

NOTA DE FUNDAMENTARE

la proiectul hotărârii Guvernului cu privire la modificarea unor acte normative (ajustarea reglementărilor privind asigurarea obligatorie de asistență medicală)

1. Denumirea sau numele autorului și, după caz, a/al participanților la elaborarea proiectului actului normativ
Proiectul hotărârii Guvernului cu privire la modificarea unor acte normative (ajustarea reglementărilor privind asigurarea obligatorie de asistență medicală) a fost elaborat de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.
2. Condițiile ce au impus elaborarea proiectului actului normativ
2.1. Temeiul legal sau, după caz, sursa proiectului actului normativ Proiectul a fost elaborat în temeiul art. 5 alin. (5), art. 6¹ alin. (4) și art. 7 alin. (2) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, conform cărora modul de compensare a medicamentelor și dispozitivelor medicale din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală este stabilit prin acte normative aprobate de Guvern; modalitatea de evidență a persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se elaborează de către asigurător și se aprobă de către Guvern; modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă de Guvern. Scopul proiectului este: - ajustarea actelor normative ale Guvernului la modificările operate prin Legile nr. 226/2024, nr. 144/2025 și nr. 146/2025 în cadrul normativ primar privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenul de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală) și modificările introduse prin Legea nr. 227/2024 în Legea nr. 552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate, ce țin de realizarea procesului de acreditare; - înlesnirea accesului pacienților la tratamente continue; - reducerea risipei și utilizarea eficientă a fondurilor publice prin ambalaje economice; - optimizarea volumului de sarcini administrative ale personalului medical și farmaceutic; - alinierea cadrului normativ la capacitățile tehnice ale Sistemului informațional „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”.
2.2. Descrierea situației actuale și a problemelor care impun intervenția, inclusiv a cadrului normativ aplicabil și a deficiențelor/lacunelor normative Prin Legea nr. 226/2024 pentru modificarea unor acte normative (aspecte organizatorice privind sistemul judecătoresc și Institutul Național al Justiției) a fost introdusă o nouă categorie de persoane asigurate de către Guvern - audienții cursurilor de formare inițială a candidaților la funcțiile de judecător și de procuror. Totodată, prin Legea nr. 144/2025 pentru modificarea unor acte normative (susținerea economiei digitale și a serviciilor electronice) s-a stabilit că nomazii digitali, în calitate de străini cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova, au obligația de a se asigura în

mod individual prin achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă.

Prin Legea nr. 146/2025 pentru modificarea unor acte normative (regimul datoriilor vamale și penalitățile aferente pentru persoanele cu dizabilități locomotorii, reglementări privind primele de asigurare obligatorie de asistență medicală) s-a stabilit că, de la 01 ianuarie 2026, mărimea penalității pentru neachitarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală se va determina în conformitate prevederile Codului fiscal.

Astfel, în contextul modificărilor realizate prin legile precitate, se impune ajustarea prevederilor Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018.

Totodată, proiectul conține unele modificări redacționale ale Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, ce au drept scop asigurarea corespunderii terminologiei cu cea utilizată în cadrul normativ primar privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Modificarea Regulamentului privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 106/2022, are drept scop facilitarea accesului pacienților la tratament continuu, reducerea risipei de resurse, adaptarea la realitățile logistice ale pieței farmaceutice și valorificarea funcționalităților Sistemului informațional „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”. Totodată, modificările sunt formulate ca răspuns la solicitările utilizatorilor sistemului, inclusiv din partea medicilor prescriptori și farmaciștilor.

Potrivit reglementărilor în vigoare, pe un formular de rețetă electronică, pot fi prescrise medicamente și/sau dispozitive medicale compensate doar pentru un singur diagnostic. Proiectul prevede eliminarea restricției în cauză. Această ajustare a fost solicitată de medicii prescriptori, care au semnalat faptul că pacienții pot prezenta concomitent mai multe afecțiuni medicale confirmate prin diagnostice stabilite conform clasificării CIM-10. Menținerea prevederii actuale obligă medicul să emită un formular de rețetă distinct pentru fiecare diagnostic, ceea ce:

- îngreunează procesul de prescriere prin necesitatea completării și generării mai multor formulare pentru același pacient;
- prelungește timpul de lucru și întârzie procesul de semnare electronică, fiind necesară repetarea acestei proceduri pentru fiecare formular;
- crește volumul sarcinilor administrative, fără beneficii suplimentare pentru siguranța pacientului;
- implică consum suplimentar de resurse în cadrul instituțiilor medicale și al Sistemului informațional „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”.

Modificarea va permite includerea pe același formular a medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale aferente mai multor diagnostice, cu respectarea schemei de tratament stabilite și a normelor de prescriere în vigoare. Astfel, se reduc sarcinile administrative ale medicilor, se eficientizează procesul de prescriere și se îmbunătățește accesul pacienților la tratament.

Prin Legea nr.37/2024 pentru modificarea unor acte normative (facilitarea activității mediului de afaceri IV) din Legea nr.105/2003 privind protecția consumatorilor a fost exclusă prevederea aferentă Registrului de reclamații ca modalitate obligatorie de recepționare și

înregistrare a reclamațiilor de la consumatori. Subsecvent, prin Hotărârea Guvernului nr. 678/2024 cu privire la modificarea și abrogarea unor hotărâri ale Guvernului (facilitarea activității mediului de afaceri VI) a fost abrogată Hotărârea Guvernului nr. 1141/2006 pentru aprobarea Regulamentului cu privire la modul de gestionare a Registrului de reclamații. Corespunzător, este necesar de a exclude din Contractul-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 770/2022, obligația prestatorului de servicii medicale de a ține la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate.

În condițiile modificării Legii nr. 552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate și aprobării Hotărârii Guvernului nr.186/2024 cu privire la organizarea și funcționarea Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate se impune ajustarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Conform reglementărilor în vigoare, încadrarea prestatorilor de servicii medicale se realizează anual, prin încheierea Contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform Contractului-tip, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 770/2022. Pentru asigurarea continuității relațiilor contractuale cu prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală și a garanta accesul la servicii medicale se propune modificarea perioadei de valabilitate a contractului de la 1 an la 3 ani. Totodată, anual prin acord adițional se va stabili suma contractuală, volumul de asistență medicală contractat, tarifele serviciilor medicale, condițiile speciale de prestare a serviciilor contractate și perioada de acordare a asistenței medicale.

În prezent, prestatorul de servicii medicale este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform contractului, în caz contrar CNAM restituie persoanei asigurate, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar și reține suma respectivă din contul transferurilor ulterioare către prestator. În vederea asigurării unei abordări unice atât în procesul de restituire de către prestatorul de servicii medicale, cât și de către CNAM se propune excluderea sintagmei *în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative*. Astfel, în cazul în care prestatorul de servicii medicale nu își va onora obligațiunea contractuală de a restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, CNAM va restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către prestatorul de servicii medicale.

3. Obiectivele urmărite și soluțiile propuse

3.1. Principalele prevederi ale proiectului și evidențierea elementelor noi

La pct. 1 (cu privire la modificarea Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018):

1) Pct. 3-5 se prezintă în redacție nouă în vederea concretizării reglementărilor, or Sistemul informațional „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” reprezintă baza de date a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină care asigură evidența tuturor categoriilor de persoane cu domiciliul în Republica Moldova încadrate în sistemul asigurării obligatorii de

asistență medicală. Concomitent, terminologia se aduce în concordanță cu cea utilizată în Legea nr. 467/2003 cu privire la informatizare și la resursele informaționale de stat. În același context se modifică și pct. 23.

2) La punctul 6 subpunctele 2) și 3), după cuvântul „neangajate” se introduc cuvintele „cu domiciliul în Republica Moldova” pentru asigurarea acordului cu prevederile art. 4 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, conform căruia Guvernul are calitatea de asigurat pentru categoriile de persoane neangajate prevăzute în alineatul respectiv cu domiciliul în Republica Moldova și aflate la evidența instituțiilor abilitate ale Republicii Moldova, cu excepția persoanelor obligate prin lege să se asigure în mod individual.

3) Modificarea punctul 24 are drept scop asigurarea conformității cu prevederile art. 23 din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, modificate prin Legea nr. 146/2025.

4) Pct. 25, 26 și 28 se aduc în concordanță cu modificările operate prin Legea nr. 146/2025 în art. 30 din Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală (în vigoare de la 1 ianuarie 2026), conform cărora cuantumul penalității pentru neachitarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală se determină conform prevederilor Codului fiscal. Potrivit art. 228 alin. (3) din Codul fiscal „Cuantumul majorării de întârziere se determină anual în funcție de rata de bază (rotunjită până la următorul procent întreg), stabilită de Banca Națională a Moldovei în luna noiembrie a anului precedent anului fiscal de gestiune, aplicată la operațiunile de politică monetară pe termen scurt, majorată cu 5 puncte, împărțită la numărul de zile ale anului și aproximată conform regulilor matematice până la 4 semne după virgulă.”

5) La punctul 34:

Norma ce reglementează acordarea/suspendarea statutului de asigurat pentru elevii și studenții care își fac studiile peste hotarele țării se prezintă în redacție nouă, în scopul concretizării conținutului acesteia și asigurării acordului cu prevederile art. 4 alin. (9¹) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, ce prevăd că acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală 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, se efectuează de către asigurator în baza cererii și a documentelor confirmative.

Totodată, punctul se completează cu o nouă dispoziție aferentă acordării/suspendării statutului de asigurat pentru audienții cursurilor de formare inițială a candidaților la funcțiile de judecător și de procuror, pentru organizarea executării prevederilor art. 4 alin. (4) lit. b¹) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

6) Prin Legea nr. 144/2025 pentru modificarea unor acte normative (susținerea economiei digitale și a serviciilor electronice) s-a stabilit că nomazii digitali, în calitate de străini cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova, au obligația de a se asigura în mod individual prin achitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă. Modificarea în cauză implică necesitatea completării punctului 35 subpunctul 5) în vederea reglementării instituției publice responsabile (Inspectoratul General pentru Migrație) care furnizează informații Companiei Naționale de

Asigurări în Medicină despre nomazii digitali, ce au obținut drept de ședere provizorie în Republica Moldova.

La pct. 2 (cu privire la modificarea Regulamentului privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 106/2022):

1) Prin norma de la punctul 19¹, se propune ca testele și lanțetele pentru determinarea glicemiei în sânge, destinate pacienților diagnosticați cu diabet zaharat de tip 2, să poată fi prescrise pentru un termen de utilizare de până la 6 luni. Această prevedere a fost propusă în contextul în care, pentru pacienții cu diabet zaharat de tip 2, norma de prescriere este de 25 de unități pentru 3 luni. Cu toate acestea, ambalajele de 25 de teste nu sunt disponibile la majoritatea producătorilor, iar acolo unde există, prețul unitar este mai ridicat comparativ cu ambalajele mai mari (de 50 sau 100 de unități), ceea ce reduce eficiența utilizării fondurilor publice.

Extinderea termenului de prescriere la 6 luni va permite:

- alinierea cantităților prescrise la ambalajele economice existente pe piață;
- reducerea presiunii administrative asupra personalului medical și farmaceutic, prin diminuarea frecvenței vizitelor pentru prescriere și eliberare;
- adaptarea normelor la specificul tratamentului cu dispozitive medicale, unde schemele terapeutice sunt stabile pe termen lung;
- economisirea resurselor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, fără a genera costuri suplimentare.

2) La punctul 20 se propune modificarea termenului de valabilitate a rețetei compensate.

Extinderea termenului de valabilitate a prescripției pentru maladiile acute – de la 10 zile la 15 de zile – are drept scop corelarea duratei de valabilitate a rețetei cu durata medie a tratamentului prescris pentru astfel de afecțiuni. În cazul maladiilor acute, tratamentele sunt adesea prescrise pentru perioade de 7–30 zile, iar un termen de valabilitate de doar 10 zile poate fi insuficient în situațiile în care pacientul nu reușește să valorifice rețeta imediat, din motive obiective (ex. lipsa temporară în farmacie, surse insuficiente pentru achitarea integrală a coplății de către pacient etc.).

Prin extinderea termenului la 15 de zile, se oferă pacientului un interval de timp rezonabil pentru a accesa tratamentul necesar, inclusiv posibilitatea valorificării fracționate a prescripției, fără riscul expirării acesteia înainte de finalizarea curei.

Această măsură sprijină continuitatea tratamentului, reduce necesitatea reprogramărilor la medic pentru reemiterea prescripției și îmbunătățește accesul la tratament în special pentru pacienții vârstnici, din zone rurale sau cu mobilitate redusă.

Modificarea nu implică costuri suplimentare și este în concordanță cu principiile bunei administrări și orientării către pacient, contribuind la eficientizarea și echitatea procesului de eliberare a medicamentelor compensate.

3) Necesitatea revizuirii normei din punctul 35 derivă din disfuncționalitățile constatate în procesul de valorificare a prescripțiilor compensate, în special în situațiile în care farmaciile nu dispun de întreaga cantitate prescrisă de medicamente sau dispozitive medicale.

Conform prevederilor actuale, prescripția poate fi valorificată în maximum trei vizite la farmacie. Totuși, în practică, această limitare a condus la blocarea nejustificată a rețetei în Sistemul informațional „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate”, în cazurile în care pacientul, din motive independente de voința sa (ex. lipsa stocului în

farmacie), nu a reușit să valorifice complet prescripția în cadrul celor trei vizite permise. Odată epuizate aceste vizite, prescripția devine inactivă, iar pacientul este nevoit să revină la medic pentru emiterea unei noi prescripții, ceea ce presupune întârzieri în tratament și dificultăți suplimentare administrative, atât pentru pacient, cât și pentru prestatorii de servicii medicale.

Prin urmare, se propune eliminarea limitei de „maximum trei vizite” și menținerea doar a termenului de valabilitate al prescripției ca reper pentru eliberarea treptată a medicamentelor sau dispozitivelor medicale.

Această ajustare:

- reduce presiunea asupra pacientului, oferindu-i flexibilitate în valorificarea rețetei în funcție de disponibilitatea din farmacie;
- elimină riscul blocării sistemice a prescripțiilor din cauze ce țin exclusiv de farmacie;
- contribuie la continuitatea tratamentului și la respectarea dreptului pacientului de a beneficia integral de tratamentul prescris, în termenul legal prevăzut.

Modificarea propusă nu implică alocarea de resurse financiare suplimentare și este aliniată principiilor bunei administrări, echității și orientării către pacient. Aceasta va contribui la o aplicare mai eficientă, flexibilă și corectă a mecanismului de compensare, în beneficiul direct al pacienților.

4) Norma de la punctul 36¹ prevede eliberarea în ambalaje primare întregi pentru formele farmaceutice care nu pot fi fracționate.

Pentru formele farmaceutice care nu permit divizarea – cum sunt lichidele orale, soluțiile injectabile, unguentele, picăturile oftalmice sau dispozitivele dozatoare – este necesară reglementarea expresă a eliberării exclusiv în ambalaje primare întregi. Această măsură elimină riscul eliberărilor neconforme și asigură o practică unitară la nivelul farmaciilor.

În sprijinul acestei modificări, Sistemul informațional „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate” a fost deja dezvoltat pentru a efectua automat conversia cantităților prescrise în număr de ambalaje, prin rotunjire în sus. Astfel, procesul devine mai eficient și se reduce riscul erorilor de eliberare.

Modificările propuse sunt necesare pentru buna funcționare a sistemului de prescriere și eliberare a medicamentelor și dispozitivelor compensate.

La pct. 3 (privind modificarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală):

1) La pct. 3.1 subpct. 1.3), *ce prevede obligația prestatorului de servicii medicale să țină la un loc vizibil și accesibil persoanelor Registrul sesizărilor, propunerilor și reclamațiilor persoanelor asigurate, numerotat și broșat*, se abrogă pentru a asigura corespunderea cu Legea nr.105/2003 privind protecția consumatorilor care nu mai prevede Registrul de reclamații ca și modalitate obligatorie de recepționare și înregistrare a reclamațiilor de la consumatori și Hotărârea Guvernului nr. 678/2024 cu privire la modificarea și abrogarea unor hotărâri ale Guvernului (facilitarea activității mediului de afaceri VI).

2) Pct. 3.1 subpct. 23) și pct. 4.3 se ajustează la prevederile Legii nr. 552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate, modificate prin Legea nr. 227/2024.

Conform art. 2 din Legea nr. 552/2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate, acreditarea este procedura prin care organismul național de evaluare și acreditare în sănătate recunoaște, în mod oficial, că un prestator de servicii medicale și personalul acestuia sunt

competenți să execute activitățile specifice profilului lor în conformitate cu standardele și legile din domeniul medicinei și farmaciei.

Deținerea certificatului de acreditare reprezintă o condiție *sine qua non* pentru încadrarea prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală. Respectiv, în cazul obținerii deciziei de neacreditare, prestatorii de servicii medicale vor fi obligați de a înștiința CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la adoptarea deciziei respective. Totodată, în cazul obținerii deciziei de neacreditare, prestatorul de servicii medicale nu va avea dreptul de a primi plăți în avans de la CNAM.

3) Pct. 3.1 subpct. 26) se completează cu sintagma „inclusiv la raportarea prin intermediul sistemelor informaționale”, în contextul digitalizării proceselor de raportare a volumului de asistență medicală acordat în baza contractelor din cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală prin intermediul sistemelor informaționale.

4) La pct. 5.4, ce prevede că *Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform Contractului, în caz contrar CNAM va restitui persoanei asigurate, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, prin reținerea sumei respective din contul transferurilor ulterioare către Prestator*, se propune excluderea sintagmei *în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative*.

Respectiv, în cazurile reclamate de persoana asigurată, care invocă refuzul sau condiționarea achitării serviciilor medicale prevăzute de contract, care a generat cheltuieli suplimentare din contul persoanei asigurate, prestatorul va fi obligat să restituie pacientului cheltuielile suportate, confirmate/justificate documentar. În cazul neonorării de către prestator a obligației prenotate, CNAM va utiliza aceeași metodă de restituire a cheltuielilor suportate de persoana asigurată, conform cheltuielilor justificate documentar, reținând suma respectivă din contul transferurilor ulterioare către prestator.

5) La pct. 6.2 se propune ca termenul de valabilitate a contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală să fie de 3 ani. Această modificare va asigura continuitatea relațiilor contractuale cu prestatorii de servicii medicale încadrați în sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală, va reduce cheltuielile administrative ale prestatorilor și CNAM aferente încheierii contractelor, precum și va garanta accesul la servicii medicale a populației. Totodată, anual prin acord adițional se va stabili suma contractuală, volumul de asistență medicală contractat, tarifele serviciilor medicale, condițiile speciale de prestare a serviciilor contractate și perioada de acordare a asistenței medicale. Corelativ, se propune completarea pct. 7.2 cu dreptul părților de a rezolvi contractul în cazul neacceptării volumului serviciilor medicale sau a tarifelor la serviciile medicale negociate.

Dat fiind faptul că proiectul are drept scop conformarea cadrului normativ al Guvernului normelor primare privind sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în corespundere cu art. 56 alin. (3) din Legea nr. 100/2017 cu privire la actele normative, se propune ca hotărârea Guvernului să intre în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, cu excepția normelor de la subpunctele 1.5 și 1.6, ce prevăd că mărimea penalității pentru neachitarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală se va determina în conformitate prevederile Codului fiscal, care vor intra în vigoare la 1 ianuarie 2026, astfel cum prevede art. VIII alin. (1) din Legea nr. 146/2025. La fel, normele aferente termenului de valabilitate a contractului și perioadei de acordare a asistenței medicale (subpunctele 3.4 și 3.5) vor intra în vigoare la 1 ianuarie 2026.

3.2. Opțiunile alternative analizate și motivele pentru care acestea nu au fost luate în considerare
În procesul de elaborare a proiectului nu au fost analizate alte opțiuni alternative, întrucât lipsa intervenției va cauza neconcordanța prevederilor Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018 cu normele primare din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală și Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenul de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, precum și perpetuarea inadvertențelor în mecanismul de prescriere și eliberare a medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.
4. Analiza impactului de reglementare
4.1. Impactul asupra sectorului public
4.2. Impactul financiar și argumentarea costurilor estimative Punerea în aplicare a prevederilor nu implică costuri financiare acoperite din fonduri publice.
4.3. Impactul asupra sectorului privat
4.4. Impactul social 4.4.1. Impactul asupra datelor cu caracter personal Nu este aplicabil. 4.4.2. Impactul asupra echității și egalității de gen Nu este aplicabil. Proiectul nu instituie tratamente diferențiate sau discriminatorii.
4.5. Impactul asupra mediului Nu este aplicabil.
4.6. Alte impacturi și informații relevante Implementarea proiectului va duce la: - îmbunătățirea accesului pacienților la tratamente continue; - reducerea risipei și utilizarea eficientă a fondurilor publice prin ambalaje economice; - optimizarea volumului de sarcini administrative ale personalului medical și farmaceutic; - determinarea prestatorilor de servicii medicale de a își onora obligațiunea de a restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, <i>per a contrario</i> , CNAM va restitui cheltuielile respective persoanei asigurate și va reține suma achitată din contul transferurilor ulterioare către prestatorul de servicii medicale.
5. Compatibilitatea proiectului actului normativ cu legislația UE
5.1. Măsuri normative necesare pentru transpunerea actelor juridice ale UE în legislația națională
5.2. Măsuri normative care urmăresc crearea cadrului juridic intern necesar pentru implementarea legislației UE. Proiectul nu are drept scop alinierea cadrului normativ național cu legislația UE.
6. Avizarea și consultarea publică a proiectului actului normativ
În cadrul avizării proiectului, Ministerul Sănătății, Ministerul Muncii și Protecției Sociale, Ministerul Educației și Cercetării, Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale au prezentat propuneri, iar Ministerul Finanțelor, Ministerul Dezvoltării Economice și Digitalizării, Ministerul Afacerilor Interne și Institutul Național al Justiției au comunicat lipsa de obiecții și propuneri. Autoritățile avizatoare nu au prezentat obiecții și propuneri la proiectul definitivat, prezentat pentru expertiză juridică și expertiză anticorupție

În scopul respectării cadrului normativ privind transparența în procesul decizional, anunțul privind inițierea elaborării proiectului și anunțul privind consultarea publică a proiectului au fost publicate pe pagina web oficială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și pe portalul particip.gov.md - <https://particip.gov.md/ro/document/stages/anunt-privind-initierea-procesului-de-elaborare-a-proiectului-hotararii-guvernului-pentru-modificarea-unor-acte-normative/14956>;

<https://particip.gov.md/ro/document/stages/anuntprivind-consultarea-publicaa-proiectului-hotararii-guvernului-cu-privire-la-modificarea-unor-acte-normative-ajustarea-reglementarilor-privind-asigurarea-obligatorie-de-asistenta-medicala/15148>.

Proiectul a fost discutat în cadrul întrunirii consultative cu prestatorii de servicii medicale din 18 septembrie 2025. Participanții la întrunire au susținut propunerile de modificare a Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și a Regulamentului privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

Totodată, extinderea termenului de valabilitate a prescripției pentru tratamentul episodic a fost dezbătută în cadrul ședinței de consultare din 09.06.2025, organizată de CNAM, cu participarea Ministerului Sănătății, precum și a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, la care atât medicii, cât și farmaciștii au subliniat în mod explicit necesitatea extinderii termenului de valabilitate a rețetei.

7. Concluziile expertizelor

Raport de expertiză juridică nr. 04/1-10599 din 29.10.2025 - lipsa propunerilor și obiecțiilor conceptuale de ordin juridic. Propunerile redacționale au fost luate în considerare la definitivarea proiectului.

Raportul de expertiză anticorupție nr.EHG25/10935 din 05.11.2025 - Proiectul promovează interesul public privind eficientizarea sistemului de sănătate prin digitalizare, facilitând totodată accesul pacienților la tratamente compensate și asigurând o gestionare eficientă fondurilor publice.

8. Modul de încorporare a actului în cadrul normativ existent

Adoptarea proiectului nu implică modificarea sau elaborarea unor acte normative.

Director general

Ion DODON