



Nr.106/2022 din 02.09.2022

Către: Compania Națională de Asigurări în Medicină

Copie: Comisia parlamentară protecție socială, sănătate și familie

Copie: Cabinetul Prim-ministrului

Copie: Ministerul Sănătății

Noi, organizațiile semnatare, am examinat proiectul hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului, publicat pentru consultări publice pe <https://particip.gov.md/ro/document/stages/proiectul-hotararii-guvernului-cu-privire-la-aprobarea-contractului-tip-de-acordare-a-asistentei-medicale-de-prestare-a-serviciilor-medicale-in-cadrul-asigurarii-obligatorii-de-asistenta-medicala-si-modificarea-unor-hotarari-ale-guvernului/9486> și prezentăm următoarele recomandări:

Proiectul de decizie este de importanță majoră pentru buna funcționare a sistemului de asigurare obligatorie de asistență medicală, deoarece de calitatea contractării serviciilor medicale depinde asigurarea accesului persoanelor asigurate la volumul asistenței medicale din Programul unic, precum și satisfacția lor de acest sistem. Astfel, recomandăm desfășurarea audierilor publice pe marginea proiectului de decizie, în conformitate cu legislația privind transparența în procesul decizional, cu participarea largă a prestatorilor de servicii medicale și fondatorilor acestora, societății civile organizate și cetățenilor, întrucât de serviciile medicale contractate de CNAM trebuie se beneficieze peste 2,5 milioane de persoane asigurate. În același timp, venim cu unele recomandări care să îmbunătățească proiectul de decizie, și anume la proiectul Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Recomandări cu caracter general: În textul proiectului Contractului-tip se utilizează frecvent sintagma „actelor/actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală,, și sintagma ”prevederile/prevederilor actelor normative” - subpunctele 2), 13), 14), 15), 17), 23) din pct.3.1.; subpct.3) din pct.3.2.; pct.4.1.; pct.4.3.; pct.4.7.; subpct. 1 din pct.5.1.; pct.5.3.; pct.5.5. Astfel, pentru a se exclude orice echivoc la interpretarea corectă a acestor norme, mai ales că CNAM propune aplicarea penalităților în caz de încălcare a obligațiilor contractuale, recomandăm substituirea sintagmelor menționate supra cu denumirea actelor normative concrete asociate normei expuse în fiecare punct și subpunct sau excluderea acestora după caz. De asemenea, în scopul evitării confuziei și paralelismelor în reglementare, recomandăm utilizarea denumirilor unice pentru ghiduri, protocoale, standarde aprobate de Ministerul Sănătății, protocoale clinice instituționale aprobate de Prestator. Subliniem că Ministerul Sănătății aprobă protocoale clinice naționale, protocoale clinice standardizate, standarde medicale, inclusiv alte tipuri de standarde, ghiduri clinice naționale etc., iar instituțiile medico-sanitare aprobă protocoale clinice instituționale <https://ms.gov.md/legislatie/ghiduri-protocoale-standarde/>. Considerăm inutil utilizarea cuvântului „prevederile/prevederilor” înainte de denumirea actelor normative. În același timp, pentru a evita incertitudine și insecuritate juridică în aplicarea Contractului, recomandăm ca verbele utilizate în textul proiectului Contractului-tip se fie expuse la timpul prezent.

Recomandări cu caracter specific:

La pct.3.1.:

excluderea subpct.2), deoarece dublează reglementările stabilite în celelalte subpuncte asociate respectării actelor normative privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală;

excluderea subpct.8), deoarece reglementează aceleași subiecte stabilite în subpct.25);

subpct.9) de completat cu cuvintele „și în Contract.”. Totodată, norma acestui punct este vulnerabilă pentru Prestatorii cu statut de instituție medico-sanitară publică, în cazul în care neasigurarea oportună și deplină a stocului de medicamente, altor produse farmaceutice și para farmaceutice și de consumabile necesare prestării serviciilor medicale este determinată de modalitatea de desfășurare a achizițiilor publice la nivel central de către Centrul pentru Achiziții Publice Centralizate în Sănătate (CAPCS). Prin urmare, această normă trebuie modificată sau completată secțiunea VIII. nu norma care justifică neexecutarea obligațiilor contractuale ca urmare a modalității de desfășurare a achizițiilor publice la nivel central de către CAPCS;

la subct.12) instituirea normei de executare proporțională pe parcursul perioadei de acordare a asistenței medicale, stabilite la pct.6.1. din Contract, volumul și spectrul de servicii medicale, în limita sumei contractate, nu poate fi o obligație a Prestatorului, deoarece persoanele asigurate care vor avea nevoie de asistență medicală, în situații de epidemie/pandemie etc. nu se pot adresa după asistență medicală conform planificării Prestatorului. În același timp, această normă propusă vine în contradicție cu norma stabilită la subpct.7). De asemenea, nu este clară referința ”la pct. 6.1. din Contract”, deoarece pct.6.1. prevede altceva;

la subpct.19) de substituit cuvintele „evaluării și monitorizării” cu cuvântul „verificării”, în vederea conformării cu norma stabilită în art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998;

subpct.20) de exclus întrucât contravine Legii nr.1585/1998. În conformitate art.12 alin.(3), lit.c) din Legea nr.1585/1998 CNAM are obligația de verificare a corespunderii numai cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite numai din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;

la subpct.26) de exclus cuvintele „din alocațiile fondatorului”. Normă propusă în proiectul Contractului-tip nu poate fi asumată ca obligație a Prestatorilor cu statut de instituție medico-sanitară publică a căror fondatori sunt autoritățile administrației publice locale (AAPL), deoarece AAPL, în conformitate cu art.6. lit.e) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995, participă, doar în limita posibilităților, la consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medico-sanitare, fondate în condițiile legii.

la subpct.27) sintagma „în Normele metodologice de aplicare a Programului unic” de substituit cu sintagma „în Programul unic, Normele metodologice de aplicare a acestuia și de Contract;”

În general, dispozițiile pct.3.1. nu sunt redactate astfel încât să asigure o succesiune logică a soluțiilor normative și realizarea unei armonii interioare a tuturor reglementărilor din pct.3.1. Spre exemplu, normele 1) – 8) reglementează condițiile de acordare a asistenței medicale, după care urmează norme ce reglementează informarea persoanelor asigurate –

subpct.10) și 11), apoi norme despre activitatea financiară, după care iarăși urmează subpct.22) care se referă la acordarea asistenței medicale, după care urmează norma din subpct.29) care iarăși ține de domeniul reglementat la subpct.10) și 11).

La pct.3.2. subpct.3) recomandăm substituirea sintagmei „și actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală” cu sintagma „de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale)”. De remarcat că art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998, care reprezintă temeiul legal pentru dispoziția expusă la pct.3.2. subpct.3), stabilește obligația CNAM de verificare a corespunderii cu clauzele Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate. Sintagma „actele normative privind sistemul asigurării obligatorii de asigurare medicală” nu asigură atât claritate pentru Prestator cât și obiectivitate pentru CNAM în procesul exercitării obligației CNAM stabilite la art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998. De asemenea, cuvintele ”monitorizeze și să evalueze” din subpct.3) recomandăm să fie substituite cu cuvântul „verifice”, în scop de executare a normei stabilite în art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998.

La pct.4.1. este prevăzută, contrar Legii nr.1585/1998, norma care stabilește că serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu prestatorul. Menționăm că art.7. din Legea nr.1585/1998 prevede că *„Între asigurător și prestatorul de servicii medicale se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistentă medicală, conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistentă medicală calificată, în volumul și termenele prevăzute în Programul unic, iar asigurătorul se obligă să achite costul asistenței medicale acordate.”* Același articol din lege stipulează că *„Modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistentă medicală se aprobă de Guvern.”* Semnalăm că temeiul acestui proiect de hotărâre de Guvern anume este Legea nr.1585/1998 - art.7 alin.(2). Prin urmare, normă propusă la pct.4.1. care stabilește că serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală vor fi contractate de CNAM în baza tarifelor negociate cu prestatorul este ilegală, deoarece dispozițiile art.7. din Legea nr.1585/1998 nu oferă Guvernului dreptul de a stabili această normă în modelul Contractului-tip. O altă situație este în cazul negocierii prețului la medicamentele și/sau dispozitivele medicale compensate cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale, prevăzută în art.12, alin.(2), lit.f¹ din Legea nr.1585/1998. Legiuitorul a stabilit negocierea prețului la medicamentele și/sau dispozitivele medicale compensate cu furnizorii de medicamente și dispozitive medicale datorită faptului că la acestea se aplică adaos comercial. În cazul prestării asistenței medicale de către prestatorii de servicii medicale din domeniul public la calcularea tarifelor pentru serviciile medico-sanitare prestate nu se aplică adaos comercial, pentru că activitatea instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală se desfășoară pe principiul de autofinanțare, de non-profit (*art.7. alin.(2) din Legea ocrotirii sănătății nr.411/1995*). Art.7 alin.(5) din Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995 stabilește că *„Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, Catalogul de tarife unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de prestatorii publici și privați de servicii medicale, se elaborează de Ministerul Sănătății și se aprobă de Guvern.”* Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr.1020 din 29 decembrie 2011, în temeiul art.7 din Legea 411/1995, stabilește și reglementează tarifele în baza corespunderii acestora următoarelor criterii: *i) asigurarea stabilității și eficienței funcționării instituțiilor medico-sanitare; ii) acoperirea costurilor/cheltuielilor necesare pentru desfășurarea normală a activității instituțiilor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare; iii) calcularea tarifelor în baza costurilor/cheltuielilor efectiv suportate de*

către instituția medico-sanitară și în baza costurilor/cheltuielilor planificate, în cazul serviciilor medico-sanitare noi, care nu sânt incluse în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare. Această Metodologie mai determină principiul primatului costurilor/cheltuielilor efective și prevede includerea în fiecare cost a tuturor cheltuielilor legate de acordarea serviciului medical în cauză. Prin urmare, tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare, elaborate în conformitate cu Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1020/2011, asigură eficiența funcționării instituțiilor medico-sanitare publice pentru ca acestea să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, în volumul și termenele din Programul unic. Reiterăm că Legea nr.1585/1998 nu prevede pentru CNAM dreptul de a contracta serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală în bază de negociere cu Prestatorul. De asemenea, reiterăm că Legea nr.411/1995 stabilește în art.7. alin.(5) că Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, Catalogul de tarife unice pentru serviciile medico-sanitare prestate de prestatorii publici și privați de servicii medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, se aprobă de Guvern. La rândul său, art.14. alin.(1), lit.a) din Legea nr.100/2017 „Cu privire la actele normative” stabilește că hotărârea de Guvern se adoptă pentru organizarea executării legilor. Remarcăm, că în conformitate cu art. 102 din Constituția Republicii Moldova, Legea nr. 136 din 7 iulie 2017 cu privire la Guvern, hotărârile Guvernului se adoptă pentru exercitarea atribuțiilor constituționale și celor ce decurg din Legea cu privire la Guvern, precum și pentru organizarea executării legilor. Totodată, o hotărâre de Guvern, de exemplu, Hotărârea Guvernului nr.1020/2011, nu poate constitui temei juridic pentru emiterea unui alt act normativ al Guvernului. Astfel, Guvernul nu este în drept să aprobe modelul Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, prin care serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală să fie contractate de CNAM doar în baza tarifelor negociate cu prestatorul. Reieșind din prevederile art.7. alin.(5) din Legea nr.411/1995, în cazul încheierii contractelor de acordare a asistenței medicale, CNAM trebuie utilizeze tarifele din Catalogul tarifelor unice, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr.1020/2011 și costurile serviciilor medicale elaborate, în conformitate cu Metodologia stabilirii tarifelor pentru prestarea serviciilor medico-sanitare și aprobate de Guvern. Rezultând cele menționate supra, recomandăm expunerea pct.4.1. din proiectul Contractului-tip după cum urmează:

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

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

în aspect de planificare a serviciilor, dezvoltării capacităților, inclusiv de resurse umane, pentru furnizarea de asistență medicală calificată, în volumul și termenele din Programul unic. De asemenea, va fi soluționată problema subfinanțării asistenței medicale acordate de prestatorii de servicii medicale, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Menționăm că, subfinanțarea asistenței medicale rezultă cu calitate neadecvată a serviciilor, stimularea plăților directe și a plăților informale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Atât timp cât serviciile medicale contractate, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, de către CNAM, vor fi subfinanțate se vor menține, inclusiv și discuțiile neproductive despre volumul asistenței medicale din Programul unic și acoperirea financiară a acestuia. Oferirea posibilității prestatorilor de servicii medicale de a diminua tarifele din Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare și/sau costurile serviciilor medicale aprobate de Guvern, în procesul de contractare cu CNAM, în cadrul unui proces transparent și ne discriminator pentru prestatorii de servicii medicale și pacienții acestora, printr-un mecanism de negociere a tarifelor/costurilor pentru serviciile medicale acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și stabilit de Guvern, de asemenea, va asigura că între asigurător și prestatorul de servicii medicale, în mod onest, corect, profesionist și în conformitate cu cele mai bune interese ale persoanelor asigurate, se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, în volumul și termenele din Programul unic, iar asigurătorul se obligă să achite costul asistenței medicale acordate. Concomitent, recomandăm aprobarea de către Guvern a costurilor serviciilor medicale, care actualmente se aprobă, prin acte normative inferioare hotărârii de Guvern, cu încălcarea legislației privind transparența în procesul decizional și care nu sunt publicate nici în Monitorul Oficial al RM și nici pe paginile oficiale web ale MS și CNAM. Semnalăm că, cele peste 2,5 milioane persoanele asigurate, inclusiv peste 800 mii de persoane angajate, care achită prima de asigurare obligatorie de asistență medicală din salariu și cele peste 60 mii de persoane asigurate în mod individual, au dreptul legitim să cunoască la ce costuri sunt contractate serviciile medicale, care nu sunt incluse în Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare.

La pct.4.3. considerăm că norma stabilită la subcp.1), în baza căreia se diminuează sau de suspendă achitarea avansului pentru serviciile medicale, pentru care plata este prevăzută în avans, impune prestatorul să refuze acordarea asistenței medicale calificate, în volumul și termenele din Programul unic și în Contract, ceea ce rezultă cu determinarea persoanelor asigurate să achite sume aferente serviciului medical prestat în baza Contractului și/sau cu stimularea plăților informale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. În contextul celor relatate, recomandăm excluderea subpct.1) din pct.4.3.

Norma din pct.4.6. vine în contradicție cu norma din pct.4.5., ceea ce face dificil aplicarea Contractului. Recomandăm excluderea pct.4.6. cu completarea pct.4.5. după cuvintele „stabilite în Contract” cu sintagma „, , pentru fiecare tip de serviciu”

La pct.5.1. normele propuse generează incertitudine și insecuritate juridică, mai cu seamă că încălcarea acestora de către Prestator fixează penalități din partea CNAM. Astfel pentru a asigura claritate normelor pentru Prestator și obiectivitate pentru verificare de către CNAM recomandăm următoarele:

la subpct.1) cuvintele „Programul unic,” de substituit cu sintagma „Programul unic și Normele metodologice de aplicare a acestuia,”, iar sintagma „serviciile au fost prestate sub nivelul cerut al calității și calificării,” de substituit cu sintagma „asistență medicală nu a fost acordată, în volumul și termenele din Programul unic,”. Menționăm că CNAM nu are competența de a evalua calificarea serviciilor medicale;

la subpct.2) cuvintele „neregulamentară și/sau neargumentată” de substituit cu sintagma „cu încălcarea Regulamentului privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.106/2022 și Ordinului MS și CNAM nr. 605/133-A din 21.06.2022 „Cu privire la medicamentele și dispozitivele medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”;

la subpct.3) cuvântul „neargumentată” de substituit cu sintagma „cu încălcarea Programului unic și Normelor metodologice de aplicare a acestuia”;

la subpct.4) cuvântul „neregulamentară” de substituit cu sintagma „cu încălcarea Regulamentului privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul MS și CNAM nr. 1087/721A din 30.12.2016”;

La pct.7.1. subpct.6) sintagma „și a condițiilor stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic,” de substituit cu sintagma „și nerespectării condițiilor acordării asistenței medicale stabilite în Normele metodologice de aplicare a Programului unic,”;

La pct.7.3. subpct.5), în ambele cazuri, cuvintele „evaluare și monitorizare ale” și „evaluării și monitorizării” de substituit cu cuvintele „verificare a” și „verificării”, în vederea conformării la norma stabilită în art.12. alin.(3) lit.c) din Legea nr.1585/1998.

Cu respect,

Semnat

Sergiu Gherman,
Director, Centrul pentru Politici
și Analize în Sănătate

Semnat

Oleg Lozan, Dr.hab.șt.med., prof.univ.
Școala de Management în
Sănătate Publică