

Nr.070/2023 din 07.07.2023

Către: Compania Națională de Asigurări în Medicină

Prin prezenta, Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) emite următoarele recomandări la proiectul legii pentru modificarea unor acte normative (reglementări privind organizarea sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală) plasat pentru consultări publice pe platforma <https://particip.gov.md/ro/document/stages/proiectul-legii-pentru-modificarea-unor-acte-normative-reglementari-privind-organizarea-sistemului-asigurarii-obligatorii-de-asistenta-medicala/10712>

La Art.I pct.1. din proiectul de lege, și anume art. 4 alin. (4), lit. h) din Legea 1585/1998. Analizând reglementările propuse, precum și informația din documentele aferente proiectului de lege, se constată lipsa analizei impactului economico-bugetar, analiză care nu se regăsește în nota informativă, pentru argumentarea majorării numărului de persoane neangajate propuse pentru asigurare din bugetul de stat. Menționăm că art.30, lit.e) din Legea nr.100/2017 stabilește obligativitatea fundamentării economico-financiare pentru reglementările cu impact asupra bugetului. Pct.5 al Notei informative la proiectul de lege se limitează doar la o propoziție - „Implementarea proiectului se va realiza în limita fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.”. Astfel reiese că statul nu va asigura acoperirea financiară a categoriei de persoane neangajate propuse la Art.I pct.1 din proiectul de lege, și anume art. 4 alin. (4), lit. h) din Legea 1585/1998. Cu toate că numărul de persoane neangajate asigurate de Guvern (mamele care îngrijesc copiii până la vârsta de 2 ani) se va dubla în comparație cu numărul de gravide, parturiente și lăuze, care astăzi sunt asigurate din bugetul de stat, proiectul de act normativ rămâne fără acoperire financiară. Menționăm că fraza „Implementarea proiectului se va realiza în limita fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.” a fost utilizată de către autoritățile din sănătate pentru a mușamaliza majorarea, fără acoperire financiară din buget, a categoriilor de persoane neangajate, ceea ce a deteriorat sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Amintim că suma transferurilor din bugetul de stat pentru asigurarea categoriilor de persoane neangajate este limitată. Iar orice reglementare trebuie să respecte prevederile art.131 alin.(6) din Constituția Republicii Moldova conform cărora, nici o cheltuială bugetară nu poate fi aprobată fără stabilirea sursei de finanțare. În acest context, recomandăm includerea în Nota informativă a calculului financiare și a angajamentelor de acoperire a cheltuielilor pentru categoria de persoane neangajate propusă în proiectul de lege.

Totodată, menționăm că norma propusă în proiectul de lege contravine angajamentului asumat în pct. 15.11. - „..., inclusiv revizuirea categoriilor de persoane neangajate asigurate din contul statului cu acordarea dreptului de acces la servicii medicale a categoriilor vulnerabile” din Planul de acțiuni al Guvernului pentru anul 2023 și aprobat prin HG nr.90 din 28.02.2023. Menționăm că pct.15.11. din Planul de acțiuni al Guvernului stipulează - **revizuirea categoriilor de persoane neangajate asigurate din contul statului cu acordarea dreptului de acces la servicii medicale a categoriilor vulnerabile.** Astfel, 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 din categoriile asigurate de stat sunt și persoane social-vulnerabile, cu venituri

mici și pentru care cheltuielile pentru serviciile medicale ar fi împovărătoare sau catastrofale. 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. Astfel recomandăm 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.

La Art.I pct.2. din proiectul de lege. Norma propusă în proiectul de lege încalcă art.3. alin.(40, lit. a) din Legea nr.100/2017, deoarece nu este corelată cu prevederile actelor normative de nivel superior sau de același nivel cu care se află în conexiune. Astfel norma propusă în proiectul de lege nu este corelată cu prevederile alin. (2) și alin.(3) din art. 20. al Legii nr.411/1995, care garantează minimul asigurării medicale gratuite cetățenilor Republicii Moldova în conformitate cu Constituția. Prin reglementările din alin. (2) și alin.(3) din art. 20. al Legii nr.411/1995 statul garantează drepturi mult mai largi pentru persoane neasigurate comparativ cu reglementările propuse în proiectul de lege, precum și cu actualele reglementări din art.5 alin.(4) al Legii nr.1585/1998. În asemenea circumstanțe, 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.1585/1998¹ 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 repertoriul 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.

La Art.I. pct.5. din proiectul de lege. Reglementarea propusă în proiectul de lege, precum și cea existentă în art.8 al Legii nr.1585/1998 în vigoare, nu asigură claritate vis a vis de extinderea volumului serviciilor prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Proiectul de lege nu prevede nicio reglementare pentru CNAM prin care aceasta să ofere, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, pachete suplimentare de servicii medicale (peste Programul unic). Art.1 și art.2 al Legii 1585/1998 definesc clar asigurarea obligatorie de asistență medicală și Programul unic, ceea ce contrazice reglementarea propusă în proiectul de lege precum că „Volumul serviciilor prestate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală poate fi extins în temeiul condițiilor asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile prestate.” Prin urmare, pentru a evita contradicția menționată supra alin.(1) din pct.5 al proiectului de lege poate avea următorul cuprins:

¹ Opinia Juridică la întrebarea "Dacă Guvernul/Parlamentul trebuia să 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>

„(1) Prestatorii de servicii medicale care au încheiat contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) cu Compania Națională de Asigurări în Medicină sau cu agențiile ei teritoriale (ramurale) pot presta servicii medicale pentru riscul asigurat în temeiul asigurării facultative de sănătate sau prin plăți directe prestatorului de servicii medicale pentru serviciile medicale prestate peste volumul și condițiile prevăzute de Programul unic.”

La Art.I. pct.7. din proiectul de lege.

La art. 11. alin. (1) din Legea nr.1585/1998 propunem completarea cu lit. c¹), lit. c²) și lit. c³) cu următorul cuprins:

„c¹) să primească de la prestatorul de servicii medicale informații privind starea sa de sănătate, examinările planificate, procedurile, metoda de tratament și efectele acestuia, domeniul de aplicare, condițiile, precum și locația serviciilor medicale prestate. Informații similare privind persoanele aflate în incapacitate sunt disponibile pentru reprezentanții legali ai acestora;

c²) să primească de la prestatorul de servicii farmaceutice, la recepționarea rețetei, informații despre prezența în farmacie a tuturor denumirilor comerciale de medicamente și/sau dispozitive medicale ale aceleiași denumiri comune internaționale de medicament sau tip/categorie de dispozitiv medical prescris, prețurile cu amănuntul a acestora, precum și denumirile comerciale care se încadrează integral în suma fixă compensată și pot fi eliberate în mod gratuit. Informații similare privind persoanele aflate în incapacitate sunt disponibile pentru reprezentanții legali ai acestora;

c³) să se adreseze asigurătorului și instanței de judecată în ceea ce privește încălcarea de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sau de către de asigurător, a actelor normative care reglementează asigurarea obligatorie de asistență medicală.”

Cu referire la propunerea, din proiectul de lege, de abrogare a alin. 3) din art.11 din Legea nr.1585/1998. Regretăm faptul că autoritățile din sănătate, timp de 3 ani de zile de la aprobarea Legii 110/2020, nu au reușit să elaboreze și să promoveze spre aprobare la Guvern un mecanism clar de achitare/încasare a plăților pentru serviciile medicale acordate peste volumul și condițiile Programul unic. Anume, neclaritățile și neînțelegerile atât a prestatorilor de servicii medicale cât și a persoanelor asigurate privind serviciile medicale acordate în volumul și condițiile Programului unic, precum și cele acordate peste acesta mențin și stimulează plățile neformale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Este nelalocul lui argumentul din Nota informativă, care se referă la abrogarea alin. (3) din art. 11. al Legii 1585/1998, precum că prestatorii privați își stabilesc independent prețurile și tarifele la serviciile prestate, în conformitate cu prevederile art. 6 din Legea nr. 845/1992 cu privire la antreprenoriat și întreprinderi, iar în cazul instituțiilor medico-sanitare publice, costurile serviciilor medicale acordate persoanelor asigurate peste volumul prevăzut de Programul unic se calculează în conformitate cu Metodologia aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1020/2011. Menționăm că reglementarea din alin. (3) art. 11. al Legii 1585/1998 în vigoare nu se referă doar la mecanismul de stabilire a costurilor serviciilor medicale, ci și la modul de achitare/încasare a acestor plăți de la persoanele asigurate cărora le-au fost acordate servicii medicale peste volumul și condițiile Programului unic la care în Nota informativă nu se aduce niciun argument în favoarea abrogării acestuia.

La Art.I. pct. 8 din proiectul de lege.

La art. 12. alin. (2) din proiectul de lege propunem completarea cu lit. h), lit. i), lit. j), lit.k) și lit.l) cu următorul cuprins:

„h) să propună Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate retragerea certificatului de acreditare a prestatorului de servicii medicale care nu asigură calitate serviciilor medicale în corespundere cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale).

i) să solicite autorităților din sănătate competente, în cazul în care constată că serviciile medicale prestate nu sunt conforme cu prevederile actelor normative, să verifice calificările profesionale ale personalului medical;

j) să efectueze analize a evoluției structurii, disponibilității și calității serviciilor medicale acoperite din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, și să le publice pe pagina-web oficială a sa;

k) să analizeze și să evalueze impactul asupra sănătății al activităților comerciale, economice sau de altă natură ale întreprinderilor, instituțiilor, organizațiilor, să prezinte propuneri în acest sens Consiliului de administrație al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, să organizeze și să achite, din fondul măsurilor de profilaxie, serviciile de monitorizare selectivă a sănătății persoanelor asigurate;

l) să informeze persoanele asigurate cu privire la serviciile de prevenire a îmbolnăvirilor și profilaxie a bolilor, acoperite de mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la procedura, condițiile și locația de acordare a acestora.”

La art. 12. alin.3 lit. c) și c¹) din proiectul de lege propunem substituirea sintagmei „prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină” cu sintagma „de Guvern”.

La art.12. alin. (3) lit. g) din legea nr.1585/1998 propunem completarea cu o liniuță cu următorul conținut:

„- rapoartele integrale ale sondajelor de satisfacție a persoanelor asigurate realizate sub auspiciile sale.”

La art.12. alin. (3) din legea nr.1585/1998 propunem completarea cu litera d¹) cu următorul cuprins:

„d¹) să pună la dispoziția persoanelor asigurate informații cu privire la serviciile medicale și farmaceutice, acoperite de mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, la procedura și condițiile de acordare a acestora;”

La Art.I. pct. 9 din proiectul de lege. Alin. (1¹) din proiectul de lege propunem a fi redenumit în alin. (1²). Recomandăm completarea art. 13 din Legea nr.1585/1998 cu alin. (1¹) cu următorul cuprins:

„(1¹) Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sunt obligați:

1) să asigure disponibilitatea, accesibilitatea și caracterul adecvat al serviciilor medicale și farmaceutice garantate prin asigurarea obligatorie de asistență medicală pentru persoanele asigurate;

2) să se asigure că toate persoanele asigurate beneficiază de drepturi egale atunci când primesc servicii medicale și farmaceutice în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală;

3) să informeze persoana asigurată despre serviciile medicale și farmaceutice care nu sunt acoperite din mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, condițiile și procedura de acordare a acestora.”.

Semnat,

Director, Centrul PAS