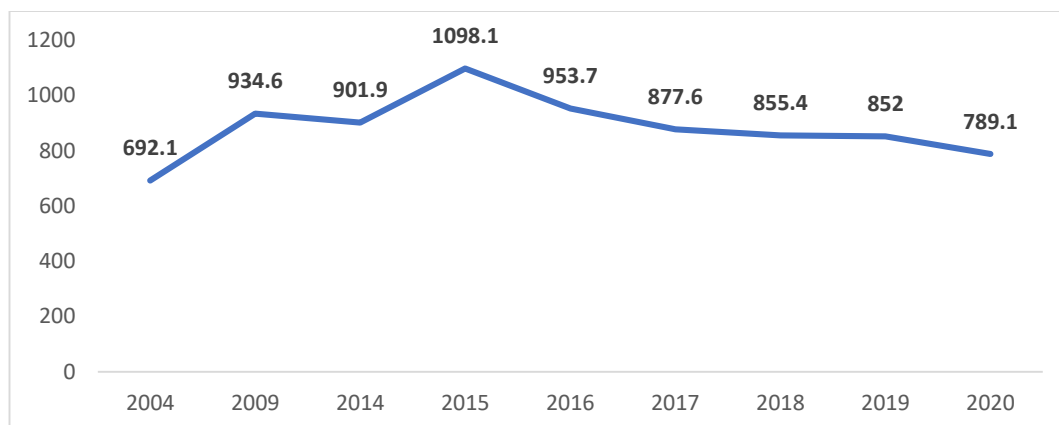
Solicitățile ambulanței în AMU la etapa prespitalicească au avut o creștere rapidă în primii ani ai AOAM (de la circa 700 mii la peste 900 mii), în special datorită stimulării prestatorului prin metoda de plată per serviciu, ulterior, la atingerea numărului optim, metoda înlocuită cu plata per capita (*Figura nr.9*). În 2020, potrivit datelor CNAM, numărul total de solicitări la 1 000 populație a constituit 231 solicitări, iar costul mediu al unei solicitări de servicii în AMU a constituit 1 002 lei¹⁴⁵. Pentru contractare în anul 2022 este prevăzut un tarif „per capita” de 299,99 lei.

¹⁴⁴ Universal Health Coverage fact-sheet, World Health Organization, 1 April 2021 ([https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)))

¹⁴⁵ Raport de activitate a CNAM pe anul 2020.

(http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2021/Raport%20de%20activitate%20CNAM%202020.pdf)

Figura nr.9. Numărul de solicitări în AMU, mii, 2004-2020



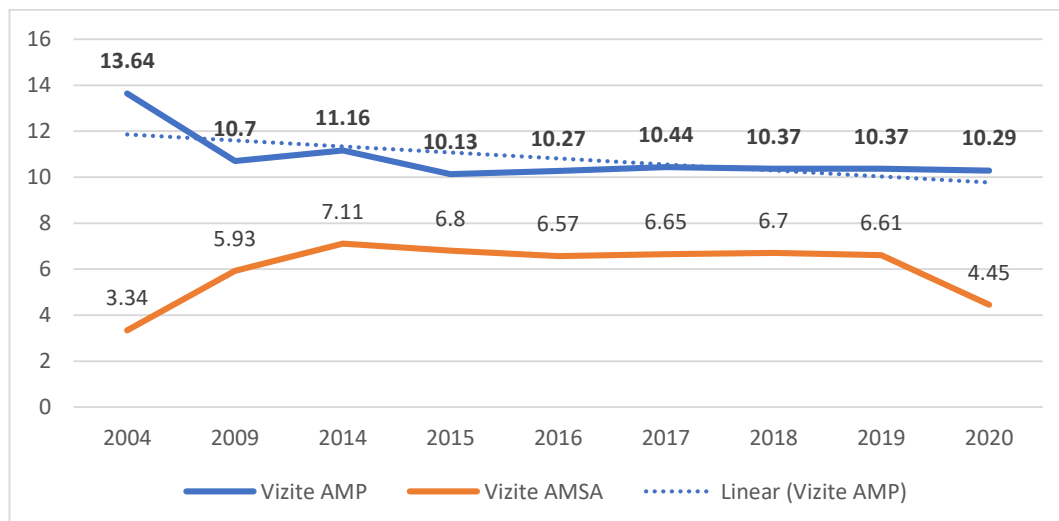
Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

Serviciul a trecut prin reforme structurale, fiind redusă fragmentarea lui prin concentrarea în anul 2015 într-o singură entitate juridică – Centrul Național de Asistență Medicală Urgentă Prespitalicească (CNAMUP), având ca fondator MS. Din 2018 dispeceratul AMU este integrat în Serviciul național unic pentru apelurile de urgență 112.

Asistența medicală primară (AMP)

Numărul de vizite la medicul de familie rămâne constant pe parcursul ultimului deceniu, oscilând în jurul cifrei de 10,3 milioane vizite pe an (*Figura nr.10*). Spre deosebire de AMSA, în anul pandemic 2020, numărul de vizite nu s-a redus, ceea ce denotă o activitate continuă (posibil adaptată) a medicilor de familie chiar și în perioade de urgență.

Figura nr.10. Numărul de vizite în AMP și AMSA, milioane, 2004-2020



Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

La planificarea volumului pentru procurarea serviciilor medicale în AMP este luat în calcul numărul total de persoane (asigurate și neasigurate) înregistrate la medicul de familie. Conform Legii nr.1585/1998 (art.11 alin.(1)) persoana asigurată are dreptul să-și aleagă medicul de familie. Modalitatea de plată în AMP este conform tarifului „per capita” ajustat la riscul de vârstă. Pentru anul 2022 aceste tarife sunt: 974,67 lei (pentru vârsta 0-5 ani); 573,33 lei (5 – 50 ani) și 860 lei (pentru cei 50+).

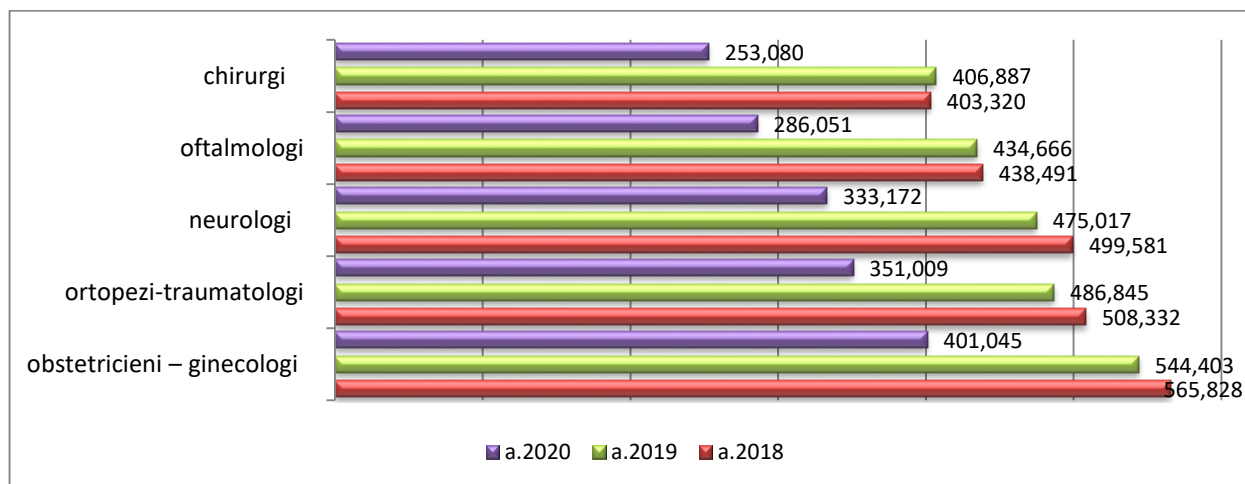
În ultimii ani, s-a renunțat la plata pentru indicatori de performanță, deși în contextul AUSS prestarea anumitor servicii medicale esențiale în AMP ar putea fi stimulată, în special prin metoda de plată „per serviciu”, cu impact asupra prevenirii, diagnosticului și tratamentului unor maladii prioritare.

Asistența medicală specializată de ambulator (AMSA)

Ca și în cazul AMP, numărul de servicii (vizite) prestate în AMSA a fost relativ constant în ultimii ani, în jur de 6,6 milioane vizite pe an (*Fig. nr.9*). O descreștere însemnată, de peste 2 milioane vizite, s-a înregistrat în anul 2020, în condițiile accesului redus din cauza pandemiei.

Cele mai solicitate servicii de AMSA, luând în considerare frecvența acordării acestora la nivel național, sunt cele prestate de medicii specialiști obstetricieni-ginecologi, ortopezi-traumatologi, neurologi, oftalmologi și chirurghi (*Figura nr.11*). Descreșterea numărului de servicii din anul 2020 este remarcată pe toate specialitățile.

Figura nr.11. Numărul de vizite în AMSA, pe anumite specialități, 2018-2020



Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

Pentru AMSA sunt utilizate mai multe metode de contractare: „per capita” este de bază, „per ședință” – în radioterapie și dializă, „buget global” – pentru secțiile consultative în instituțiile republicane și alte servicii, etc. Tariful „per capita” nu stimulează creșterea numărului de servicii, ceea ce putem observa în cazul AMU, AMP și AMSA, dar pentru calitatea lor ar fi oportuni anumiți indicatori de performanță bine focușati pe rezultat (volum sau calitate), inclusiv și plata per serviciu.

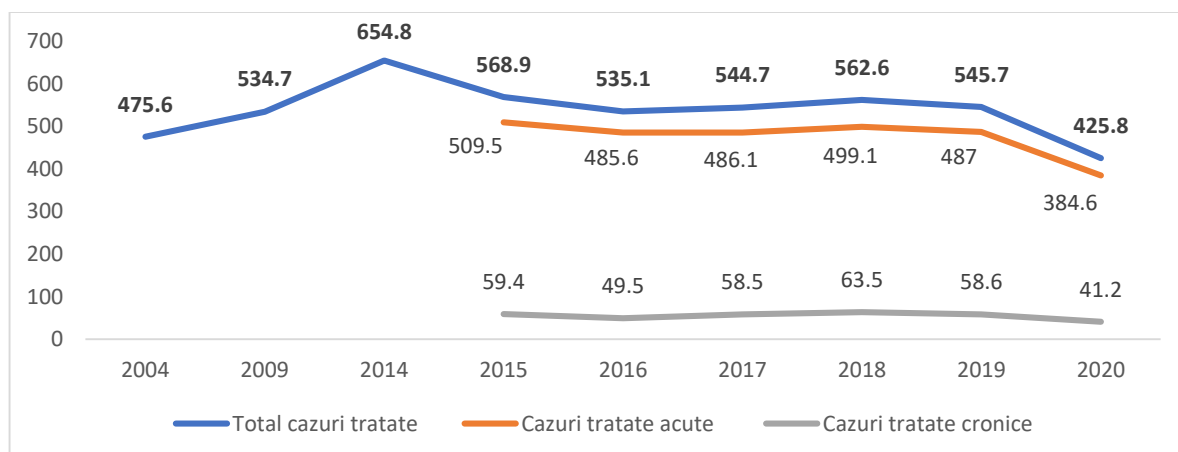
Asistența medicală spitalicească (AMS)

După cum arătam mai sus, AMS este cel mai bine finanțat tip de asistență medicală, utilizând 53% din totalul fondului de bază al CNAM. Unitatea de măsură a activității spitalicești este cazul tratat: cazuri acute, cazuri cronice și cazuri de chirurgie de zi. Conform Criteriilor de contractare, cazurile tratate cronice sunt cazurile prestate pe profilele geriatrie și reabilitare. Plata pentru cazurile tratate acute este efectuată în cadrul sistemului de plată DRG (Case-Mix).

Exceptând descreșterea obiectivă din cauza pandemiei în anul 2020, numărul total al cazurilor tratate în spitale rămâne apromoximativ același în ultimii ani (*Figura nr.12*). Cheltuielile medii ale fondurilor AOAM pentru AMS pe persoană asigurată au constituit 1 865,8 lei, costul mediu pentru un caz tratat acut, inclusiv chirurgie de zi, în anul în 2020 a

constituit 6 787 lei, iar costul mediu al unei zile de spitalizare prestate (acute), inclusiv chirurgia de zi, a constituit 972 lei¹⁴⁶.

Figura nr.12. Numărul de cazuri tratate în asistența medicală spitalicească, mii, 2004-2020



Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

Un capitol aparține în AMS, important pentru diminuarea poverii financiare a beneficiarilor și reducerea riscului de cheltuieli catastrofale, îl are acoperirea cazurilor tratate costisitoare pe anumite programe speciale (protezarea articulațiilor, cardiochirurgie, protezări vasculare etc.). Spectrul acestor programe este în creștere an de an (Tabelul nr.4).

Tabelul nr.4. Cazuri tratate prestate în cadrul programelor speciale de AMS, anii 2015-2020

Denumire program	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Tratament operator pentru cataractă	1 797	3 177	3 707	4 036	5 317	4 447
Protezarea articulațiilor mari	803	867	1 021	1 265	2 727	2 498
Cardiologie intervențională	1 138	2 289	4 405	4 445	5 072	4 124
Protezări vasculare	125	346	395	406	521	338
Chirurgie endovasculară	202	301	550	746	708	527
Cardiochirurgie	1 011	1 367	1 211	1 244	1 373	1 097
Neurochirurgia fracturilor coloanei vertebrale	5	178	249	302	358	309
Cardiologie intervențională congenitală	-	-	30	47	62	72
Studiu electrofiziologic și ablații	-	-	112	149	153	108
Tratament intervențional în AVC ischemic acut	-	-	-	3	11	5
Neuroradiologie intervențională	-	-	-	-	5	18
Corecția anatomică a coloanei vertebrale și a cutiei toracice	-	-	-	-	10	9
Implant cohlear la copii	-	-	-	-	-	19

Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

¹⁴⁶ Raport de activitate a CNAM pe anul 2020.

(http://cnam.md/httpdocs/editorDir/file/RapoarteActivitate_anuale/2021/Raport%20de%20activitate%20CNAM%202020.pdf)

Servicii de înaltă performanță

În 2004, Programul unic includea doar 70 de servicii de înaltă performanță și nu avea specificată lista investigațiilor paraclinice. În 2008, a fost pusă în aplicare lista investigațiilor paraclinice la nivel de asistență primară și specializată de ambulatoriu, care includea un număr de 669 de servicii paraclinice, iar lista SIP includea 430 de servicii. Numărul de SIP prestate în anul 2020 a constituit peste 450 mii, aferente a 510 poziții din listă, fiind atestată o descreștere importantă comparativ cu anul precedent din motive cauzate de pandemie (Tabelele nr.5).

Tabelul nr.5. Numărul unor SIP prestate, anii 2004 – 2020

Denumirea grup servicii	2004	2008	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Investigații genetice (determinarea ARN, AND)	2297	16439	49682	48500	42622	74260	62959	55916	25615
Tomografia computerizata	2174	22214	44559	37045	32890	34724	40646	44583	41112
Scintigrafii	3836	11762	8083	7139	7549	7425	7398	7637	4627
Angiografii	-	1897	4591	3402	3375	2 952	3 062	3 113	580
Rezonanța magnetică nucleară	1168	2056	19566	19346	18202	17848	16504	16419	17898
Aortografie	55	253	868	975	883	634	377	330	101
Coronarografie cu ventriculografie	151	1032	265	360	368	366	459	530	511

Sursa: Date statistice ale Ministerul Sănătății și CNAM

O problemă aparte o constituie accesul deseori îngreunat la aceste servicii costisitoare, limitat de numărul contractat de servicii, capacitățile prestatorilor, necesitatea programării din timp. Cu toate că, de exemplu, numărul de servicii de RMN a crescut de 8 ori din 2008 până în prezent (de la 2 mii la peste 16 mii), iar de TC de 2 ori (de la 22 mii la 44 mii), cererea pentru din SIP rămâne destul de înaltă, iar durata mare de așteptare este semnalată și de organizațiile de apărare a drepturilor omului (a se vedea *subcapitolul 5.4.3*).

Îngrijiri medicale la domiciliu

Pe parcursul anilor 2006-2008 serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu au fost prestate în cadrul AMP (cabinetelor de proceduri, staționar de zi) și la domiciliu. Din anul 2009 până în prezent, serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu sunt prevăzute ca tip de asistență medicală aparte. Beneficiarii îngrijirilor medicale la domiciliu sunt persoane asigurate cu maladii cronice în stadiu avansat și/sau după intervenții chirurgicale mari, care prezintă un anumit nivel de dependență și o capacitate limitată de a se deplasa la o instituție medico-sanitară.

În 2021, CNAM a contractat 138 de prestatori de îngrijiri medicale la domiciliu comparativ cu 69 prestatori în anul 2009, ceea ce a permis sporirea accesului persoanelor în etate, singuratice și cu dizabilități de a beneficia la acest tip de asistență medico-socială.

Îngrijiri paliative

Finanțarea serviciilor de îngrijire paliativă din FAOM s-a inițiat în 2010, deoarece până în acest an acestea erau finanțate doar din sursele donatorilor, iar CNAM a început să contracteze prestatorii de asemenea servicii numai după modificarea din anul 2010 a cadrului normativ care asigură contractarea lor. Astfel, în anul 2010 serviciile de îngrijire paliativă au fost incluse în Programul unic ca parte componentă a îngrijirilor medicale la domiciliu.¹⁴⁷ În anul 2016 Programul unic a fost modificat și completat, iar îngrijirile paliative au fost incluse ca parte componentă a îngrijirilor medicale comunitare și la domiciliu, fiind stabilit că beneficiari de îngrijiri paliative sunt pacienții de toate vârstele, cu maladii cronice în stadiu avansat și alte boli cu prognostic limitat, care au speranța de viață sub 12 luni și prezintă simptome necontrolate, suferință psiho-emoțională sau spirituală semnificativă și/sau un anumit nivel de dependență. Cu toate acestea, din sursele FOAM se presta doar componenta medicală a îngrijirii paliative, ceea ce nu asigură calitatea acestor servicii. În anul 2020 îngrijirea paliativă a fost reglementată prin lege¹⁴⁸ și inclusă printre tipurile de asistență medicală, care implică participarea unor echipe multidisciplinare în asigurarea necesităților complexe ale pacientului și ale familiei acestuia, cu finanțare în limita mijloacelor fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. Dinamica cheltuielilor pentru îngrijirea paliativă din fondul de bază al AOAM a evoluat progresiv de la 298080 lei în anul 2010¹⁴⁹ până la 69285,7 mii lei (aprobat) pentru anul 2022¹⁵⁰.

Medicamente compensate

Începând cu anul 2005, în pachetul de beneficii din sistemul AOAM a fost introdusă, în premieră, compensarea parțială sau integrală a costului medicamentelor în condiții de ambulatoriu. Din 2005 până în prezent, alocațiile pentru medicamente compensate din fondurile CNAM s-au majorat, ajungând la peste 612 milioane lei în anul 2020. Majorarea se datorează atât creșterii numărului de beneficiari, ca rezultat a extinderii treptate a listei medicamentelor compensate de la 35 DCI (Denumiri Comune Internaționale) în anul 2005 până la 158 DCI în anul 2020, cât și accesului la tratamentul episodic cu medicamente compensate, acordat în sălile de proceduri, staționarele de zi ale instituțiilor medicale primare și/sau la domiciliu (*Figura nr.13*).

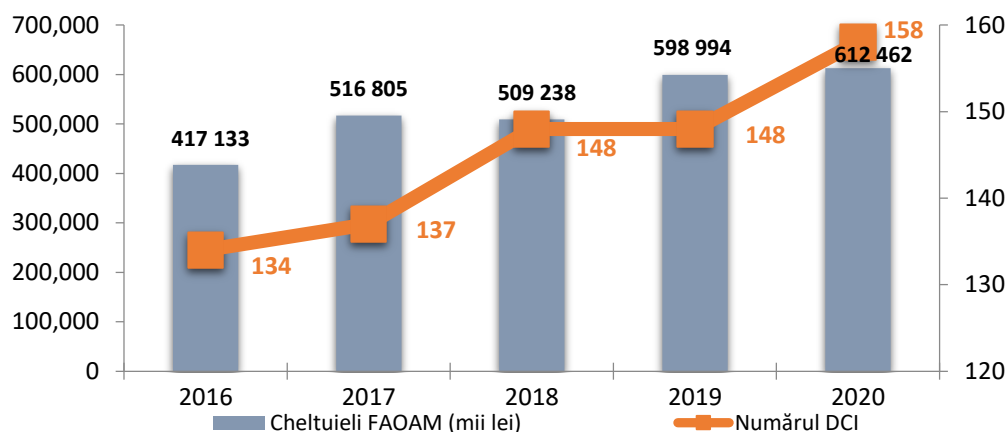
¹⁴⁷ Hotărârea Guvernului nr.1099 din 02.12.2010 pentru aprobarea modificărilor și completărilor ce se operează în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10 decembrie 2007.

¹⁴⁸ Legea nr. 211 din 26.11.2020 pentru modificarea Legii ocrotirii sănătății nr. 411/1995

¹⁴⁹ Îngrijirile paliative în Republica Moldova, 2007-2019, <https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/144>

¹⁵⁰ Legea nr. 207 din 06.12.2021 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022

Figura nr.13. Evoluția cheltuielilor efective ale fondurilor AOAM pentru medicamente compensate și a numărului de DCI, 2016-2020



Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

Medicamentele pentru tratamentul de susținere (de durată) în condiții de ambulatoriu sunt compensate *integral* (100% din orice preț cu amănuntul din farmacie) pentru: copiii de până la 18 ani (până în anul 2016 limita de vârstă era de 5 ani); gravide (pentru profilaxia și tratamentul anemiilor, profilaxia malformațiilor); persoanele cu boli cronice, precum: epilepsia, sindromul Parkinson, boli psihice (demență, tulburare afectivă bipolară, schizofrenie, epilepsie cu tulburări psihice), diabet zaharat, astm bronșic, distrofia musculară Duchenne, epidermoliza buloasă, boli de sistem și autoimune, glaucom, miastenia gravis, mucoviscidoză, scleroză multiplă.

Iar pentru persoanele cu boli cronice precum: depresie, demență, maladii respiratorii, astm bronșic, osteoporoză, maladii cardiovasculare, maladiile aparatului digestiv, boli endocrine, guta, medicamentele sunt compensate *parțial* (100% din prețul medianic).

Începând cu luna octombrie 2016, persoanele asigurate au acces la tratamentul episodic cu medicamente compensate, acordat în sălile de proceduri, staționările de zi ale instituțiilor medicale primare și/sau la domiciliu. În acest caz, medicamentele sunt compensate *integral* (100% din orice preț cu amănuntul din farmacie) pentru copiii cu vârsta de 0-18 ani și *parțial* (100% din preț medianic) pentru adulți pentru următoarele maladii: pneumonia comunitară, bronșita cronică simplă și mucopurulentă cu exacerbare, BPCO cu exacerbare ușoară, astmul bronșic, exacerbare ușoară, hepatită cronică, fibroză și ciroză hepatică, pancreatită cronică, pancreatită reactivă la copii, gastrită, ulcerul gastric și ulcerul duodenal, scleroza multiplă, mielopatia, boala cerebrovasculară, encefalopatia mixtă cronică, artrită reumatoidă, artrită reactivă, artrită psoriazică, guta, dursalgii cu/sau fără radiculopatii, pielonefrită acută și cronică, diabet zaharat și complicațiile lui (neuropatia, nefropatia, angiopatia diabetică), infecția respiratorie virală acută la copii, bolile oncologice (durerea în cancer), boala de reflux gastro-esofagian, bronșita acută, infecția cu coronavirus de tip nou (COVID-19).

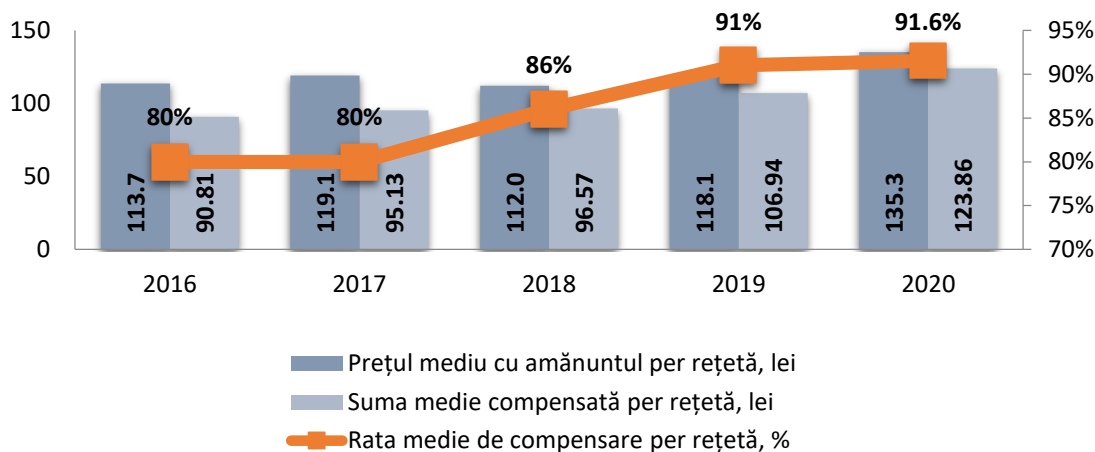
Pentru a crește accesul persoanelor la medicamente compensate pentru tratamentul de susținere (de durată) în condiții de ambulatoriu, în anul 2016 a fost majorată durata pentru care se prescriu (până la 2 - 3 luni).

În condițiile evoluției situației epidemiologice a infecției Covid-19 și creșterii numărului de pacienți care efectuează tratament la domiciliu, în luna decembrie 2020 au fost incluse în listă medicamente compensate destinate tratamentului Covid-19 în condiții de ambulatoriu.

Rata de compensare a medicamentelor pentru tratamentul infecției Covid-19 este de 100% pentru orice preț cu amănuntul din farmacie pentru toate categoriile de persoane (asigurate/neasigurate).

Din perspectiva reducerii impactului asupra cheltuielilor private pentru sănătate, este important că, pe lângă extinderea listei de medicamente compensate (destul de redusă încă în prezent), a crescut și rata de compensare. Astfel, această rată medie per rețetă s-a majorat de la 52,9% în anul 2007 până la 91,6% în anul 2020, iar suma medie compensată per rețetă de la 25 lei în anul 2007 la 123 lei în anul 2020 (*Figura nr.14*).

Figura nr.14. Evoluția prețului mediu cu amănuntul și a sumei medii compensate pentru o rețetă, 2016-2020

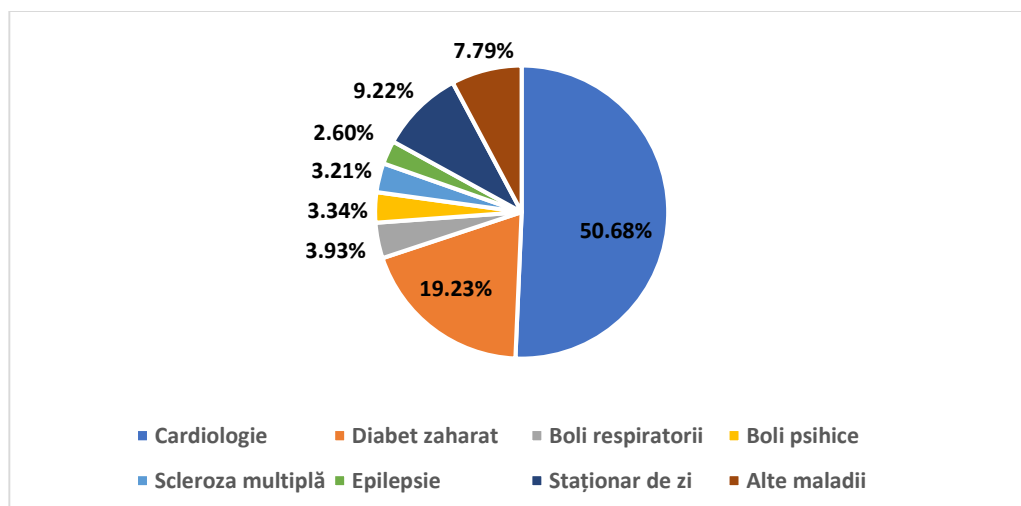


Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

Întru sporirea accesibilității populației la medicamente compensate, diminuarea co-plăților din partea pacienților pentru medicamente, în anul 2021 a fost modificată metodologia de calculare a sumelor fixe compensate. Metodologia nouă de calcul prevede compensarea de 100% din prețul medianic (quartila 2) a prețurilor cu amănuntul a denumirii comerciale prezente pe piață ce revin unui DCI din lista medicamentelor compensate și stabilirea unui singur plafon de compensare – „suma fixă compensată”. Acest mecanism permite pacientului să beneficieze de medicament din categoria „parțial compensate”, selectat în farmacie, cu o compensare de 100% din preț medianic, ceea ce presupune majorarea sumei compensate, respectiv diminuarea co-plăților din partea pacienților și asigurarea minim 1-2 denumiri comerciale gratuite, conform dozei anumite din cadrul DCI prezente în lista compensatelor.

Urmare a analizei structurii cheltuielilor pentru medicamente compensate, în dependență de maladiile pentru care au fost prescrise rețete, constatăm că cea mai mare pondere a cheltuielilor în anul 2020 le revine preparatelor cardiovasculare (puțin peste 50%) și antidiabeticelor (circa 20%) (*Figura nr.15*). Trebuie accentuat faptul, că finanțarea preparatelor antidiabetice se efectuează din contul transferurilor cu destinație specială de la bugetul de stat, destinate realizării programelor naționale de ocrotire a sănătății, precum și din fondurile AOAM.

Figura nr.15. Structura cheltuielilor pentru medicamente compensate pe grupe de maladii, %, 2020



Sursa: Rapoartele anuale de activitate ale CNAM

În structura cheltuielilor pentru medicamente compensate, ponderea pentru medicamente utilizate în tratamentul în cadrul staționarului de zi (tratament episodic) sunt mult mai mici (9,22%), în mare parte, fiind utilizate în tratamentul infecțiilor respiratorii virale acute, antitusive, antipiretice și antibiotice la copii cu vârste între 0 și 18 ani.

De medicamente compensate destinate tratamentului diabetului zaharat beneficiază atât persoanele asigurate, cât și cele neasigurate. În mod similar sunt prescrise și eliberate medicamentele anticonvulsivante și cele indicate în tratamentul bolilor psihice, toate fiind compensate integral (100% din preț).

Din mijloacele *fondului de profilaxie* al AOAM, întru realizarea măsurilor de reducere a riscurilor de îmbolnăvire, au fost finanțate programul de screening cardiovascular, programul de screening oncologic pentru depistarea proceselor precanceroase și a cancerului glandei mamare la femei cu vârsta cuprinsă 50-69 ani și a cancerului colului uterin la femei cu vârsta cuprinsă între 25-59 ani. Scopul proiectelor a fost de a contribui la îmbunătățirea de lungă durată a indicatorilor stării sănătății și a scădea rata mortalității cauzată de bolile cardiovasculare și oncologice. Persoane participante la programele respective de screening au fost atât persoane asigurate, cât și neasigurate.

În același timp, deciziile cu privire la includerea serviciilor în pachetul de beneficii nu se bazează întotdeauna pe o evaluare detaliată a cost-eficienței și/sau o analiză comprehensivă a impactului asupra fondurilor AOAM. Extinderea rapidă a PU creează uneori dezechilibre între resursele financiare disponibile și pachetul de servicii garantate. Dezechilibrul este condiționat și de evidența insuficientă a necesităților populației la nivel național, lacune în evaluarea tehnologiilor de sănătate (HTA), în centralizarea informației analitice și în luarea deciziilor bazate pe dovezi. Acoperirea rămâne a fi foarte limitată pentru medicamente compensate în condiții de ambulatoriu, ceea ce rezultă în plăți din buzunar considerabile.

Metodele actuale de plată a prestatorilor nu sunt suficiente pentru stimularea performanței și calității. Se atestă discrepanțe între costurile contractate și cheltuielile reale, inechitate în stabilirea tarifelor pe niveluri de spitale, ajustarea întârziată a valorilor relative în sistemul de plată DRG, lipsa unor sisteme informaționale integrate funcționale etc.

Totodată, eficiența (alocativă și tehnică) în sectorul sănătății rămâne redusă. În structura cheltuielilor pentru sistemul de sănătate prevalează alocațiile pentru serviciile spitalicești,

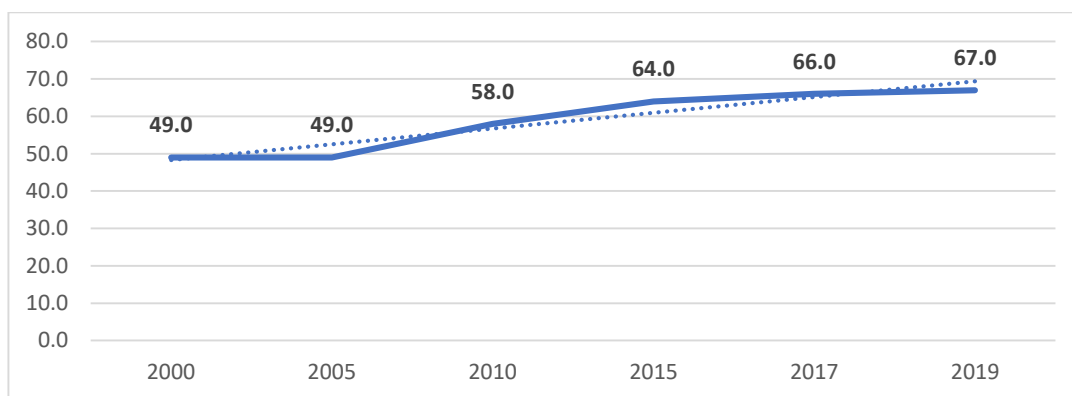
fiind mult mai reduse pentru AMP, respectiv fiind stimulată prestarea serviciilor în rețeaua încă nerestructurată de spitale. Rămân limitate drepturile instituțiilor medico-sanitare publice în gestionarea resurselor proprii și a mijloacelor obținute pentru dezvoltarea durabilă.

5.4.2.4. Acoperirea universală cu servicii de sănătate și Obiectivele de Dezvoltare Durabilă

În contextul Agendei de dezvoltare durabilă 2030, monitorizarea progresului atingerii AUSS se concentrează, în Republica Moldova, pe mai mulți indicatori:

Proporția populației care poate accesa servicii de sănătate esențiale de calitate (ODD 3.8.1), este un indicator al măsurării echității. Conform OMS, ODD 3.8.1 utilizează 16 servicii de sănătate esențiale ca indicatori ai nivelului și echității de acoperire, din 4 categorii: sănătatea reproducerii, a mamei, a nou-născutului și a copilului; boli infecțioase; boli netransmisibile; capacitatea serviciului și accesul. Indicele este raportat pe o scară fără unități de la 0 la 100, 100 fiind valoarea optimă. Scorul indicelui estimativ al OMS în anul 2019 pentru Republica Moldova a fost de 67, în creștere cu 37% față de anul 2000 (*Figura nr.16*)¹⁵¹. Observăm că după începutul implementării AOAM, în anii 2005-2019, indicele nu mai stagnează, dar are o dinamică ascendentă.

Figura nr.16. Indicele de acoperire univesală cu servicii de sănătate (ODD 3.8.1), %



În ceea ce privește populația generală, *proporția acoperirii cu AOAM (ODD 3.8.2.2)* a crescut ușor de la 76,4% la 81,9% în 2014 și respectiv 2020. În plus, a crescut și *proporția populației care au primit medicamente esențiale compensate (ODD 3.8.1.1)*, de la 19,5% la 29,4% în 2015, respectiv 2018¹⁵².

Ponderea populației cu cheltuielile gospodăriilor pentru sănătate mai mari de 10% în total cheltuielile gospodăriilor (ODD 3.8.2.a) a scăzut de la 15,4% în 2014 la 12% în 2020. Cu toate acestea, pentru grupa de vârstă 65+, indicatorul a atins 21,8% în 2020¹⁵³.

În ceea ce privește *ponderea populației cu cheltuielile gospodăriilor pentru sănătate mai mari de 25% în total cheltuielile gospodăriilor (ODD 3.8.2.b)*, este la fel în scădere, de la 2,5% în 2014 la 1,9% în 2020. Cu toate acestea, proporția este dublă pentru grupa de vârstă 65+ (3,8%) și aproape triplă pentru cea mai săracă chintilă (5,3%)¹⁵⁴.

Republica Moldova monitorizează și un indicator proxy național suplimentar, care se referă la *ponderea cheltuielilor private (ale gospodăriilor casnice) pentru sănătate (ODD 3.8.2.1)*.

¹⁵¹ Global SDGs Indicator Database [website]. New York: UN; 2021 (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>)

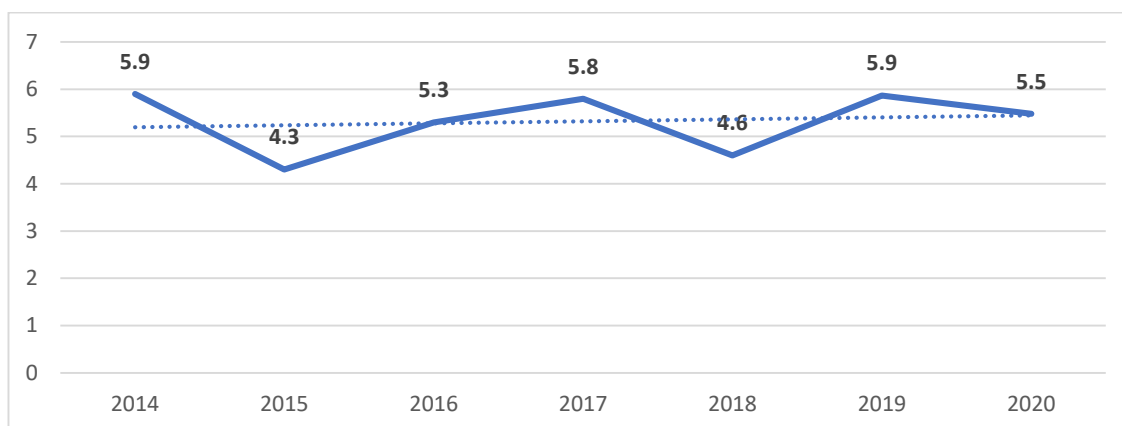
¹⁵² Biroul Național de Statistică, Banca de date statistice (<https://statistica.gov.md/pageview.php?l=ro&idc=407&nod=1&>)

¹⁵³ Idem

¹⁵⁴ Idem

Proporția este aproape aceeași în 2014 și 2020, 5,9% și, respectiv, 5,5% (Figura nr.17). Concomitent, se înregistrează o proporție mai mare a cheltuielilor cu sănătatea privată în grupa de vârstă până la 30 de ani (11,4%) și în primele 2 chintile (10,3% și respectiv 11,7%).

Figura 17. Ponderea cheltuielilor private (ale gospodăriilor casnice) pentru sănătate, %



Sursa: Biroul Național de Statistică

Cheltuielile private pentru sănătate ca pondere din totalul cheltuielilor gospodăriei sunt destul de semnificative și în majoritatea statelor europene. Bulgaria (5,8%), Malta (4,4%), Cipru (4,4%) și Grecia (4%) au cifre aproape duble față de media în UE de 2,3%. Luxemburg (1,2%), Turcia (1,3%), Franța (1,4%), Marea Britanie (1,5%), Germania (1,8%) și România (1,7%) au cele mai scăzute rate în acest sens.¹⁵⁵

Lărgirea suficientă a spațiului fiscal și prioritizarea sănătății în cheltuielile publice, cu accent pe acoperirea universală de sănătate, asigurând în același timp sustenabilitatea fiscală, rămâne dezideratul de bază al politicilor de finanțare. Este oportună creșterea graduală și suficientă a cheltuielilor publice pentru sănătate, în conformitate cu contextul și prioritățile naționale, cu un accent deosebit pe asistența medicală primară, și atingerea țintei recomandate de Organizația Mondială a Sănătății și acceptate de țările membre, de *creștere a cheltuielilor publice pentru sănătate până în 2030 cu cel puțin 1% din produsul intern brut*.¹⁵⁶

Acest lucru este deosebit de important pentru atingerea acoperirii universale de sănătate și a Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă cu tangență la sănătate, precum și pentru finanțarea durabilă a necesităților de sănătate ale populației Republicii Moldova.

5.4.3. Aspecte privind inegalitățile și respectarea drepturilor omului

Situația privind respectarea drepturilor și libertăților omului, în contextul funcționării sistemului de AOAM a fost în vizorul constant al instituțiilor responsabile și observatorilor locali și internaționali. În ultimul raport al *Avocatului Poporului*¹⁵⁷ s-au făcut mai multe constatări și recomandări cu tangență la domeniul de acțiune al legilor evaluate, după cum urmează:

- Pe parcursul anilor, Avocatul Poporului a înaintat mai multe recomandări pentru *consolidarea îngrijirilor paliative* în Republica Moldova. Un pas în acest context îl

¹⁵⁵ Baeten, R., e al. (2018). Inequalities in access to healthcare. A study of national policies, European Social Policy Network, Brussels: European Commission (<https://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=20339&langId=en>)

¹⁵⁶ Political declaration of the high-level meeting on universal health coverage. UN General Assembly, 2019 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/84/PDF/N1931184.pdf?OpenElement>)

¹⁵⁷ Raport privind respectarea drepturilor și libertăților omului în Republica Moldova în anul 2020. Oficiul Avocatului Poporului, 2021 (<http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2021/04/Raport-2020-FINAL-RED.pdf>)

constituie modificările operate în noiembrie 2020 în Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, prin care serviciile de îngrijiri paliative au devenit parte componentă a sistemului de sănătate, fapt ce va contribui la finanțarea distinctă a acestui serviciu din mijloacele fondurilor AOAM.

- Nerespectarea dreptului la *informarea corectă a pacientului* are loc de cele mai dese ori din cauza unei comunicări defectuoase dintre medic-pacient, sau din lipsa de cunoaștere de către unii medici a prevederilor legislației medicale. Avocatul Poporului a recomandat MSMPS să se asigure că instituțiile medicale au elaborat proceduri instituționale pentru respectarea drepturilor pacientului. Deși este de apreciat faptul că în anul 2018 MSMPS a aprobat Ghidul privind aplicarea procedurii de comunicare și consiliere a pacienților, în anul de raportare, aspectul comunicării defectuoase dintre medic-pacient a continuat să fie invocat în plângerile recepționate de Oficiul Avocatului Poporului.
- În raportul din martie 2020, Comisarul Consiliului Europei pentru Drepturile Omului, Dunja Mijatović, subliniază că politicile naționale în domeniul asistenței medicale ar trebui să vizeze asigurarea unui acces echitabil și accesibil la serviciile de asistență medicală bazate pe drepturile omului și centrate pe oameni. Deși recunoaște constrângerile financiare, Comisarul recomandă *creșterea treptată a cheltuielilor publice în sănătate*, cu scopul de a face serviciile de sănătate mai accesibile, de a îmbunătăți calitatea și disponibilitatea serviciilor de sănătate și de a asigura o remunerație adecvată pentru profesioniști.
- Întrucât *plățile informale* constituie o barieră importantă în calea accesului la serviciile de asistență medicală, Comisarul Consiliului Europei pentru Drepturile Omului solicită autorităților să pună în aplicare măsuri politice care vizează abordarea fenomenului plăților informale și reducerea cheltuielilor medicale pentru pacienți, așa cum este subliniat în politica relevantă a OMS. Toți pacienții au dreptul la programe de diagnostic și tratament adaptate nevoilor lor individuale, în care criteriile economice nu ar trebui să prevaleze asupra dreptului la îngrijire.

La solicitarea Oficiului Avocatului Poporului, în anul 2021, a fost realizat și *un studiu calitativ*¹⁵⁸, care prezintă opinia populației privind respectarea drepturilor omului în Republica Moldova, inclusiv și respectarea dreptului la ocrotirea sănătății. În general se observă o atitudine preponderent negativă a respondenților față de modul în care sunt respectate drepturile la servicii de sănătate, totodată este înregistrată o îmbunătățire a opiniilor în studiul curent în raport cu cele precedente. Datele studiului denotă că ponderea cea mai mare a respondenților consideră că copiii le este asigurat cel mai bine dreptul la ocrotirea sănătății (59,3% afirmă că este asigurat complet sau în mare măsură).

Cu referire la întrebările cu conotație pozitivă pot fi făcute următoarele constatări. O treime dintre respondenți (33,2% în 2020 față de 11,9% în 2016), sunt de acord cu faptul că statul asigură tuturor acces egal la servicii medicale de calitate, o cincime (19,9% în 2020 față de 9,3% în 2016) confirmă că polița de AOAM permite deținătorului acesteia un nivel adecvat la servicii medicale. Mai pronunțat și-au exprimat dezacordul cu aceste două afirmații respondenții din mediul rural, persoanele de peste 45 ani, cele sărace.

¹⁵⁸ Percepții asupra drepturilor omului în Republica Moldova. Oficiul Avocatului Poporului, 2021 (http://ombudsman.md/wp-content/uploads/2021/07/DO_raport_raport_OAP-2.pdf)

Cu referire la afirmația cu conotație negativă, dacă statutul economic al persoanei afectează dreptul la servicii de ocrotire a sănătății, circa 60,8% respondenți sunt de acord cu aceasta, totuși fiind în descreștere continuă în raport cu 61,7% în 2018 și 70,6% în 2016. În special aceasta este susținută de peste 65% respondenți economic activi, cu nivele înalte de studii și de bunăstare.

În opinia unor experți, accesul la serviciile de sănătate în RM este asigurat în mare parte, practic pentru toți cetățenii RM, indiferent dacă sunt asigurați sau nu, au acces la serviciile medicului de familie. Principalele provocări se referă nu la accesul la servicii medicale, dar la calitatea lor.

Un alt aspect evidențiat de experți se referă la calitatea joasă a serviciilor medicale în instituțiile de stat. Calitatea serviciilor medicale, dar și accesul la acestea îi determină pe mai multe persoane, inclusiv cele asigurate, care își permit financiar, să se adreseze la instituțiile private chiar dacă serviciile sunt incluse în asigurarea medicală pentru care acestea au contribuit.

Totodată, fenomenul plăților informale în instituțiile medicale limitează în continuare accesul persoanelor cu venituri mici la serviciile medicale, indiferent dacă acestea dispun de poliță de asigurare medicală sau nu. În acest context deseori s-a făcut referință la persoanele cu venituri modeste și la persoanele în etate.

În Raportul *Consiliului pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității*¹⁵⁹ se regăsesc, de asemenea, o serie de constatări și recomandări, printre care:

- Pachetul de servicii incluse în costul poliței de asigurare medicală deseori se dovedește a fi insuficient pentru a asigura toate examinările necesare. În consecință, restul serviciilor și investigațiilor medicale urmează să fie acoperite de bugetului propriu al beneficiarului. În această situație sunt *defavorizate persoanele cu venituri reduse*, printre care preponderent vârstnicii, deoarece aceștia necesită tratament mai frecvent. Sondajele realizate arată că din persoanele care suportă plăți informale pentru servicii medicale 20% sunt persoane în etate și 12,6% - persoane cu dizabilități¹⁶⁰.
- Lipsa accesului la poliță medicală asigurată de stat pentru *femeile care îngrijesc până la vârsta de 2 ani un copil*, iar anterior nu au activat în câmpul muncii. Această problemă a fost constatată încă în anul 2017. Deși au fost făcute toate demersurile necesare autorităților de resort, situația a rămas neschimbată.
- Consiliul a stabilit că modalitatea de organizare a accesului populației la servicii medicale specializate de ambulatoriu și cele de înaltă performanță este în dezavantajul persoanelor asigurate. Dezavantajul se referă la *durata mare de așteptare* pentru a putea beneficia de servicii medicale. Această situație, aparent neutră, afectează în mod disproporționat persoanele cu dizabilități și persoanele în vârstă, care din cauza problemelor de inaccesibilitate și a pensiilor mici, nu își pot permite să beneficieze de astfel de investigații în alte localități, inclusiv să achite pentru respectivele servicii. Consiliul a formulat următoarele recomandări: a) MSMPs, împreună cu CNAM, să identifice necesitățile populației în servicii medicale, pentru planificarea eficientă a

¹⁵⁹ Raport general privind situația în domeniul prevenirii și combaterii discriminării în Republica Moldova, anul 2020. Consiliul pentru prevenirea și eliminarea discriminării și asigurarea egalității, 2021.

(http://egalitate.md/wp-content/uploads/2016/04/CPEDAE_Raport_2020_revfin-1.pdf)

¹⁶⁰ Inegalitățile în Republica Moldova: provocări și oportunități. Fundația Est-Europeană și Centrul Parteneriat pentru Dezvoltare, 2017 (https://eef.md/media/files/files/fee_inegalitati_ro_final_5335996.pdf)

volumului asistenței medicale și serviciilor medicale; b) CNAM să planifice volumul asistenței medicale de servicii de înaltă performanță, conform necesităților populației din teritoriu, anterior contractării asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

- Modificarea alin.(4) art.4 din Legea nr. 1585/1998 pentru a asigura *accesul la servicii medicale gratuite, garantate de stat solicitanților de azil* ce se încadrează în grupurile vulnerabile inclusiv persoanele cu dizabilități, femeile însărcinate, persoanele în vârstă, părinții singuri cu copii minori, victimele traficului de persoane, persoanele care suferă de afecțiuni grave, victimele torturii sau cu potențial redus de autoîntreținere în vederea armonizării legislației la standardele UE.

În general, includerea în lista persoanelor asigurate de stat a unor noi categorii (inclusiv, solicitanți de azil sau femeile care îngrijesc până la vârsta de 2 ani un copil, menționate mai sus) necesită examinare atentă, inclusiv prin prisma celor discutate la *subcapitolul 5.4.2.2*, și pentru orice inițiativă de extindere a categoriilor de persoane asigurate din contul statutului urmează a fi identificată acoperirea financiară a acestei inițiative.

În rapoartele instituțiilor menționate se regăsesc și alte recomandări similare, cum ar fi: încadrarea în sistemul AOAM a cetățenilor, cu domiciliul în Republica Moldova, care beneficiază de pensii din partea altui stat; încadrarea în sistemul AOAM a persoanelor cu dizabilitate, care primesc pensie de dizabilitate din partea altui stat.

Referitor la recomandarea privind încadrarea în sistemul AOAM a cetățenilor, cu domiciliul în Republica Moldova, *care beneficiază de pensii din partea altui stat*, aceasta a fost soluționată în anul 2020 prin modificarea a art.4 alin.(9²) din Legea nr.1585/1998, care stabilește, prin derogare de la prevederile de bază, acordarea statutului de persoană asigurată în sistemul AOAM a beneficiarilor de pensii, cu domiciliul în Republica Moldova, dar care beneficiază de pensii din partea altui stat și care au atins vârsta standard de pensionare conform legislației naționale.

În ceea ce ține de recomandarea privind încadrarea în sistemul AOAM a *persoanelor cu dizabilitate care primesc pensie de dizabilitate din partea altui stat*, aceasta nu este soluționată. Putem menționa că gradul de dizabilitate este determinat de autoritatea publică competentă din fiecare stat în parte, respectând criteriile aprobate la nivel național, criteriile ce diferă de la o țară la alta. Un mecanism de recunoaștere/echivalare a gradelor de dizabilitate din alte state nu există.

La subcapitolul „Sesizări la *Curtea Constituțională*” a fost descrisă Sesizarea nr.201a/2018, unde autorii susțineau că prin specificarea categoriei “mame” la art.4 alin.(4) lit. m) din Legea nr.1585/1998 în loc de “părinte”, se instituie o *discriminare bazată pe sex, între părinți*, la obținerea poliței medicale de AOAM în cazul când sunt neangajați (riscul social asigurat). Drept urmare a hotărârii Curții Constituționale în partea ce ține de existența unui tratament diferențiat în materie de acordare a dreptului la AOAM din contul statului în raport cu tații și părinții adoptivi, lit.m) din art. 4 alin.(4) al Legii nr.1585/1998 („m) mame cu patru și mai mulți copii”) a fost expusă în redacție nouă: „m) părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani”.

5.4.4. Opiniile beneficiarilor de servicii medicale în baza Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002 (studiul calitativ)

În contextul elaborării raportului de evaluare ex-post de impact a fost realizat studiul calitativ „Cunoștințe, opinii și experiențe privind accesul la serviciile medicale ale persoanelor asigurate (beneficiarii de servicii medicale în baza Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002)”. Studiul a cercetat mai multe aspecte, inclusiv cele legate de accesul și calitatea serviciilor, aprecierea profesionalismului și încrederea în cadrele medicale, dar în acest raport vom prezenta un rezumat al opiniilor care se referă nemijlocit la legile evaluate. Menționăm că studiul calitativ integral este disponibil pe <https://www.pas.md/ro/PAS/Studies/Details/367>

Opinii și percepții privind asigurarea obligatorie de asistență medicală

- Asigurarea obligatorie de asistență medicală este percepută ca fiind foarte utilă pentru unii vârstnici și persoane cu maladii cronice. Pe de altă parte majoritatea persoanelor angajate, care contribuie lunar din salariu la fondul de asigurări medicale cred în mare parte că aceasta este doar o formalitate și fără plăți suplimentare nu poți beneficia în RM de servicii medicale calitative în baza statutului de asigurare obligatorie de asistență medicală. Mărirea contribuției din salariu pentru fondul de asigurări medicale raportată la serviciile de sănătate oferite în baza acesteia este considerată nejustificată.
- Cei mai mulți asociază AOAM cu accesul la medicul de familie și aflarea în staționar gratuită – „polița este mai mult mâncare pe gratis și patul gratis în spital”. Astfel cei care se asigură individual, prin achitarea sumei necesare o fac fie pentru că trebuie să se interneze în staționar sau la recomandarea medicului de familie/medicului specialist pentru a beneficia de careva investigații/intervenții.
- Persoanele care sunt angajate, dar nu beneficiază de servicii medicale în baza AOAM (fie că nu au nevoie, fie că se adresează la instituții private) menționează că ar dori să existe o evidență a contribuției și a cheltuielilor individuale și să se identifice mecanisme de motivare (acumulare parțială, plata unor servicii de recreere și/sau sportive etc.) a celor care contribuie la sistemul de AOAM, dar nu utilizează serviciile medicale. Unii înțeleg că aceste resurse sunt direcționate către alte categorii de persoane care, deși nu contribuie, beneficiază de asigurare medicală și/sau costurile pentru unele tratamente depășește cu mult contribuția anterioară a pacienților.
- În general persistă percepția că nu te poți baza pe statutul de asigurat medical atât ca acces la serviciile medicale, cât și ca referire la calitatea serviciilor medicale. Inclusiv când ești spitalizat tu sau un membru de familie există alerta aceasta că va trebui să cauți medicamente, să apelezi la rude/ cunoștințe pentru recomandări de specialiști – „nu te poți încrede în sistem”.

Opinii și percepții despre serviciile de care pot beneficia în baza asigurării obligatorii de asistență medicală

- Respondenții recunosc că sunt puțin informați privind serviciile de care pot beneficia în baza statutului lor de asigurat. Pe lângă accesul la medicul de familie, pe care de fapt îl are orice cetățean al RM indiferent de statutul său de asigurat sau nu medical, și spitalizarea gratuită – „nu plătești patul”, câțiva intervievați au menționat și includerea unor investigații și intervenții chirurgicale pentru care trebuie să stai în rând. Pentru a

beneficia de consultație calitativă, tratament (medicație) și atitudine respectuoasă din partea cadrelor medicale trebuie să plătească suplimentar.

- Mai mulți respondenți au remarcat faptul că sunt conștienți că este necesară existența asigurării obligatorii de asistență medicală pentru acoperirea serviciilor medicale destinate copiilor, vârstnicilor, dar și altor categorii de persoane cu maladii cronice, incurabile. Dar în același timp își doresc îmbunătățirea mecanismului asigurării obligatorii de asistență medicală, astfel încât și persoanele care contribuie să poată beneficia de servicii medicale. Ca sugestii au fost remarcate următoarele necesități: existența mai multor tipuri de polițe de asigurare medicală, posibilitatea acoperirii unor costuri la adresarea în instituțiile medicale private, un sistem de cumulare a unei părți din contribuții etc.
- Într-adevăr unele persoanele intervievate cu probleme grave de sănătate au evidențiat faptul că sunt mulțumite de asistența medicală de care au beneficiat în baza asigurării obligatorii de asistență medicală. Unii din aceștia recunosc că anterior nu au contribuit la sistemul de asigurare medicală obligatorie (casnică, student ori muncă informală) și cu toate acestea statul i-a asigurat medical după statutul de dizabilitate determinat de maladie. Sunt însă și pacienți care au fost în staționar și s-au arătat total dezamăgiți de asistența medicală în baza asigurării de asistență medicală obligatorie.

Opinii și percepții despre categoriile de persoane/stările ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală

- Respondenților li s-a comunicat că Programul unic cuprinde lista maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală și au fost întrebați ce cunosc ei despre aceasta și cât de clare pentru ei sunt informațiile privind listele de maladii și stări, investigații de care pot beneficia în baza asigurării obligatorii de asistență medicală. Participanții la studiu recunosc că sunt puțin informați la acest capitol. Cu toate că unii respondenți au evidențiat că această informație este afișată în cadrul policlinicii, dar nu au examinat-o atent, iar câțiva respondenți au menționat că au accesat on-line aceste liste în perioada în care au fost bolnavi de COVID-19.
- Categoriile de persoane care pot beneficia de medicamente compensate menționate de majoritatea respondenților se referă la persoanele cu hipertensiune și cele cu diabet zaharat. Au mai fost menționați bolnavii de cancer și de maladii rare. Unii respondenți au menționat faptul că persoanele cu grad de dizabilitate beneficiază de mai multe medicamente compensate. Există percepții în rândul unor participanți la studiu că compensarea medicamentelor se face după criteriul de vulnerabilitate socio-economică. De asemenea, unii intervievați consideră că medicamentele oferite gratuit sau compensate parțial nu sunt atât de calitative, eficiente comparativ cu cele procurate.
- Un subiect discutat a fost cel al compensării medicamentelor pentru copii. Există două preconcepții care predomină în rândul respondenților privind compensarea medicamentelor pentru copii. Prima se referă la vârsta copiilor, se consideră că pot beneficia copiii mici (până la vârsta de 3 ani sau după caz 6 ani), de fapt Programul unic prevede compensarea medicamentelor până la 18 ani. Un alt stereotip, parțial alimentat și de către cadrele medicale se referă la faptul că pot beneficia de medicamente compensate doar copiii din familiile vulnerabile. Astfel, majoritatea respondenților cu

copii procură medicamentele pentru tratamentul acestora. Totuși au fost câțiva care au menționat că au beneficiat repetat de medicamente compensate pentru copii. Iar din câte cunosc ei, în raionul lor se oferă la toți copiii care au nevoie de tratament.

- Deși ghidul de interviu avea întrebarea expres „*În ce măsură persoanele asigurate medical pot beneficia în mod egal/nediscriminatoriu de servicii medicale acoperite de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală?*”, în toate cele trei discuții acest subiect a fost elucidat spontan de către respondenți cu referire în special la accesul mult mai rapid la servicii medicale contra cost comparativ cu beneficierea de acestea în baza statutului de asigurat medical. Se consideră că persoanele asigurate medical care au posibilitatea să ofere plăți informale și persoanele care se adresează făcând uz de relații sunt avantajate atât ca acces la serviciile medicale, cât și ca oferire de informații și tratamente.
- Câțiva respondenți au evidențiat că teoretic poți beneficia în baza statutului de asigurat medical de mai multe servicii, inclusiv unele intervenții chirurgicale, dar la modul practic fără plăți suplimentare vei fi neglijat de către personalul medical.

Opinii despre drepturile și obligațiile persoanelor asigurate medical

- Participații la discuțiile de grup au remarcat că puține persoane își cunosc drepturile în calitate de persoane asigurate. Unii respondenți consideră că este responsabilitatea persoanelor de a se informa și de a-și cere drepturile, alții cred că ar trebui să existe campanii de informare pentru populația generală (exemplul comunicarea privind COVID-19), iar medicii de familie să-i informeze ținând pe cei care se confruntă cu probleme de sănătate și/sau cu o anumită situație specifică de ce servicii pot beneficia fiind persoane asigurate.
- Unii participanți la studiu au evidențiat faptul că chiar dacă unele persoane își cunosc drepturile în calitate de persoană asigurată medical, în momentul în care ei sau membrii familiei se confruntă cu o problemă de sănătate, ei sunt preocupați de starea sănătății și de obicei ușor cedează din drepturile sale și se conformează condițiilor de facto cerute/impuse de medici/ instituții medicale. În unele situații persoanele au încercat să se informeze privind beneficiile, serviciile pe care la pot accesa fiind bolnavi de COVID-19, dar răspunsul echivoc al medicului de familie i-a determinat să renunțe.
- La capitolul responsabilități sunt și mai multe lacune, intervievații consideră că în momentul în care sunt asigurați trebuie să li se ofere ajutor atunci când se confruntă cu o anumită problemă de sănătate, dar nu prea cunosc care sunt responsabilitățile lor în acest sens. Unii sunt conștienți că trebuie să respecte niște prevederi privind biletele de trimitere, programările, dar în același timp recunosc că în momentul în care insiști poți avea acces la consultația medicului specialist și fără programare, de asemenea la unele investigații.
- Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală stabilește că CNAM este obligată să apere interesele persoanelor asigurate. Participanții la discuțiile de grup au fost întrebați: În calitate de persoană asigurată când ați apelat la servicii medicale în baza poliței de asigurare în ce măsură considerați că vi s-au încălcat sau nu drepturile de persoană asigurată? Persoanele intervievate au menționat că în Republica Moldova frecvent cetățenilor li se încalcă drepturile, inclusiv dreptul la sănătate și aceasta a devenit o normă socială. O bună parte nu-și cunosc drepturile și nici nu știu că li-au fost încălcate, iar cei care constată totuși că anumite drepturi le-au fost

încălcate nu cunosc unde să se adreseze și/ sau nu au convingerea că dacă se vor adresa li se va face dreptate. Unii consideră că mecanismul de adresare este următorul: la șeful instituției medicale (centrul medical/policlinică, spital) și ulterior la Ministerul Sănătății/ linia verde. CNAM care este obligată prin Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală să apere interesele persoanelor asigurate nu este cunoscută ca o instituție la care pacienții ar putea apela în cazul în care li s-ar încălca drepturile de persoană asigurată.

- Mai mulți pacienți au relatat că nu se respectă programările la medic și deși ai un interval de timp prestabilit, de fapt poți petrece ore în șir la ușa medicului fără careva explicații.
- Un alt aspect la care s-a făcut referire sunt erorile medicale, care pe de o parte sunt dificil de demonstrat, iar pe de altă parte pacienții nu cunosc unde s-ar putea adresa.
- Persistă ideea că nu are rost să te adresezi la nimeni dacă îți sunt încălcate drepturile pentru că aceasta îți va consuma sănătatea și timpul. Există și îngrijorarea privind consecințele ulterioare – „puțini se adresează undeva să facă o plângere pe medic, pentru frica de a nu fi tratat cum trebuie pe urmă”. Totuși, ca excepție a fost o pacientă care cu suportul unei alte persoane (avocat) a mers în instanță pentru a-și apăra drepturile. Ceilalți participanți la discuție erau mirați și curioși privind cazul respectiv, au întrebat dacă nu au existat consecințe în raportul medic-pacient.
- Mai mulți participanți la studiu din diferite discuții de grup au evidențiat că li se creează impresia că instituțiile statului (CNAM, centrele medicilor de familie, spitalele) nu sunt interesate ca persoanele asigurate să-și cunoască drepturile. În opinia acestora, astfel se încercă să se economisească resurse financiare care ulterior sunt direcționate spre alte categorii de cheltuieli.

Opinii despre mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic

- Legea nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală prevede că Guvernul aprobă mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, precum și modul de achitare/încasare a acestor plăți. Respondenții nu cunosc aceste prevederi, dat fiind faptul că ei nu cunosc în primul rând care sunt serviciile medicale care sunt acoperite de Programul unic. Doar un respondent a menționat că în cazul în care persoana depășește numărul de zile de afare în staționar poate fi externată pe o perioadă scurtă, iar ulterior să fie din nou spitalizată, dar fără ai solicita plăți oficiale suplimentare – „reglementare” care, de fapt, nu există nici în actele normative ale MS nici CNAM. Prin urmare, acest „mecanism” de tratament în staționar este utilizat de prestatorii de servicii medicale pentru a soluționa această provocare.
- Întrebați „Cât de clare sunt pentru dvs. prevederile care se referă la achitarea de către persoanele asigurate a costurilor serviciilor medicale care nu sunt acoperite de asigurarea medicală obligatorie?”, participanții la studiu au avut dificultăți să-și exprime punctul de vedere. Persistă în opinia participanților la studiu ideea că pentru a accesa anumite servicii publice și nu doar în domeniul sănătății, sunt necesare plăți informale. Unii pacienți consideră că corupția este atât de adânc înrădăcinată în conștiința populației că în opinia lor este foarte dificil sau practic imposibil să schimbi ceva. Câțiva respondenți au relevat că la nivel de medic de familie, mai ales în mediul rural plățile informale sunt nesemnificative comparativ cu medicii specialiști și/sau staționar.

Opinii și percepții privind implementarea, funcționarea asistenței medicale asigurate de stat

- Participanții la studiu consideră că cetățenii RM care suferă de cancer sau o altă maladie/afecțiune a cărui tratament este asigurat de către stat, pot beneficia de unele servicii medicale, tratamente gratuite, dar cu certitudine nu li se oferă condiții și suport pentru a beneficia de un tratament adecvat pentru care sunt necesare resurse financiare considerabile. Majoritatea cetățenilor RM care se află în asemenea situații se bazează pe membrii familiei – „dacă nu are cine te ajută, mori cu zile”. Respondenții au ajuns la aceste concluzii bazându-se pe experiențele celor din anturaj, dar și pe relatările participanților la discuțiile de grup.
- Respondenții consideră că statul RM comparativ cu alte țări dezvoltate nu îți prea oferă garanții chiar dacă plătești impozite și contribuții, iar acest lucru este valabil și în domeniul sănătății. Există percepția că în RM indiferent de situație ești pe cont propriu, te poți baza pe tine și pe membrii familiei, în rest statul îți poate oferi anumit suport, facilități, dar persistă incertitudinea atât ca acces, cât și ca continuitate a tratamentului.

Opinii și percepții privind protecția financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății

- Legea nr.1585/1998 stabilește că asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiune).
- Participanții la studiu au remarcat că în RM, deseori sunt legi bune, dar care nu se respectă – „Legea este, dar nu se îndeplinește niciodată. Tot merge pe alături de lege”. Respondenții consideră că pe lângă plățile informale solicitate în instituțiile medicale sunt și scheme de corupție care și mai mult afectează sustenabilitatea sistemului.
- În opinia unor respondenți sunt câteva categorii percepute vulnerabile cărora statul le oferă tratament și suport pentru a proteja sănătatea publică cu referire la unele maladii transmisibile (HIV, TB).
- Majoritatea participanților la discuțiile de grup consideră că indiferent de statutul de asigurat sau nu medical nu există o diferență semnificativă (excepție achitarea pat/zi staționar) privind protecția financiară a persoanei/ familiei, iar în momentul în care te îmbolnăvești bugetul familie este afectat. Oamenii cumva se pregătesc din timp de efortul financiar care urmează să-l suporte, iar dacă nu au resurse de multe ori amână adresarea la medic.

Sugestiile participanților la studiu privind îmbunătățirea accesului la serviciile medicale a persoanelor asigurate

- Sporirea nivelului de informare a populației privind drepturile persoanelor asigurate medical.
- Garantarea unei game mai largi de medicamente și servicii medicale în baza asigurării medicale. În condițiile în care există percepția că asigurarea medicală oferă doar spitalizarea gratuită pentru câteva zile, nu și tratamentele în regim ambulatoriu și/sau în staționar
- Promovarea „liniei verde” și oferirea posibilității reclamațiilor anonime
- Oferirea posibilității de a alege nu doar medicul de familie, dar și medicii specialiști/instituția medicală.
- Diversificarea tipurilor de asigurări medicale și a serviciilor incluse în raport cu contribuția persoanelor (cu precădere s-a făcut referință la serviciile stomatologice).
- Promovarea și efectuarea controalelor profilactice, de prevenire în baza asigurării medicale obligatorii.
- Instituirea unui mecanism funcțional de monitorizare și de sancționare a activității cadrelor medicale, astfel ca medicii să cunoască și consecințele acțiunilor/ inacțiunii lor.
- Atitudine mai respectuoasă față de pacienți.
- Digitalizarea informațiilor privind pacienții, istoricul medical al acestora.
- Oferirea unor stimulente, oportunități pentru persoanele care contribuie la sistemul de asigurări medicale, dar nu apelează la sistemul public de sănătate, nu beneficiază/ nu au beneficiat de careva servicii.

VI. Concluzii

Elaborarea și implementarea Legii nr.1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, în special, dar și a Legii nr.1593/2002, ambele supuse evaluării în prezentul raport, sunt rodul unei activități de aproape trei decenii a unor echipe de vizionari, decidenți la diferite niveluri, politicieni și funcționari, specialiști și experți din sistemul de sănătate și din alte domenii, manageri de instituții medicale publice și private, cadre didactice universitare, reprezentanți ai comunității medicale și ai societății civile.

Actele normative adoptate întru realizarea sau modificarea legilor evaluate, precum și cele aferente acestora, reprezintă un set de documente strategice, legi, hotărâri de Guvern, ordine, care au adus îmbunătățiri cadrului normativ, îl întregesc, ajustându-l la noile viziuni și cerințe ale societății, la noi standarde de nivel internațional sau european.

- *Strategiile și concepțiile*, analizate în raport, au definit particularitățile esențiale ale viitorului sistem de AOAM, au ghidat dezvoltarea și îmbunătățirea acestuia, deseori în combinație cu alte obiective reformatoare ambițioase pentru sistemul de sănătate (de ex., restructurarea spitalelor, fortificarea AMP, AUSS). Multe dintre obiectivele strategice anterioare, cu tangență la sistemul AOAM, rămân actuale și astăzi, necesitând continuitate în noile strategii ce urmează a fi adoptate (proiectul SND 2030 e în Parlament, Strategia Națională de Sănătate 2022-2031 e în faza finală de elaborare, noua Strategie de dezvoltare instituțională a CNAM).
- *Legile de modificare și aferente* Legii nr.1585/1998 și Legii nr.1593/2002 au vizat aspecte de organizare a sistemului, precum și intervenții cu impact asupra AUSS a beneficiarilor: acoperirea populației cu AOAM, stabilirea contribuțiilor (primelor) și achitarea lor, fondurile de asigurări și gestionarea acestora, pachetul garantat de servicii, contractarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice etc. Au fost prevăzute și sancțiuni pentru nerespectarea legilor evaluate.

Deși, în mare parte, legile de modificare și aferente au contribuit la o mai bună implementare a legilor evaluate, le-au adus numeroase îmbunătățiri, există, totuși, anumite reglementări care reprezintă un pas înapoi de la principiile AOAM, sunt dublări sau divergențe între legi, iar unele prevederi sunt adoptate fără a ține cont de durabilitatea fondurilor AOAM (a se vedea mai sus).

- *Actele normative (HG, ordine)* adoptate întru executarea legilor evaluate sau pentru implementarea unor aspecte cu tangență la aceste legi, sunt suficiente și utile pentru funcționarea adecvată a sistemului AOAM, din punct de vedere organizatoric, al îndeplinirii obligațiilor și drepturilor legale, al aspectele tehnice de activitate, pachetului de servicii medicale și medicamente/dispozitive compensate, relațiilor din subiecții AOAM, evidenței și raportării etc. Există anumite incoerențe nesemnificative și anumite reglementări lipsă.

Odată cu adoptarea legilor evaluate și a cadrului normativ aferent, s-a modificat cardinal *modelul de finanțare* a sistemului sănătății, prin substituirea modelului sovietic, impropriu în noile realități socioeconomice, cu cel al asigurării medicale obligatorii. Această reformă a avut un rol important în evoluția și transformarea sistemului de sănătate al Republicii Moldova, ce pot fi reflectate prin următoarele realizări:

- crearea sistemului de AOAM în Republica Moldova cu aplicarea principiului solidarității¹⁶¹ și a altor principii stabilite în Legea nr.1585/1998, caracteristice fondurilor europene similare de asigurări sociale de sănătate;
- crearea unui fond unic pentru acumularea tuturor contribuțiilor în scop de AOAM, gestionat de CNAM, care permite evitarea selecției adverse și necesității redistribuirii riscurilor în cazul unor fonduri multiple. Acest fond își păstrează un anumit grad de autonomie¹⁶²;
- acoperirea cu AOAM a mării majorități a populației Republicii Moldova (87,8% în 2020), ținându-se cont de principiul obligativității¹⁶³;
- stabilirea unui pachet explicit de servicii medicale și farmaceutice de care pot beneficia gratuit persoanele asigurate și, după caz, cele neasigurate (Programul unic al AOAM);
- prevederea unui mecanism de compensare a medicamentelor și dispozitivelor medicale;
- trecerea de la finanțarea prestatorilor de servicii de sănătate la procurarea de către CNAM pe bază de contract a serviciilor medicale și farmaceutice, conform unor criterii stabilite de legislație, cu relativa stabilitate a fluxului financiar către prestatorii din sistemul sănătății;
- descentralizarea financiară a sistemului de sănătate și asigurarea unui grad înalt de autonomie a prestărilor publice de servicii medicale, prin transformarea lor în instituții medico-sanitare publice la autofinanțare, non-profit;
- stimularea anumitor schimbări la nivelul funcționării sistemului de sănătate (reformele structurale de reducere a fragmentării și a irosirii resurselor limitate, responsabilizarea managerilor instituțiilor medicale, introducerea acreditării prestatorilor, aplicarea unor metode noi de contractare (per capita, per serviciu, DRG, indicatori de performanță, etc), controlul prestării serviciilor, înregistrarea la medicul de familie, dezvoltarea sistemelor informaționale, programarea pentru servicii etc.);
- îmbunătățirea, comparativ cu perioada de până la AOAM, a accesului și a calității serviciilor de sănătate furnizate beneficiarilor;
- progrese palpabile pe dimensiunea transparență, fiind inclus un nou principiu de organizare a sistemului AOAM, cel al transparenței¹⁶⁴.

Reglementarea prin legile evaluate a implementării noului model de finanțare bazat pe AOAM a contribuit substanțial la mersul pe calea către *acoperirea universală cu servicii de sănătate*, cele trei dimensiuni ale căreia au fost examinate în acest raport. Pe perioada acțiunii legilor evaluate s-a făcut simțit *progresul pe mai multe direcții*:

- creșterea substanțială a cheltuielilor publice destinate finanțării ocrotirii sănătății (de la 1,1 miliarde în 2003 (până la implementarea la nivel național a AOAM) la 10 miliarde lei

¹⁶¹ *Principiul solidarității* - plătitorii primelor de AOAM achită contribuțiile respective în funcție de venit, iar persoanele asigurate beneficiază de asistență medicală și farmaceutică în funcție de necesități (art.5 alin.(1) lit.e) a Legii nr.1585/1998).

¹⁶² *Principiul autonomiei* - sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se administrează de sine stătător, în baza legii, iar prestatorii de servicii medicale și farmaceutice care acordă asistență medicală și farmaceutică în sistemul respectiv activează pe principii de autofinanțare și non-profit (art.5 alin.(1) lit.g) a Legii nr.1585/1998).

¹⁶³ *Principiul obligativității* - asiguratul are, conform legii, obligația de a participa la sistemul AOAM, iar drepturile de asigurări medicale se exercită corelativ cu îndeplinirea obligațiilor (art.5 alin.(1) lit.d) a Legii nr.1585/1998).

¹⁶⁴ *Principiul transparenței* - fondurile de AOAM se gestionează transparent, prin informarea subiecților AOAM și a persoanelor interesate cu privire la executarea veniturilor și cheltuielilor (art.5 alin.(1) lit.h) a Legii nr.1585/1998).

în anul 2020, sau de 9 ori). Cota în PIB a cheltuielilor publice pentru sănătate a constituit 4,8% în 2020, comparativ cu 4% în 2003;

- creșterea cheltuielilor din fondurile AOAM de la 937,5 milioane lei în anul 2004 la 8,4 miliarde lei în 2020 și a ponderii acestora din totalul cheltuielilor publice pentru sănătate de la 70% în 2004 la 84% în 2020;
- creșterea treptată a primelor de asigurare obligatorie în formă de contribuție procentuală la salariu și alte recompense de la 4% în 2004 la 9% în prezent, iar a primei în formă de sumă fixă – de la 441,23 lei în 2004 până la 4056 lei în prezent, ceea ce a majorat ponderea veniturilor proprii ale CNAM în totalul fondurilor AOAM (58,6% în anul 2020);
- ponderea cheltuielilor publice din totalul cheltuielilor pentru sănătate a crescut treptat, de la 49% în 2000 la 60% în 2019, corespunzător și ponderea plăților din buzunar a beneficiarilor s-a redus de la 47% în 2000 până la 36% în 2019;
- creșterea acoperii populației Republicii Moldova cu AOAM, ajungând la o rată de acoperire de circa 88% în 2020, comparativ cu 67% în anul 2004;
- includerea sistematică de noi servicii medicale și farmaceutice în pachetul de beneficii din sistemul AOAM, condiționată de necesitățile crescânde ale pacienților, dezvoltarea noilor tehnologii de diagnostic și tratament, modificarea protocoalelor de tratament, apariția de noi medicamente. A sporit numărul de denumiri comune internaționale de medicamente în lista de compensare (de la 25 DCI în 2005 la 158 DCI în 2020) și a crescut cota lor de compensare, majoritatea fiind prescrise pentru cele mai răspândite boli netransmisibile;
- volumul în creștere al serviciilor medicale contractate de CNAM cu prestatorii de servicii, lucru valabil pentru majoritatea tipurilor de asistență medicală, extinderea spectrului contractat de servicii costisitoare de înaltă performanță și a programelor speciale în AMS;
- indicatorul de acoperire universală cu servicii de sănătate (ODD 3.8.1), inclus în Agenda de dezvoltare durabilă 2030, a constituit 67% în 2019, în creștere față de 49% în 2005. Scade ponderea cheltuielilor gospodăriilor pentru sănătate în totalul cheltuielilor gospodăriilor (ODD 3.8.2.a și ODD 3.8.2.b).

În același timp, pe calea atingerii AUSS, au fost evidențiate mai multe *aspecte problematice*:

- chiar dacă în termeni nominali cheltuielile publice pentru sănătate au crescut, atunci în termeni reali acestea înregistrează un trend negativ. Cota cheltuielilor publice pentru sănătate în PIB a constituit 4,1% în anul 2019, în scădere față de 5,6% în anul 2010, revenind practic la aceeași cotă din anul 2004. Media la nivel mondial era de 5,9% în 2019¹⁶⁵;
- formula de calcul a transferurilor de la bugetul de stat pentru asigurarea unor categorii de persoane neangajate a fost modificată în mod repetat, formându-se o inegalitate comparativ cu alte surse de venit la fondurile AOAM. Angajații au contribuit în anul 2020 cu 56,2% din veniturile CNAM, constituind 34,2% din cei asigurați, iar Guvernul a contribuit cu 41,4% la venituri pentru peste 63% din persoanele asigurate;

¹⁶⁵ Banca Mondială, baza de date, (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.GHED.GD.ZS>)

- principiul egalității¹⁶⁶ este afectat și prin lipsa de contribuții la sistemul AOAM a angajaților structurilor de forță, spre deosebire de sistemul de asigurări sociale de stat, unde aceștia achită contribuțiile de asigurări sociale obligatorii din anul 2017;
- asistăm la o fragmentare a finanțării unice pentru sănătate din fondurile AOAM, structurile de forță (MA, MAI, SIS) continuând să-și mențină propriile sisteme paralele de acordare a serviciilor medicale, în cadrul instituțiilor medicale departamentale, finanțate preponderent din contul bugetului de stat;
- includerea în lista categoriilor de persoane asigurate de către Guvern a persoanelor neangajate, fără o analiză complexă, inclusiv din punct de vedere al veniturilor acestora, poate fi apreciată ca discriminatorie în raport cu alte categorii de persoane obligate să achite prime de asigurare;
- contribuția modestă a APL pentru investiții capitale (reparații, dotare cu echipament) în IMSP (doar 1,7% din totalul cheltuielilor publice pentru sănătate în 2020). Legislația prevede că APL, în limitele posibilităților, participă la consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medico-sanitare fondate;
- circa 12% din populație încă nu sunt acoperite cu AOAM. Plafonarea, prin derogare de la lege, a contribuției în formă de sumă fixă și aplicarea unor reduceri la plata acestei prime de asigurare nu a stimulat suficient înrolarea în schema de AOAM;
- chiar dacă primele de asigurare au crescut gradual pe parcursul anilor, au fost admise mai multe derogări la stabilirea acestora (prima în formă de contribuție procentuală (9%) nu s-a mai modificat din 2015, iar cea în formă de sumă fixă este blocată ca mărime din anul 2014). La stabilirea acestora se ține cont, în mare parte, de oportunitatea politică și mai puțin de cea economică sau de necesitatea AUSS;
- deciziile de completare a pachetului de beneficii (PU) sunt deseori și ele de natură politică sau electorală, fără a fi bazate pe o analiză a tehnologiilor de sănătate (HTA), a cost-eficienței și a impactului asupra fondurilor de AOAM. Totodată, la momentul actual nu sunt stabilite principii și criterii de includere/excludere a serviciilor medicale în Programul unic. Acoperirea rămâne a fi foarte limitată pentru medicamente compensate în condiții de ambulatoriu, ceea ce rezultă în plăți din buzunar considerabile;
- chiar dacă investițiile în AMP sunt considerate prioritate pentru atingerea AUSS, cota surselor planificate pentru AMP din totalul fondului de bază al CNAM este în scădere. Dacă în primii ani de implementare a AOAM, se planificau pentru AMP cel puțin 25% din totalul fondului de bază (30-31% inclusiv medicamente compensate), atunci în prezent se planifică doar 20% (26% împreună cu medicamente compensate în 2022). De rând cu finanțarea „per capita” în AMP nu se utilizează finanțarea „per serviciu” pentru unele servicii care, în contextul AUSS, pot avea un impact major asupra sănătății publice. De asemenea, în ultimii ani, s-a renunțat la plata pentru indicatori de performanță, care, în contextul AUSS, ar fi putut stimula prestarea anumitor servicii medicale esențiale în AMP;
- procurarea serviciilor medicale de către CNAM nu a atins, încă, caracteristicile privind achizițiile strategice, atunci când aceste alocări sunt corelate cu performanța prestatorilor și nevoile de sănătate ale populației pe care o deservesc, cu scopul de a îmbunătăți eficiența, distribuția echitabilă a resurselor și gestionarea cheltuielilor;

¹⁶⁶ *Principiul egalității* - tuturor participanților la sistemul de AOAM (plătitori de prime de AOAM, prestatori de servicii medicale și farmaceutice și beneficiari de asistență medicală și farmaceutică) li se asigură un tratament nediscriminatoriu în ceea ce privește drepturile și obligațiile prevăzute de lege (art.5 alin.(1) lit.b) din Legea nr.1585/1998).

- deși în diminuare, cota plăților din buzunar în cheltuielile totale din sectorul sănătății rămâne impunătoare (36% în 2019, comparativ cu 22,4% în țările UE). Cea mai mare parte a plăților din buzunar merge spre procurarea de medicamente în condiții de ambulatoriu (73,5% din plăți în 2016);
- dintre plățile achitate de pacienți, plățile informale, solicitate/achitate în cadrul instituțiilor medicale publice, reprezintă o problemă majoră nesoluționată, care constituie o barieră importantă în calea accesului la serviciile medicale și dăunează imaginii întregului sistem. Conform sondajelor, din persoanele care suportă plăți informale pentru servicii medicale 20% sunt persoane în etate și 12,6% - persoane cu dizabilități;
- mecanismul de apărare de către CNAM a intereselor persoanelor asigurate (de la art.13 alin.(3) lit.d)) nu este explicit descris și nici promovat sau utilizat pe larg;
- este diminuat rolul CNAM ca instrument financiar în stimularea politicilor statului de reformare a sectorului de sănătate, nu este încurajată inițiativa CNAM, fiindu-i afectată treptat autonomia, atât în colectarea și gestionarea fondurilor, cât și în exercitarea altor atribuții (contractarea prestatorilor, compensarea medicamentelor, dezvoltarea programelor din fondurile de profilaxie și de dezvoltare etc.);
- transparența și responsabilitatea CNAM pentru activitățile sale statutare este în creștere, inclusiv fiind operate modificări¹⁶⁷ în legislația evaluată întru respectarea principiului transparenței, atât la nivelul asigurătorului, cât și a prestatorilor de servicii medicale. Totuși, se impun anumite îmbunătățiri ale nivelului de responsabilizare și transparență a CNAM în raport cu furnizorii și beneficiarii;
- sistemele informaționale slab dezvoltate și fragmentate, care nu permit colectarea integrată a datelor statistice, formarea cartei electronice a pacientului, simplificarea procedurilor și fluxurilor informaționale în sistemul de sănătate, ceea ce periclitează luarea deciziilor bazate pe dovezi și intervențiile rapide la diferite niveluri.

Opiniile beneficiarilor de servicii în cadrul sistemului de AOAM au fost evidențiate în mai multe studii și rapoarte (a se vedea *subcapitolele 5.4.3 și 5.4.4*). Aspectele problematice, din punctul nostru de vedere, în implementarea legilor evaluate, în special ce ține de atingerea AUSS, contribuie, împreună cu alți factori de ordin social și economic sau factori ce nu țin neapărat de sistemul AOAM, la apariția unor opinii critice ale beneficiarilor. Unele nemulțumiri vizează aspecte de sistem, dar majoritatea obiecțiilor invocă aspecte de lezare a intereselor persoanelor asigurate care provoacă, în special plăți informale, calitate scăzută sau acces îngreunat la unele servicii.

Nemulțumirile persoanelor asigurate reprezintă, în cea mai mare parte, *difficultăți în obținerea asistenței medicale oportune și calitative în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală*, cum ar fi:

- prioritatea acordată (fără rând) pentru consultații ale specialiștilor sau investigații contra cost, decât în baza statutului de persoană asigurată;
- perceperea de plăți pentru unele servicii incluse în pachetul de servicii (Programul unic), de către prestatorii de servicii medicale contractați de CNAM, fără ca aceștia să informeze pacienții că le pot obține gratuit în baza statutului de persoană asigurată;

- acces redus la unele servicii specializate, rând de așteptare mare, itinerar anevoios pentru pacient în obținerea unor servicii specializate în bază de statut de persoană asigurată, număr limitat de servicii de înaltă performanță disponibile;
- calitatea joasă a serviciilor în spitalele raionale, percepută chiar ca fiind periculoasă pentru pacienți;
- condițiile nesatisfăcătoare din unele instituții medicale publice, tehnica și utilajele învechite, dar și practicile și atitudinile unor cadre medicale;

Multe obiecții apar din *lipsa de informare sau informare incorectă a beneficiarilor, de apărare a intereselor persoanelor asigurate, de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății*: care servicii medicale și în ce condiții sunt disponibile gratuit; lista de medicamente compensate, cine și cum le obține gratuit sau la preț redus; modalitatea de programare și lista de așteptare; utilizarea solidară a fondurilor formate din contribuții; necesitatea grijii de sănătatea proprie; apelare către CNAM pentru apărarea drepturilor etc. cum ar fi:

- încălcare a drepturilor persoanelor asigurate în obținerea volumului de asistență medicală, acordată în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, prin condiționarea plăților informale (schimbarea de atitudine, neglijare, abuzuri verbale, limitare în bilete de trimitere, condiții de spitalizare etc.).
- lipsa unui mecanism clar și înțeles pentru populație de prestare a serviciilor ce au fost acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic, pentru care persoana asigurată trebuie să le achite din cont propriu, ceea ce menține plățile informale în sistemul sănătății;
- protecția financiară scăzută din partea statului pentru unele servicii medicale care nu fac parte din volumul asistenței medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, (Programul unic), în special serviciile stomatologice care reprezintă o povară financiar asupra gospodăriilor;
- lipsa posibilității de asigurare pentru pachete suplimentare de servicii medicale (peste Programul unic), în cadrul sistemului în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;
- majoritatea participanților la studiu nu cunosc despre obligativitatea, prevăzută de lege, pentru CNAM de a apăra interesele persoanelor asigurate.

Recapitulând cele expuse mai sus, *putem concluziona* că legile supuse evaluării ex-post de impact în prezentul raport (Legea nr.1585/1998 și Legea nr.1593/2002), privite ca un tot întreg, și-au atins, în mare parte, scopurile și obiectivele prevăzute la aprobarea lor, în pofida faptului că încă sunt lacune care trebuie soluționate. Există o legătură cauzală directă între implementarea acestor legi și efectele pozitive asupra sănătății populației, asupra funcționării durabile a sistemului de finanțare în sănătate, activității prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice și, în special, asupra acoperirii universale cu servicii de sănătate a beneficiarilor sistemului AOAM. Efectele pozitive, dar și anumite lacune existente au fost redate detaliat în capitolele corespunzătoare ale raportului.

VII. Recomandări

În baza analizei efectuate în contextul evaluării ex-post de impact a Legii nr.1585/1998 și a Legii nr.1593/2002, ținând cont de concluziile raportului, putem formula următoarele recomandări:

- 1) Din punct de vedere al *guvernării sistemului de sănătate*: stabilirea unor viziuni și direcții strategice în noile documente de politici, care să pună accent pe acoperirea universală cu servicii de sănătate, dezvoltarea sistemului de AOAM pentru lărgirea acoperirii celor trei dimensiuni ale AUSS, păstrarea și respectarea principiilor de organizare a sistemului de AOAM care se cuprind în Legea nr.1585/1998, promovarea de reforme în sistemul de sănătate pentru îmbunătățirea accesului și calității serviciilor medicale, inclusiv care să asigure pentru CNAM un statut cât mai independent posibil de politicieni.
- 2) Restabilirea *autonomiei fondurilor* de AOAM, racordând legislația la prevederile constituționale cu referire la componentele bugetului public național, excluzând astfel riscul utilizării arbitrare a acestor fonduri pentru alte sectoare ale economiei, lucru frecvent întâlnit în perioada sistemului sovietic de finanțare a sănătății și uneori în perioada recentă. Revenirea la conceptul de CNAM – companie de asigurare, cu toate prerogativele necesare, și nu de instituție bugetară de finanțare a sistemului de sănătate, în condițiile asigurării celui mai înalt nivel de responsabilitate și transparență a gestionării de către CNAM a FAOAM, privind prestatorii de servicii și publicul, în special cu informarea publică despre cheltuirea FAOAM și performanța prestatorilor, precum și oferirea feedback-ului prestatorilor despre rezultatele de performanță în comparație cu alți competitori.
- 3) Încurajarea *inițiativelor CNAM* atât în colectarea și gestionarea fondurilor, cât și în exercitarea altor atribuții legale (contractarea prestatorilor, compensarea medicamentelor, dezvoltarea programelor din fondurile de profilaxie și de dezvoltare), încorsetate în prezent prin mecanisme de supraveghere din partea altor autorități, ceea ce ar putea amplifica rolul CNAM ca instrument financiar în stimularea politicilor statului de reformare a sectorului de sănătate, în interesul persoanelor asigurate, inclusiv prin oferirea posibilității de asigurare prin CNAM pentru pachete suplimentare de servicii medicale (peste Programul unic).
- 4) Prioritizarea domeniului sănătății în cheltuielile publice, cu accent pe acoperirea universală cu servicii de sănătate. Majorarea graduală a cheltuielilor publice pentru sănătate și atingerea țintei recomandate de OMS și acceptate de țările membre, de *creșterea cheltuielilor publice* pentru sănătate până în 2030 cu cel puțin 1% din produsul intern brut, ajungând la media globală de 6% din PIB.
- 5) Stabilirea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în mărimi suficiente pentru îndeplinirea Programului unic și desfășurarea activității asigurătorului, respectând prevederile art.17 alin.(2) din Legea nr.1585/1998. În acest scop se recomandă:
 - aprobarea prin act normativ a *criteriilor de calculare* de către Ministerul Sănătății a mărimii primelor de AOAM, conform art.5 din Legea nr.1593/2002, ținându-se cont, în primul rând, de necesitatea AUSS a beneficiarilor;

- revizuirea formulei de calcul a *transferurilor de la bugetul de stat* către fondurile AOAM pentru categoriile de persoane neangajate asigurate de Guvern, înlăturând inegalitățile comparativ cu alte categorii de plătitori;
 - evitarea pe viitor a derogărilor de la *formula de calcul a primei de asigurare* în sumă fixă sau, în caz contrar, examinarea oportunității stabilirii prin lege a unei formule echitabile de contribuții care să nu necesite derogări anuale;
 - respectarea *obligativității achitării primei* de AOAM în formă de contribuție procentuală de către toate categoriile de angajați, inclusiv de către angajații structurilor de forță.
- 6) Elaborarea unor mecanisme de *motivare a plătitorilor* primelor de AOAM, în special a celor ce contribuie procentual din salariu, și care nu apelează pe anumită perioadă la prestatorii de servicii medicale (spitale, în special), contribuind solidar pentru alți beneficiari. Pot fi, de exemplu, prevăzute pachete de servicii medicale complementare, bilete de tratament sanatorial, abonamente la sălile de sport etc.
 - 7) Revederea *mecanismului categorial* de includere în listă și a listei categoriilor de persoane neangajate pentru care AOAM este acoperită de Guvern, ținându-se cont de nivelul veniturilor acestora, folosindu-se, de exemplu, modele similare selectării beneficiarilor de ajutor social.
 - 8) Identificarea categoriilor de *populație care nu contribuie la AOAM* și elaborarea mecanismelor de includere în asigurare a acestora (motivare/constrângere pentru cei care nu plătesc, identificarea persoanelor vulnerabile care pot să fie asigurate de stat, depistarea veniturilor ce pot fi taxate etc.).
 - 9) Luarea deciziilor de *completare a pachetului de beneficii* (PU) bazate pe o analiză a tehnologiilor de sănătate (HTA), a cost-eficienței și a impactului asupra fondurilor de AOAM. Totodată, stabilirea unor principii și criterii de includere/excludere a serviciilor medicale în Programul unic, ținând cont de prioritatea serviciilor de sănătate esențiale în contextul AUSS.
 - 10) Trecerea deplină la *achiziția strategică* a serviciilor de sănătate, pentru maximizarea obiectivelor sistemului de sănătate printr-un proces activ, bazat pe dovezi, care definește ce servicii de sănătate ar trebui să fie cumpărate, de la cine, cum ar trebui plătite aceste servicii de sănătate și cu ce tarif ar trebui plătite. Schimbările menite să facă achizițiile mai strategice nu sunt întotdeauna ușoare, dar, important, pot fi introduse pas cu pas: construirea sistemului de management al informațiilor care este cheia achiziției strategice, specificarea clară a beneficiilor pentru a le alinia la metodele de plată și invers, modificarea metodelor de plată și a tarifelor pentru îmbunătățirea furnizării serviciilor și asigurarea funcționării depline a sistemului de acreditare a prestatorilor etc.
 - 11) Stimularea contractării de către CNAM a prestatorilor care contribuie în mare măsură la *eficiența sistemului de sănătate*, prin alocarea resurselor pentru intervențiile cu cost redus dar cu impact considerabil asupra sănătății populației, dar nu pentru intervenții cu costuri mari și cu valoare redusă. Un exemplu este cota disproporționat de mare a fondului de bază alocată spitalelor, atunci când asistența primară și cea preventivă primesc sprijin inadecvat.
 - 12) Recunoscând investițiile în *asistența medicală primară* de calitate drept piatră de temelie pentru realizarea AUSS, de asigurat inversarea tendinței de descreștere a alocațiilor din

fondul de bază al CNAM pentru contractarea AMP și revenirea la o cotă de cel puțin 25% din totalul fondului de bază (fără a include medicamentele compensate). Introducerea sistemului combinat de plată, „per capita” și plata „per serviciu” pentru a stimula prestarea serviciilor cu impact asupra sănătății publice, inclusiv reintroducerea „plății pentru performanță”.

- 13) Întrucât cheltuielile pentru asistența medicală spitalicească reprezintă cea mai mare pondere din fondul de bază al AOAM este necesar *de implementat principiul "plății pentru performanță", în special pentru pentru chirurgia de zi.*
- 14) Ținând cont de cota extrem de mare a plăților din buzunar pentru medicamente în condiții de ambulatoriu, de urmărit *extinderea prioritară a listei de medicamente compensate*, cu includerea medicamentelor esențiale cu impact demonstrat asupra tratamentului celor mai răspândite maladii din punct de vedere al morbidității și mortalității, precum și cu cost-eficiență dovedită.
- 15) Sporirea *calității serviciilor de sănătate* prin optimizarea infrastructurii și utilizarea eficientă a resurselor, în special spitalicești, prin îmbunătățirea managementului instituțional și prin alocarea resurselor economisite pentru investiții în tehnologii cost-eficace, procurarea de echipament și pentru îmbunătățirea competenței profesionale.
- 16) Având în vedere rolul scăzut al APL (ca fondator) în funcționarea prestatorilor de servicii medicale, participarea, în limita posibilităților, i pentru investiții capitale (reparații, dotare cu echipament), ceea ce are impact negativ asupra accesului și calității serviciilor prestate, de examinat posibilitatea revenirii la *principiul unui singur fondator* pentru IMSP – Ministerul Sănătății, principiu menționat anterior în documentele strategice naționale.
- 17) Dezvoltarea mecanismelor de *control a calității* serviciilor medicale prestate, inclusiv din partea structurilor responsabile ale CNAM, racordarea criteriilor de acreditare a prestatorilor de servicii medicale preponderent la elemente cu impact asupra calității serviciilor, stimularea prestatorilor situați peste media unor ratinguri reglementate ale calității (de exemplu, prin clauze în contractele încheiate cu CNAM).
- 18) CNAM trebuie să acționeze în interesul persoanei asigurate, punând-o mereu în fața intereselor instituționale și corporative și să asigure condiții pentru realizarea interesului pacientului. În acest scop se propune crearea și implementarea de către CNAM a unui mecanism funcțional de monitorizare a *apărării intereselor persoanelor asigurate* în furnizarea serviciilor de sănătate în cadrul AOAM, cu intervenții prompte și manifeste pentru opinia publică, care să sporească încrederea pacienților în AOAM.
- 19) Asigurarea unei *transparențe și responsabilități* maxime a CNAM în relațiile cu cetățenii – beneficiari ai sistemului de AOAM și cu prestatorii de servicii medicale, prin informarea mai largă despre realizarea activităților anuale, executarea veniturilor și cheltuielilor fondurilor de AOAM, realizarea unor studii analitice și statistice periodice, publicarea rapoartelor despre performanța prestatorilor, oferirea feedback-ului privind rezultatele performanței lor în comparație cu ceilalți prestatori.
- 20) Descurajarea *plăților informale* prin: informarea și instruirea medicilor pe segmentul de anticorupție și integritate, informarea populației despre ilegalitatea plăților medicale neoficiale, stimularea sesizării de către beneficiari a organelor ierarhic superioare: asiguratorului sau a organelor de combatere a corupției, responsabilizarea

managementului instituțional, aplicarea mecanismelor de sancționare a abaterilor depistate în activitatea prestatorilor de servicii, precum și implementarea mecanismului/procedurilor clare de plăți pentru volumul de servicii acordate persoanelor asigurate peste Programul unic, cu obligativitatea monitorizării acestuia de către CNAM. De menționat că lipsa unui mecanism clar de plăți pentru volumul de servicii acordate persoanelor asigurate peste Programul unic este unul din factorii care provoacă plățile informale în sistemul sănătății, ceea ce plasează medicina printre cele mai corupte domenii.

21) Monitorizarea *Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă* din Agenda 2030 și a altor indicatori naționali și globali cu tangență la sănătatea populației și AUSS, îmbunătățirea colectării datelor statistice de către instituțiile publice responsabile, a evidenței și analizei acestora, pentru luarea deciziilor oportune pe dimensiunile AUSS, completării pachetului de beneficii în sistemul AOAM, diminuării poverii financiare a beneficiarilor sistemului de sănătate.

22) Operarea de *alte modificări în legislația evaluată*:

- Comasarea Legii nr.1585/1998 și a Legii nr.1593/2002 într-un singur act legislativ, ambele reglementând norme aferente AOAM (de exemplu, prin includerea prevederilor Legii nr.1593/2002 în Legea nr.1585/1998, cu republicarea noii variante în Monitorul Oficial al Republicii Moldova).
- Excluderea divergențelor dintre prevederile art.20 al Legii nr.411/1995 și ale art.5 alin.(4) din Legea nr.1585/1998 cu referire la pachetul garantat de servicii și sursele de finanțare.
- Aducerea în concordanță a noțiunilor ce vizează conținutul Programului unic (art.2 alin.(1) și (2) din Legea nr.1585/1998), tipurile de asistență medicală (art.21 alin.(1) al Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995), definițiile din cuprinsul Programului unic și conceptului modern de AUSS bazat pe acoperirea serviciilor de sănătate esențiale.
- Excluderea dublării prevederilor art.26 („Asigurarea obligatorie de asistență medicală a străinilor”) din Legea nr.411/1995 și a art.9 („Asigurarea obligatorie de asistență medicală a străinilor”) din Legea nr.1585/1998.
- Modificarea/abrogarea prevederilor art.16 alin.(2) din Legea nr.1593/2002: „Unitățile responsabile de evidența categoriilor de plătitori de prime de AOAM, stabilite la anexa nr. 2, prezintă listele plătitorilor de prime după modelul și în termenele stabilite în acordul încheiat cu CNAM”, care nu sunt actuale.
- Completarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor AOAM, aprobat prin HG nr.594/2002, prin includerea în mijloacele financiare ale fondului de bază a cheltuielilor pentru „dispozitive medicale compensate”, noțiune inclusă în anul 2021 în Legea nr.1585/1998.
- Aprobarea prin Hotărâre de Guvern a cadrului normativ aferent modificărilor operate prin Legea nr.110/2020 la Legea nr.1585/1998 (art.12 alin.(3) lit.a¹)), prin care a fost atribuită obligația CNAM să încheie contracte cu prestatorii de servicii medicale, *selectați conform criteriilor* aprobate de Guvern.
- Aprobarea prin Hotărâre de Guvern a mecanismului/procedurilor de plăți pentru volumul de servicii acordate persoanelor asigurate peste Programul unic, în conformitate cu prevederile art.11 alin.(3) din Legea nr.1585/1998.

Anexe la Raport

Anexa nr.1. Lista Hotărârilor Guvernului Republicii Moldova

- 1) Hotărârea Guvernului nr.950/2001 cu privire la fondarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină
- 2) Hotărârea Guvernului nr.961/2001 privind constituirea Consiliului de coordonare a implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală
- 3) Hotărârea Guvernului nr.156/2002 cu privire la aprobarea Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină
- 4) Hotărârea Guvernului nr.213/2002 cu privire la constituirea Consiliului de administrație al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină
- 5) Hotărârea Guvernului nr. 538/2002 cu privire la finanțarea activității Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în anul 2002
- 6) Hotărârea Guvernului nr. 594/2002 despre aprobarea Regulamentului cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală
- 7) Hotărârea Guvernului nr.1128/2002 despre aprobarea Regulamentului cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare și Metodologiei stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare
- 8) Hotărârea Guvernului nr.1432/2002 cu privire la unele măsuri pentru implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală
- 9) Hotărârea Guvernului nr.1462/2002 privind aprobarea Planului de măsuri pentru urgentarea implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală
- 10) Hotărârea Guvernului nr.1535/2002 cu privire la aprobarea modelelor de factură și registre în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 11) Hotărârea Guvernului nr.1636/2002 cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 12) Hotărârea Guvernului nr.1762/2002 despre aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2003
- 13) Hotărârea Guvernului nr.209/2003 cu privire la măsurile pentru implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală începând cu semestrul II al anului 2003
- 14) Hotărârea Guvernului nr.507/2003 cu privire la elaborarea și implementarea sistemului informațional automatizat "Asigurarea obligatorie de asistență medicală"
- 15) Hotărârea Guvernului nr.654/2003 despre realizarea Decretului Președintelui Republicii Moldova privind declararea anului 2004 Anul Sănătății
- 16) Hotărârea Guvernului nr.1200/2003 despre aprobarea Planului de măsuri pentru semestrul II al anului 2003 privind implementarea asigurărilor obligatorii de asistență medicală
- 17) Hotărârea Guvernului nr.1515/2003 despre aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2004
- 18) Hotărârea Guvernului nr.1593/2003 despre aprobarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală
- 19) Hotărârea Guvernului nr.369/2004 cu privire la mersul implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală și unele măsuri de accelerare a acestui proces
- 20) Hotărârea Guvernului nr.1128/2004 cu privire la aprobarea Concepției Sistemului Informațional Medical Integrat
- 21) Hotărârea Guvernului nr.1291/2004 despre aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2005
- 22) Hotărârea Guvernului nr.1360/2005 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2006
- 23) Hotărârea Guvernului nr.1372/2005 cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 24) Hotărârea Guvernului nr.1480/2006 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2007
- 25) Hotărârea Guvernului nr.1079/2007 pentru aprobarea Regulamentului privind numirea în funcție pe bază de concurs a conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice
- 26) Hotărârea Guvernului nr.1387/2007 cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- 27) Hotărârea Guvernului nr.304/2010 despre aprobarea structurii Raportului anual privind executarea (utilizarea) fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală

- 28) Hotărârea Guvernului nr.1020/2011 cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare
- 29) Hotărârea Guvernului nr.380/2014 cu privire la aprobarea Metodologiei de planificare a controlului de stat asupra activității de întreprinzător în baza analizei criteriilor de risc a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină
- 30) Hotărârea Guvernului nr.837/2016 pentru aprobarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 31) Hotărârea Guvernului nr.1016/2016 pentru aprobarea Regulamentului privind numirea în funcție pe bază de concurs a conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice și a Contractului-tip de management al instituției
- 32) Hotărârea Guvernului nr.892/2018 privind aprobarea Planului sectorial de acțiuni anticorupție în domeniul sănătății și asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii 2018-2020
- 33) Hotărârea Guvernului nr.1022/2018 cu privire la serviciile nemedicale prestate de către instituțiile medico-sanitare private pacienților asigurați în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală
- 34) Hotărârea Guvernului nr.1246/2018 pentru aprobarea Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 35) Hotărârea Guvernului nr.104/2022 cu privire la aprobarea Regulamentului privind mecanismul de includere a dispozitivelor medicale pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 36) Hotărârea Guvernului nr.105/2022 cu privire la aprobarea mecanismului de negociere pentru includerea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 37) Hotărârea Guvernului nr.106/2022 cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie

Anexa nr.2. Lista actelor normative (ordine)

- 1) Ordin MS nr.76 din 12.03.2004 „Catalogul unificat de tarife pentru serviciile medico-sanitare acordate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale”
- 2) Ordin comun MS și CNAM nr.389/204-A din 27.12.2004 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală
- 3) Ordin CNAM nr.15-A din 25.01.2005 cu privire la aprobarea unui formular tipizat
- 4) Ordin comun IFPS și CNAM nr.30/24-A din 11.02.2005 cu privire la aprobarea formularului MED
- 5) Ordin CNAM nr.43-A din 18.03.2005 cu privire la aprobarea unui formular tipizat
- 6) Ordin CNAM nr.61-A din 08.04.2005 cu privire la aprobarea unor formulare tipizate
- 7) Ordin CNAM nr.185-A din 09.11.2005 privind prelungirea termenului de valabilitate a polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală
- 8) Ordin comun MSPS și CNAM nr.489/215-A din 27.12.2005 despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulator a unor maladii cronice cu diagnosticul confirmat în stadiul de acutizare, acordat de medicul de familie și echipa sa
- 9) Ordin comun MSPS și CNAM nr.490/216-A din 27.12.2005 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 10) Ordin CNAM nr.34-A din 06.02.2006 despre aprobarea Regulamentului cu privire la monitorizarea cazurilor tratate în cadrul cabinetelor de proceduri, staționarelor de zi și la domiciliu
- 11) Ordin CNAM nr.45-A din 13.02.2006 despre aprobarea Procedurii de acoperire a cheltuielilor pentru transportul public de la/la domiciliu în vederea efectuării dializei
- 12) Ordin comun MSPS și CNAM nr.549/291-A din 29.12.2006 despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului în condiții de ambulator în cazul unor maladii cu diagnosticul confirmat, acordat de medicul de familie și echipa sa
- 13) Ordin MS nr.404 din 30.10.2007 cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional
- 14) Ordin MS nr.466 din 19.12.2007 cu privire la aprobarea Catalogului unificat de tarife pentru serviciile medico-sanitare acordate de către instituțiile medico-sanitare publice republicane, municipale și raionale
- 15) Ordin comun MS și CNAM nr.136/53-A din 27.03.2008 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară din instituțiile medicale
- 16) Ordin comun MS și CNAM nr.352/153-A din 05.09.2008 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 17) Ordin comun MS și CNAM nr.545/215-A din 30.12.2009 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 18) Ordin comun MS și CNAM nr.448/111-A din 23.06.2010 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 19) Ordin comun MS și CNAM nr.627/163-A din 09.09.2010 despre aprobarea Regulamentului cu privire la înregistrarea populației în instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 20) Ordin comun MS și CNAM nr.663/175-A din 27.09.2010 despre aprobarea Regulamentului privind criteriile și modalitatea de selectare și derulare a proiectelor investiționale finanțate din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale
- 21) Ordin comun MS și CNAM nr.337/54-A din 26.04.2011 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 22) Ordin comun MS și CNAM nr.1021/206-A din 29.12.2011 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2012 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- 23) Ordin comun MS și CNAM nr.1239/253-A din 10.12.2012 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- 24) Ordin comun MS și CNAM nr.10/08-A din 14.01.2013 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”
- 25) Ordin comun MS și CNAM nr.492/139-A din 22.04.2013 cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 26) Ordin comun MS și CNAM nr.1605/414-A din 31.12.2013 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- 27) Ordin comun MS și CNAM nr.198/86-A din 17.03.2014 cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară și dărilor de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală

- 28) Ordin CNAM nr.252-A din 28.05.2014 cu privire la aprobarea Regulamentului privind controlul prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 29) Ordin MS nr.464 din 04.06.2014 cu privire la modul de organizare al accesului la medicamente compensate pentru tratamentul pacienților cu mucoviscidoză, scleroză multiplă, ciroză biliară primitivă, colangită sclerozantă primară, hepatită și ciroză cu sindrom colestatic, angioplastie coronariană, lipidemii genetic determinate
- 30) Ordin comun MS și CNAM nr.839/427-A din 21.08.2014 „Cu privire la aprobarea materialelor pentru codificarea medicală a maladiilor și intervențiilor în cadrul sistemului DRG”
- 31) Ordin CNAM nr.668-A din 23.12.2014 privind fondurile provizorii ale asigurării obligatorii de asistență medicală (bugetul provizoriu) pe anul 2015
- 32) Ordin comun MS și CNAM nr.1490/672-A din 29.12.2014 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- 33) Ordin CNAM nr.72-A din 04.03.2015 "Cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind evidenta și achitarea medicamentelor partial/integral compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală"
- 34) Ordin comun MS și CNAM nr.396/209-A din 27.05.2015 privind aprobarea Normelor metodologice cu privire la formarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea surselor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 35) Ordin comun MS și CNAM nr.400/219-A din 28.05.2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- 36) Ordin CNAM nr.318-A din 24.07.2015 cu privire la acordarea scutirii unor categorii de populație de achitare a obligațiilor financiare prescriptibile față de fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru perioada precedentă anului 2015
- 37) Ordin comun MS și CNAM nr.600/320-A din 24.07.2015 cu privire la mecanismul de includere a medicamentelor pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 38) Ordin CNAM nr.368-A din 19.08.2015 despre aprobarea formularelor listelor de evidență nominală a persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 39) Ordin CNAM nr.661-A din 23.12.2015 privind fondurile provizorii ale asigurării obligatorii de asistență medicală (bugetul provizoriu) pe anul 2016
- 40) Ordin comun MS și CNAM nr.1015/674-A din 29.12.2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2016 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- 41) Ordin comun MS și CNAM nr.596/404-A din 21.07.2016 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- 42) Ordin comun MS și CNAM nr.597/405-A din 21.07.2016 privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2016
- 43) Ordin comun MS și CNAM nr.727/494-A 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
- 44) Ordin comun MS și CNAM nr.729/495-A din 22.09.2016 cu privire la instituirea Consiliului coordonator și aprobarea Regulamentului cu privire la criteriile și modalitatea de selectare și derulare a proiectelor investiționale din fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale
- 45) Ordin comun MS și CNAM nr.1076/720-A din 30.12.2016 privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2017
- 46) Ordin comun MS și CNAM nr.1087/721-A din 30.12.2016 despre aprobarea Regulamentului privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 47) Ordin comun MS și CNAM nr.286/154-A din 11.04.2017 cu privire la instituirea Consiliului coordonator pentru stabilirea priorităților de utilizare a mijloacelor financiare din fondul măsurilor de profilaxie al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină pentru activități de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire finanțate în bază de proiecte și aprobarea Regulamentului privind modalitatea de finanțare din fondul măsurilor de profilaxie în bază de proiecte a activităților de profilaxie și prevenire a riscurilor de îmbolnăvire

- 48) Ordin comun MS și CNAM nr.480/277-A din 15.06.2017 cu privire la aprobarea Grilei de punctaj de evaluare a medicamentului propus pentru includere în lista medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 49) Ordin MF nr.126 din 04.10.2017 cu privire la aprobarea formularului tipizat (Forma IPC18) Darea de seamă privind reținerea impozitului pe venit, a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și a contribuțiilor de asigurări sociale de stat obligatorii calculate și a Instrucțiunii cu privire la modul de completare a formularului nominalizat
- 50) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.1069/639-A din 27.12.2017 cu privire la aprobarea componenței nominale a Consiliului pentru medicamente compensate și a Secretariatului Consiliului
- 51) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.1131/658-A din 29.12.2017 privind aprobarea Criteriilor de contractare a instituțiilor medico-sanitare în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2018
- 52) Ordin CNAM nr.71-A din 23.02.2018 cu privire la aprobarea Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 53) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.653/205-A din 24.05.2018 privind aprobarea Normelor metodologice cu privire la elaborarea și aprobarea devizului de venituri și cheltuieli (business-plan) și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală de către instituțiile medico-sanitare încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală
- 54) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.833/255-A din 02.07.2018 cu privire la prelungirea termenului de prezentare a cererii și dosarului de includere a medicamentelor pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- 55) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.1592/594-A din 28.12.2018 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2019
- 56) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.401/68-A din 28.03.2019 cu privire la aprobarea componenței nominale a Consiliului pentru medicamente compensate și a Secretariatului Consiliului
- 57) Ordinul 282-A din 31.10.19 „Cu privire la aprobarea Regulamentului privind modalitatea de raportare și evidență a serviciilor medicale prin intermediul Sistemului Informațional „Raportarea și Evidența Serviciilor Medicale””
- 58) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.1459/350-A din 19.12.2019 cu privire la aprobarea componenței nominale a Consiliului pentru medicamente compensate și a Secretariatului Consiliului
- 59) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.1515/375-A din 31.12.2019 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2020
- 60) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.1516/376-A din 31.12.2019, cu privire la indicatorii de performanță în Asistența Medicală Primară
- 61) Ordin CNAM nr.55-A din 28.02.2020 cu privire la aprobarea formularului tipizat
- 62) Ordin MSMPS nr.569 din 19.06.2020 cu privire la aprobarea Listei indicatorilor de performanță ai activității instituției medico-sanitare publice și modului de evaluare a îndeplinirii acestora
- 63) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.988/297-A din 02.11.2020 cu privire la gestionarea Listelor de așteptare pentru tratament în cadrul Programelor speciale
- 64) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.1311/377-A din 30.12.2020 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2021
- 65) Ordin CNAM nr.384-A din 31.12.2020 „Cu privire la implementarea Sistemului informațional Raportarea și evidența serviciilor medicale”
- 66) Ordinul CNAM nr.18-A din 21.01.2021 „Cu privire la contractarea prestatorilor de servicii farmaceutice în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală”.
- 67) Ordin comun 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

- 68) Ordin comun MSMPS și CNAM nr.51/23-A din 28.01.2021 „Despre aprobarea priorităților de utilizare a mijloacelor financiare din fondul măsurilor de profilaxie aferente implementării programelor naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății pentru anul 2021”
- 69) Ordin MSMPS nr.567 din 17.06.2021 cu privire la aprobarea Listei indicatorilor de performanță a activității instituției medico-sanitare publice și modului de evaluare a îndeplinirii acestora
- 70) Ordinul CNAM nr.215-A din 15.09.2021 „Cu privire la inițierea procedurii de contractare a prestatorilor de servicii medicale pentru anul 2022”
- 71) Ordin MF nr.153 din 27.12.2021 cu privire la modul de achitare și evidență a plăților la bugetul public național prin sistemul trezorerial al Ministerului Finanțelor în anul 2022
- 72) Ordin comun MS și CNAM Nr.1227/350-A din 29.12.2021 privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2022
- 73) Ordin comun al MS și CNAM nr.1249/362-A din 31.12.2021 „Despre aprobarea priorităților de utilizare a mijloacelor financiare din fondul măsurilor de profilaxie aferente implementării programelor naționale și speciale în domeniul ocrotirii sănătății pentru anul 2022”
- 74) Ordin CNAM nr.25-A din 16.02.2022 cu privire la aprobarea formularului Raportului privind serviciile medicale incluse în factura fiscală electronică”
- 75) Ordin comun MS și CNAM nr.121/29-A din 23.02.2022 „Cu privire la aprobarea maladiilor prioritare și grupurilor terapeutice în cadrul acestor maladii, care vor fi evaluate în scopul includerii spre compensare din fondurile AOAM pentru anul 2022”

Anexa nr.3. Lista figurilor, tabelelor și casetelor

Figuri

- Figura nr.1. Trei dimensiuni ale acoperirii universale cu servicii de sănătate
Figura nr.2. Mărimea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală, %, 2004-2020
Figura nr.3. Cota persoanelor asigurate în sistemul AOAM din total populație, %, 2004-2020
Figura nr.4. Structura persoanelor asigurate, pe categorii, %
Figura nr.5. Sursele veniturilor CNAM, % din total
Figura nr.6. Definirea furnizării coordonate / integrate a serviciilor de sănătate, OMS, 2013
Figura nr.7. Repartizarea fondului de bază al CNAM pe tipuri de asistență medicală și farmaceutică, %, 2022
Figura nr.8. Ponderea alocațiilor pentru AMP și MC din fondul de bază, %
Figura nr.9. Numărul de solicitări în AMU, mii, 2004-2020
Figura nr.10. Numărul de vizite în AMP și AMSA, milioane, 2004-2020
Figura nr.11. Numărul de vizite în AMSA, pe anumite specialități, 2018-2020
Figura nr.12. Numărul de cazuri tratate în asistența medicală spitalicească, mii, 2004-2020
Figura nr.13. Evoluția cheltuielilor efective ale fondurilor AOAM pentru medicamente compensate și a numărului de DCI, 2016-2020
Figura nr.14. Evoluția prețului mediu cu amănuntul și a sumei medii compensate pentru o rețetă, 2016-2020
Figura nr.15. Structura cheltuielilor pentru medicamente compensate pe grupe de maladii, %, 2020
Figura nr.16. Indicele de acoperire univesală cu servicii de sănătate (ODD 3.8.1), %
Figura nr.17. Ponderea cheltuielilor private (ale gospodăriilor casnice) pentru sănătate, %

Tabele

- Tabelul nr.1. Modificarea modalității de plată a contribuțiilor de asigurări sociale și medicale (Legea nr.60/2020)
Tabelul nr.2. Cheltuieli publice pentru sănătate (mln. lei) și în % din PIB, anii 2011-2020 (executat)
Tabelul nr.3. Cheltuielile gospodăriilor casnice ca % din cheltuielile totale pentru sănătate, 2010-2018
Tabelul nr.4. Cazuri tratate prestate în cadrul programelor speciale de AMS, anii 2015-2020
Tabelul nr.5. Numărul unor SIP prestate, anii 2004 – 2020

Casete

- Caseta nr.1. Instituții abilitate cu evidența nominală a categoriilor de persoane asigurate de către Guvern
Caseta nr.2. Categoriile de persoane asigurate de stat
Caseta nr.3. Acțiunea Legii nr.1593/2002
Caseta nr.4. Articolul 20 „Dreptul la asistență medicală” din Legea nr.411/1995