



Republica Moldova

## PARLAMENTUL

LEGE Nr. LP1585/1998  
din 27.02.1998

### cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

Publicat : 30.04.1998 în MONITORUL OFICIAL Nr. 38/39 art. 280 Data intrării în vigoare

*MODIFICAT*

[LP126 din 26.05.23, MO210-212/23.06.23 art.371; în vigoare 23.09.23](#)

Parlamentul adoptă prezenta lege organică

#### Capitolul I

#### DISPOZIȚII GENERALE

**Articolul 1.** Noțiunea de asigurare obligatorie

de asistență medicală

(1) 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). Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală oferă cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative.

**Articolul 2.** Programul unic al asigurării obligatorii

de asistență medicală

(1) Volumul asistenței medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, se prevede în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, denumit în continuare *Program unic*, care este elaborat de Ministerul Sănătății și aprobat de Guvern.

(2) Programul unic cuprinde lista maladiilor și stărilor ce necesită asistență medicală finanțată din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală.

**Articolul 3.** Obiectul asigurării

Obiect al asigurării obligatorii de asistență medicală este riscul asigurat, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistență medicală și farmaceutică, prevăzută în Programul unic.

#### **Articolul 4.** Subiecții asigurării

(1) Subiecți ai asigurării obligatorii de asistență medicală sunt:

- a) asiguratul;
- b) persoana asigurată;
- c) asiguratorul;
- d) prestator de servicii medicale și farmaceutice;
- e) furnizorul de medicamente și dispozitive medicale.

(2) Asiguratul este persoana fizică obligată prin lege să-și asigure riscul propriu de a se îmbolnăvi sau persoana juridică obligată prin lege să asigure riscul de îmbolnăvire al altor categorii de persoane a căror asigurare este de competența sa, cu excepția persoanelor angajate.

(3) Asigurat pentru persoanele angajate (salariați) este însăși persoana angajată, inclusiv persoana fizică, alta decât cea angajată prin contract individual de muncă.

(4) Guvernul are calitatea de asigurat pentru următoarele categorii de persoane neangajate cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova, specificate la alin.(9), cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual:

- a) copiii cu vârsta de până la 18 ani;
- b) 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;
- h) gravidele, parturientele și lăuzele;
- i) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;
- j) pensionari;
- k) șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;
- l) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;
- 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;

n) persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform Legii nr.133-XVI din 13 iunie 2008 cu privire la ajutorul social;

o) beneficiarii de protecție internațională incluși într-un program de integrare, pe perioada desfășurării acestuia;

p) donator de organe în viață;

q) veteranii de război;

r) participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl.

(5) Calitatea de asigurat și de plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru persoanele neangajate, care nu sînt indicate la alin.(4), o au ele înseși.

(6) Persoane asigurate pot fi atît cetățenii Republicii Moldova, cît și străinii, în condițiile stabilite la art. 4 alin. (4) lit. o) și la art. 9.

(7) În sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală asigurator este Compania Națională de Asigurări În Medicină și agențiile ei teritoriale (ramurale).

(8) Prestatorii de servicii medicale din sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, denumiți în continuare prestatori de servicii medicale, sînt prestatorii de servicii medicale publici și privați 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).

(8<sup>1</sup>) Prestatorii de servicii farmaceutice din sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (denumiți în continuare prestatori de servicii farmaceutice) sunt prestatorii de servicii farmaceutice publici și privați care au încheiat cu asigurătorul un contract privind eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

(8<sup>2</sup>) Furnizori de medicamente și dispozitive medicale în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (denumiți în continuare furnizori de medicamente și dispozitive medicale) sunt producătorii de medicamente și/sau dispozitive medicale și reprezentanții oficiali/autorizați ai producătorilor de medicamente și/sau dispozitive medicale, care se încadrează în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală prin încheierea cu asigurătorul a unui contract privind livrarea către prestatorii de servicii farmaceutice a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

(9) Evidența nominală a categoriilor de persoane asigurate de către Guvern, indicate la alin. (4), se ține de următoarele instituții abilitate ale Republicii Moldova:

a) instituțiile de învățămînt, indiferent de tipul de proprietate - pentru categoria indicată la alin. (4) lit. b) privind persoanele cu vîrsta de la 18 ani;

b) prestatorii de asistență medicală primară încadrați în sistemul de asigurare

obligatorie de asistență medicală, indiferent de tipul de proprietate - pentru categoria indicată la alin. (4) lit. h);

c) Casa Națională de Asigurări Sociale - pentru categoriile indicate la alin. (4) lit. i), j) și pentru categoria indicată la alin. (4) lit. l) privind persoanele cu dizabilitate severă cu vârsta de pînă la 18 ani;

d) autoritățile administrației publice locale - pentru categoria indicată la alin. (4) lit. l) privind persoanele cu dizabilitate severă cu vârsta de la 18 ani și pentru cele indicate la alin. (4) lit. n);

e) Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă - pentru categoria indicată la alin. (4) lit. k);

f) Biroul migrație și azil - pentru categoria indicată la alin. (4) lit. o);

g) Agenția de Transplant - pentru categoria indicată la alin. (4) lit. p);

h) alte instituții abilitate, în cazurile prevăzute de actele normative în vigoare;

g<sup>1</sup>) organele administrativ-militare teritoriale - pentru categoriile indicate la alin. (4) lit. q) și r).

(9<sup>1</sup>) Prin derogare de la prevederile alin. (4) și (9), acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se efectuează de către asigurator în baza:

a) informației din Registrul de stat al populației - pentru persoanele asigurate menționate la alin. (4) lit. a);

b) cererii și a documentelor confirmative - pentru persoanele asigurate menționate la alin. (4) lit. m), pentru elevii și studenții încadrați în sistemul de învățământ la nivelurile 3-8, conform art. 12 din Codul educației al Republicii Moldova, cu frecvență, care își fac studiile peste hotarele țării.

(9<sup>2</sup>) Prin derogare de la alin. (4) și (9), acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru persoanele asigurate menționate la alin. (4) lit. j), ce au atins vârsta standard de pensionare conform legislației naționale, dar beneficiază de pensie din partea altui stat, se va efectua de către asigurator în baza cererii și a documentelor confirmative.

(10) În procesul ținerii evidenței persoanelor asigurate, asiguratorul poate utiliza în mod gratuit informația necesară din Registrul de stat al populației și Registrul de stat al unităților de drept.

(11) Asiguratorul este în drept să acceseze, prin intermediul platformei guvernamentale de interoperabilitate, informații din bazele de date ale altor instituții și ale altor autorități publice, necesare în scopul executării sarcinilor și atribuțiilor sale legale.

## Capitolul II

## SISTEMUL ASIGURĂRII OBLIGATORII

### DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

**Articolul 5.** Principiile de organizare a asigurării

obligatorii de asistență medicală

(1) Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se organizează și funcționează avînd la bază următoarele principii:

a) *principiul unicității*, potrivit căruia statul organizează și garantează sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală bazat pe aceleași norme de drept;

b) *principiul egalității*, potrivit căruia tuturor participanților la sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală (plătitori de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală, 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;

c) *principiul solidarității*, potrivit căruia plătitorii primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală achită contribuțiile respective în funcție de venit, iar persoanele asigurate beneficiază de asistență medicală și farmaceutică în funcție de necesități;

d) *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;

e) *principiul contributivității*, potrivit căruia fondurile de asigurări medicale se constituie pe baza primelor de asigurare achitate de către plătitorii stabiliți de legislație;

f) *principiul repartiției*, potrivit căruia fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală realizate se redistribuie pentru plata obligațiilor ce revin sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală, conform legii;

g) *principiul autonomiei*, potrivit căruia 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;

h) *principiul transparenței*, potrivit căruia fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală se gestionează transparent, prin informarea subiecților asigurării obligatorii de asistență medicală și a persoanelor interesate cu privire la executarea veniturilor și cheltuielilor.

(2) Asigurarea obligatorie de asistență medicală a persoanelor angajate se efectuează din contul mijloacelor salariaților.

(2<sup>1</sup>) Asigurarea obligatorie de asistență medicală a angajaților rezidenților parcurilor pentru tehnologia informației se efectuează din contul sumelor repartizate la fondurile

asigurării obligatorii de asistență medicală din încasările impozitului unic achitat de rezidenți conform Legii nr. 77/2016 cu privire la parcurile pentru tehnologia informației și cap. 1 titlul X din Codul fiscal.

(3) Asigurarea obligatorie de asistență medicală a persoanelor neangajate enumerate la art.4 alin.(4) se realizează din contul bugetului de stat.

(3<sup>1</sup>) Asigurarea obligatorie de asistență medicală a persoanelor neangajate și neasigurate din contul bugetului de stat se realizează în mod individual, prin achitarea primei de asigurare stabilite în sumă fixă, în mărimea, modul și termenele prevăzute de legislație.

(4) 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 asigurării obligatorii de asistență medicală, conform listei stabilite de Ministerul Sănătății.

(5) Modul de compensare a medicamentelor și dispozitivelor medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală este stabilit prin acte normative aprobate de Guvern.

#### **Articolul 6.** Statutul de persoană asigurată în sistemul

asigurării obligatorii de asistență medicală

(1) Statutul de persoană asigurată se acordă de către asigurător ca urmare a achitării primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în modul și termenele prevăzute de legislație sau prin includerea în una dintre categoriile de persoane neangajate asigurate de către Guvern.

(2) Statutul de persoană asigurată conferă dreptul de a beneficia de volumul integral de asistență medicală prevăzut în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală și acordat de prestatorii de servicii medicale contractați de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

(3) Statutul de persoană asigurată se acordă de către asigurător în baza:

a) informației aferente raporturilor de muncă pentru stabilirea drepturilor sociale și medicale prezentate de angajatori Serviciului Fiscal de Stat, potrivit formei și modului aprobat de Ministerul Finanțelor;

b) informației de evidență nominală a persoanelor neangajate asigurate de către Guvern, furnizată de instituțiile abilitate, inclusiv prin intermediul platformei guvernamentale de interoperabilitate;

c) actelor de identitate și a documentelor justificative/informațiilor ce confirmă achitarea primei de asigurare în sumă fixă pentru anul respectiv de gestiune, inclusiv în baza informației din sistemul guvernamental de plăți electronice;

d) actelor de identitate și a documentelor ce certifică dreptul de atribuire la categoriile indicate la art. 4 alin. (4), conform prevederilor actelor normative în vigoare;

e) informației din Registrul de stat al populației privind copiii cu vârsta de până la 18 ani, obținută de către asigurator prin intermediul platformei guvernamentale de interoperabilitate.

(4) Statutul de persoană asigurată se suspendă în cazul:

a) încetării raporturilor de muncă;

b) radierii persoanei asigurate din evidența nominală a persoanelor neangajate asigurate de către Guvern, conform legislației în vigoare;

c) atingerii vârstei de 18 ani;

d) persoanelor care au achitat prima de asigurare în sumă fixă pentru anul respectiv de gestiune la 31 decembrie;

e) încorporării în serviciul militar în termen;

f) expirării unui an de la data de achitare stabilită pentru prima de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense și/sau în cazul neachitării acesteia;

g) neprezentării, conform legislației în vigoare, a dărilor de seamă fiscale pe o perioadă ce depășește un an;

h) suspendării activității unității sau lichidării unității în temei legal;

i) suspendării contractului individual de muncă, cu excepția suspendării contractului individual de muncă în circumstanțe ce nu depind de voința părților, suspendării contractului individual de muncă din inițiativa salariatului în caz de aflare în concediu pentru îngrijirea unui membru bolnav al familiei cu durata de până la doi ani, conform certificatului medical, și în caz de aflare în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani;

j) decesului persoanei asigurate.

(5) Statutul de asigurat al persoanelor care beneficiază de indemnizații de eliberare din serviciu, conform art. 186 din Codul muncii al Republicii Moldova, va fi activ pe perioada achitării indemnizației de eliberare din serviciu.

(6) Salariații al căror statut de persoană asigurată a fost suspendat conform alin. (4) lit. f) - i) se atribuie la categoria persoanelor care sînt obligate să se asigure în mod individual.

**Articolul 6<sup>1</sup>.** Evidența persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală

(1) Evidența persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se ține de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

(2) Fiecărei persoane fizice i se atribuie un număr de asigurare obligatorie de asistență medicală.

(3) Statutul persoanei fizice asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se confirmă prin interogarea electronică a sistemului informațional al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, utilizând numărul de identificare de stat sau numărul de asigurare obligatorie de asistență medicală.

(4) Modalitatea de evidență a persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se elaborează de către asigurător și se aprobă de către Guvern.

#### **Articolul 7.** Contractul de acordare a asistenței medicale

(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul

asigurării obligatorii de asistență medicală

(1) Între asigurător și prestatorul de servicii medicale se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, în volumul și termenele prevăzute în Programul unic iar asigurătorul se obligă să achite costul asistenței medicale acordate.

(2) Modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă de Guvern.

#### **Articolul 7<sup>1</sup>.** Contractul privind eliberarea medicamentelor

și/sau a dispozitivelor medicale compensate

din fondurile asigurării obligatorii de asistență

medicală

(1) Asigurătorul și prestatorul de servicii farmaceutice încheie un contract privind eliberarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prin care prestatorul se obligă să elibereze persoanelor înregistrate la medicul de familie conform datelor din sistemul informațional al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină medicamente și/sau dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, iar asigurătorul se obligă să achite costul medicamentelor și/sau al dispozitivelor respective.

(2) Contractul-tip privind eliberarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă de către Guvern.



## **Articolul 7<sup>2</sup>.** Contractul privind livrarea medicamentelor

și/sau a dispozitivelor medicale compensate

către prestatorii de servicii farmaceutice

(1) Asigurătorul și furnizorul de medicamente și dispozitive medicale încheie un contract prin care furnizorul se obligă să asigure existența în stoc a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate, precum și livrarea acestora către prestatorii de servicii farmaceutice contractați de asigurător.

(2) Contractul-tip privind livrarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate către prestatorii de servicii farmaceutice se aprobă de Guvern.

## **Articolul 8.** Prestarea serviciilor peste Programul unic

(1) 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.

(2) Licența pentru efectuarea asigurării facultative de sănătate se eliberează în modul stabilit de legislație.

(3) Prestatorii de servicii medicale acordă asistență în cadrul asigurărilor facultative de sănătate fără a aduce prejudicii volumului și calității asistenței medicale acordate în conformitate cu Programul unic.

(4) Tarifele la serviciile medicale și alte servicii prestate în cadrul asigurării facultative de sănătate se stabilesc prin acordul dintre asigurător, asigurat și prestatorul de servicii medicale.

(5) Asigurarea facultativă de sănătate se efectuează din contul angajatorilor.

(6) Mărimea primelor în asigurarea facultativă de sănătate se stabilește prin acordul părților.

## **Articolul 9.** Asigurarea obligatorie de asistență

medicală a străinilor

(1) Străinii specificați la art. 2 alin. (1) lit. a)-c) din Legea nr. 274 din 27 decembrie 2011 privind integrarea străinilor în Republica Moldova, încadrați în muncă în Republica Moldova în baza unui contract individual de muncă, încheiat în temeiul legislației Republicii Moldova, străinii titulari ai dreptului de ședere permanentă în Republica Moldova, precum și beneficiarii de protecție internațională au aceleași drepturi și obligații în domeniul asigurării obligatorii de asistență medicală ca și cetățenii Republicii Moldova, în conformitate cu legislația în vigoare, dacă tratatele internaționale nu prevăd altfel.

(1<sup>1</sup>) Străinii angajați în condițiile art.43<sup>17</sup> din Legea nr.200/2010 privind regimul străinilor în Republica Moldova, pe perioada corespunderii acestor condiții, nu au obligația

asigurării obligatorii de asistență medicală.

*[Art.9 al.(1<sup>1</sup>) introdus prin LP126 din 26.05.23, MO210-212/23.06.23 art.371; în vigoare 23.09.23]*

(2) Străinii cărora 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, achitând prima de asigurare obligatorie de asistență medicală similar cetățenilor Republicii Moldova care achită prima de asigurare stabilită în sumă fixă, dacă tratatele internaționale nu prevăd altfel.

(3) Statutul de persoană asigurată și drepturile de asigurare se suspendă odată cu anularea/revocarea dreptului de ședere în Republica Moldova, încetarea/anularea statutului de apatrid sau a formei de protecție, în conformitate cu legislația în vigoare.

### **Capitolul III**

## **DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE SUBIECȚILOR**

### **ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ**

### **MEDICALĂ**

#### **Articolul 10. Asiguratul**

(1) Asiguratul este în drept să obțină de la asigurător informații despre îndeplinirea de către acesta a obligațiilor sale legale față de persoanele asigurate.

(2) Asiguratul, inclusiv mediatorii, notarii, avocații, executorii judecătorești, experții judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, interpreții și traducătorii, administratorii autorizați, este obligat:

a) în cazul unităților și al persoanelor fizice, altele decât cele înregistrate de către organul înregistrării de stat, al mediatorilor, al notarilor, al avocaților, al executorilor judecătorești și al experților judiciari care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, al interpreților și traducătorilor, al administratorilor autorizați, să se înregistreze ca plătitor de prime de asigurare obligatorie de asistență medicală la agenția teritorială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de o lună de la data eliberării deciziei de înregistrare, a atestatului de mediator, a licenței de notar, de avocat, de executor judecătoresc sau de expert judiciar care activează în cadrul unui birou de expertiză judiciară, a autorizației pentru activitatea de interpret și/sau traducător, administrator autorizat;

b) să achite primele de asigurare în mărimea, în modul și în termenele stabilite de legislație;

c) să nu împiedice realizarea măsurilor de depistare și studiere a factorilor cu influență nefavorabilă asupra sănătății contingentului care urmează să fie asigurat (sau este deja asigurat) și, în limitele competenței sale, să întreprindă măsuri de înlăturare a lor.

d) să prezinte asiguratorului, utilizând metode automatizate de raportare electronică, prin intermediul instituțiilor abilitate, indicate la art. 4 alin. (9), listele de evidență nominală a persoanelor asigurate, conform modelului stabilit de asigurator, precum și modificările survenite în acestea, pînă la data de 7 a lunii următoare celei în care au avut loc schimbările.

e) - *abrogată*.

(3) Angajatorul este obligat să prezinte Serviciului Fiscal de Stat informația aferentă raporturilor de muncă pentru stabilirea drepturilor sociale și medicale, potrivit formei și modului aprobate de Ministerul Finanțelor, în termen de pînă la 10 zile lucrătoare de la data angajării sau a modificării/încetării raporturilor de muncă, a emiterii ordinului de acordare a concediului de îngrijire a copilului sau a concediului paternal.

### **Articolul 11.** Persoana asigurată

(1) Persoana asigurată are dreptul:

a) să-și aleagă medicul de familie;

b) să i se acorde asistență medicală și farmaceutică pe întreg teritoriul Republicii Moldova;

c) să beneficieze de servicii medicale și farmaceutice în volumul și de calitatea prevăzute de Programul unic, indiferent de mărimea primelor de asigurare achitate;

d) să intenteze acțiuni asiguratului, asiguratorului, prestatorului de servicii medicale și farmaceutice inclusiv pentru a obține compensarea materială a prejudiciului cauzat din culpa acestora.

(2) Persoana asigurată este obligată:

a) să prezinte actul de identitate conform prevederilor actelor normative în vigoare, la momentul adresării către prestatorul de servicii medicale și farmaceutice;

b) să achite direct prestatorului de servicii medicale, la momentul acordării asistenței medicale, acea parte din costul serviciilor medicale ce i-au fost acordate peste volumul prevăzut de Programul unic;

b<sup>1</sup>) să achite contribuția personală a diferenței dintre prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentului compensat și suma compensată de asigurator;

c) să fie înregistrată la un medic de familie.

(3) 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, prevăzute la alin. (2) lit. b), se aprobă de către Guvern.

### **Articolul 12.** Compania Națională de Asigurări

în Medicină

(1) Compania Națională de Asigurări în Medicină este organizație de stat autonomă, inclusiv cu autonomie financiară, nonprofit, și se înființează de Guvern

(2) Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept :

b) să participe la acreditarea prestatorilor de servicii medicale;

c) să ia parte la elaborarea propunerilor de stabilire a tarifelor pentru serviciile medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală ;

d) să intenteze, acțiuni prestatorului de servicii medicale sau lucrătorului medical în scopul compensării materiale a prejudiciului cauzat sănătății persoanei asigurate din culpa acestora;

e) să gestioneze fondurile stabilite de prezenta lege și să constituie suplimentar alte fonduri care au atribuite la medicină și sănătate.

f) - *abrogată*;

f<sup>1</sup>) 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;

g) 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.

(3) Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată:

a) să realizeze, conform legii, asigurarea obligatorie de asistență medicală a cetățenilor Republicii Moldova și a străinilor prevăzuți de prezenta lege;

a<sup>1</sup>) 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;

b) să atribuie/să suspende persoanelor, în modul stabilit, statutul de persoană asigurată;

c) să verifice corespunderea cu clauzele contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor asigurate, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate;

c<sup>1</sup>) să verifice dacă livrarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate,

modalitatea de aprovizionare, de eliberare și de evidență a acestora, precum și de raportare a mijloacelor financiare care urmează să fie achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală corespund cu clauzele contractului privind eliberarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală;

c<sup>2</sup>) să verifice respectarea de către furnizorii de medicamente și dispozitive medicale a prevederilor contractelor încheiate cu asigurătorul;

d) să apere interesele persoanelor asigurate;

e) să încheie contracte de reasigurare.

f) să asigure transparența în procesul decizional în modul stabilit de Legea nr. 239/2008 privind transparența în procesul decizional;

g) să publice pe pagina sa web oficială:

- contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, contractele privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația, pentru fiecare contract, privind achitarea sumelor compensate de către asigurător pentru anul precedent, precum și contractele încheiate din mijloacele financiare, altele decât cele din fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice, în termen de 15 zile lucrătoare de la data încheierii acestora;

- rapoartele trimestriale privind mijloacele financiare achitate pentru medicamentele compensate, ce vor cuprinde informații privind toate medicamentele compensate eliberate de prestatorul de servicii farmaceutice în perioada de raportare, suma totală achitată de către asigurător, denumirile comune internaționale (DCI), cu indicarea, pentru fiecare DCI, a denumirii comerciale corespunzătoare, dozei, formei farmaceutice, a producătorului, a cantității compensate în unități nominale, a sumei compensate de către asigurător pentru fiecare unitate nominală, a sumei achitate de către pacient, precum și a numărului de beneficiari, până în data de 15 a lunii următoare trimestrului;

- deciziile integrale ale Consiliului de administrație al Companiei, în termen de 15 zile lucrătoare de la data ședinței Consiliului;

- raportul anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, conform modelului aprobat de Guvern, în termen de 15 zile lucrătoare din data aprobării raportului de către Parlament;

h) să-și exercite atribuțiile și responsabilitățile conform prevederilor prevăzute de Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014.

### **Articolul 13.** Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice

(1) În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală și farmaceutică se acordă de către prestatorii de servicii medicale și farmaceutice, indiferent

de tipul de proprietate și formă juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația.

(2) Prestatorii de servicii medicale și farmaceutice sunt obligați să publice pe paginile lor web oficiale, iar în cazul în care nu dispun de pagină web oficială, să afișeze pe avizierul instituției, într-un loc vizibil și accesibil pentru public:

a) contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), anexele la acestea și acordurile adiționale, precum și contractele privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și informația privind achitarea sumelor compensate de către asigurator pentru anul precedent, în termen de 15 zile lucrătoare din data încheierii acestora;

b) deciziile Consiliului de administrație al prestatorilor publici de servicii medicale și farmaceutice/organului suprem de deliberare și decizie al prestatorilor privați de servicii medicale și farmaceutice în partea ce ține de utilizarea mijloacelor financiare aferente contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale), precum și contractelor privind eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în termen de 15 zile lucrătoare de la data ședinței Consiliului;

c) raportul anual privind executarea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, conform modelului aprobat de Guvern, în termen de 15 zile lucrătoare din data aprobării raportului de către Parlament.

#### **Articolul 14. Răspunderea subiecților sistemului**

asigurării de asistență medicală

(1) Pentru neplata, în termenul stabilit de legislație, a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală, asiguratul plătește o penalitate, calculată în conformitate cu legislația, pentru perioada care începe după scadența primei de asigurare și se încheie în ziua plății efective a acesteia

(2) Asiguratorul răspunde material față de persoana asigurată pentru prejudiciile cauzate vieții și sănătății acesteia ca rezultat al asistenței medicale, prevăzute de Programul unic, acordate necalitativ sau insuficient.

(3) Asiguratorul achită serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale și farmaceutice în modul și în termenele prevăzute în contractele încheiate cu ele, dar nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată. Răspunderea pentru achitarea cu întârziere este stipulată în contract.

(4) Prestatorii de servicii medicale răspund pentru serviciile medicale prestate contrar prevederilor legislației și clauzelor contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, pentru refuzul de a acorda asistență medicală persoanelor asigurate, pentru gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală contrar prevederilor

clauzelor contractuale, precum și pentru împiedicarea monitorizării de către asigurator a executării contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale).

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

#### **Articolul 15.** Dreptul asiguratorului la acțiune în regres

Compania Națională de Asigurări în Medicină și agențiile ei teritoriale (ramurale) sînt în drept să ceară persoanelor juridice sau fizice, responsabile pentru prejudiciul cauzat sănătății persoanei asigurate, recuperarea cheltuielilor pentru acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic.

### **Capitolul IV**

#### **MIJLOACELE FINANCIARE ALE ASIGURĂRII**

#### **OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ**

#### **ȘI MODUL LOR DE UTILIZARE**

#### **Articolul 16.** Fondurile asigurării obligatorii

de asistență medicală

(1) În scopul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania Națională de Asigurări în Medicină constituie, din contul mijloacelor totale acumulate, și gestionează următoarele fonduri:

a) fondul pentru achitarea serviciilor medicale și farmaceutice (pe subprograme de servicii medicale și, separat, pe subprogram de servicii farmaceutice destinat pentru compensarea medicamentelor);

b) fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală;

c) fondul măsurilor de profilaxie;

d) fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale;

e) fondul de administrare al sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală.

(1<sup>1</sup>) Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală fac parte integrantă din

bugetul public național și se administrează independent de alte bugete componente ale bugetului public național.

(1<sup>2</sup>) Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se elaborează, se aprobă și se administrează în conformitate cu principiile, regulile și procedurile prevăzute de Legea finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale nr. 181/2014.

(2) Mijloacele temporar disponibile ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pot fi plasate în depozite la Banca Națională a Moldovei și/sau în valori mobiliare de stat.

(3) Mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală nu sînt supuse sechestrării și impozitării.

(4) Modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală se stabilește printr-un regulament aprobat de Guvern.

### **Articolul 17.** Primele de asigurare obligatorie

de asistență medicală

(1) Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală reprezintă o sumă fixă sau o contribuție procentuală la salariu și la alte recompense, pe care asiguratul este obligat să plătească asiguratorului pentru preluarea riscului asigurat al persoanei, conform prevederilor legislației.

(2) Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală se stabilesc ca contribuții financiare în mărimi suficiente pentru îndeplinirea Programului unic și desfășurarea activității asiguratorului.

(3) Mărimile primelor de asigurare în formă de sumă fixă și în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense se stabilesc anual în legea fondurilor asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

(4) 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.

(5) Achitarea primelor pentru asigurarea obligatorie de asistență medicală a populației angajate se face din contul contribuțiilor angajatului.

(5<sup>1</sup>) Prin derogare de la prevederile alin. (1), veniturile salariale obținute de angajații rezidenților parcurilor pentru tehnologia informației, în baza legislației muncii și actelor normative ce conțin norme ale dreptului muncii, nu constituie obiect al impunerii cu prime de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală. Achitarea primelor pentru asigurarea obligatorie de asistență medicală a angajaților rezidenților parcurilor pentru tehnologia informației se face din contul impozitului unic achitat de rezidenți conform Legii nr. 77/2016 cu privire la parcurile pentru tehnologia informației și cap. 1 titlul X din Codul fiscal.



(6) Participarea angajatului la achitarea primei se determină diferențiat, în funcție de mărimea salariului lui, și începe din momentul încheierii contractului de muncă.

(7) Mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare se stabilesc prin lege.

#### **Articolul 18.** Acoperirea cheltuielilor de tratament

(1) Toate cheltuielile legate de acordarea către persoanele asigurate a asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic, asigurătorul le achită lunar sau trimestrial, în funcție de mijloacele financiare disponibile, conform facturilor prezentate de prestatorii de servicii medicale .

(2) Asigurătorul este în drept să achite în avans cheltuielile pentru prestarea serviciilor medicale, conform condițiilor stabilite în contract

(3) Factura se perfectează de prestatorii de servicii medicale în baza calculației cheltuielilor conform registrului persoanelor asigurate care au beneficiat de asistență medicală în perioada respectivă.

(4) Colectarea facturilor de la prestatorii de servicii medicale și analiza acestora o face asigurătorul prin intermediul agențiilor sale teritoriale (ramurale).

(5) Modelele de registre, modul de perfectare și termenul prezentării lor se elaborează de Compania Națională de Asigurări în Medicină și se aprobă de Ministerul Sănătății.

#### **Articolul 20.** Soluționarea litigiilor

Litigiile apărute în procesul realizării asigurării obligatorii de asistență medicală se soluționează de către instanțele judecătorești competente.

### **Capitolul V**

#### **DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII**

#### **Articolul 21.**

(1) Prezenta lege se pune în aplicare de la data publicării pe etape:

I etapă - anul 1998 - cuprinde pregătirea cadrului normativ necesar pentru realizarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, efectuându-se concomitent asigurări facultative de sănătate. Asigurării obligatorii de asistență medicală, la această etapă, vor fi supuși numai cetățenii străini și apatrizii aflați în Republica Moldova;

a II - a etapă - din 1999 se prevede aplicarea integrală a prezentei legi. Persoanele neîncadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, pînă la aplicarea integrală a prezentei legi, vor beneficia de servicii medicale în conformitate cu legislația în vigoare.

## **Articolul 22.**

Guvernul, în termen de 3 luni:

- a) va prezenta Parlamentului propuneri pentru aducerea legislației în concordanță cu prezenta lege;
- b) va aduce propriile acte normative în concordanță cu prezenta lege;
- c) va aproba Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală;
- d) va aproba statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;
- e) va stabili structura, schema de încadrare și plafonul cheltuielilor administrative ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;
- f) va asigura elaborarea și va aproba condițiile de asigurare obligatorie de asistență medicală a cetățenilor străini și apatrizilor aflați în Republica Moldova;
- g) va aproba Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor de asigurare obligatorie de asistență medicală și alte documente în problemele asigurării obligatorii de asistență medicală.

**PREȘEDINTELE**

**PARLAMENTULUI Dumitru MOȚPAN**

**Chișinău, 27 februarie 1998.**

**Nr. 1585 - XIII.**