

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

Conținutul articolelor/punctelor din proiectul prezentat spre avizare și coordonare	Participantul la avizare, consultare publică, expertizare	Nr. crt.	Conținutul obiecției, propunerii, recomandării, concluziei	Argumentarea autorului proiectului
Avizare și consultare publică				
Regulamentul privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1246/2018				
1.1. punctele 3, 4 și 5 vor avea următorul cuprins: [...] 4. Persoanei fizice înregistrate în SI AOAM i se atribuie un număr de asigurare. Evidența persoanelor asigurate/neasigurate înregistrate în SI AOAM se realizează pe baza numărului de identificare de stat (IDNP) sau a seriei și numărului actului de identitate valabil în sistemul național de	MMPS	1	La subpunctul 1.1. , la modificarea propusă la punctul 4 din Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018 pentru aprobarea Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, se propune, în conformitate cu prevederile punctului 26 din Hotărârea Guvernului nr. 333/2002 pentru aprobarea Concepției sistemului informațional automatizat "Registrul de stat al populației" și ale Regulamentului cu privire la Registrul de stat al populației, substituirea textului „numărului de identificare de stat (IDNP)” cu textul „numărului de identificare de stat al persoanei fizice (IDNP)”.	Se acceptă

pașapoarte - pentru persoanele care nu dețin IDNP.				
5. Statutul de persoană asigurată se verifică prin interogarea SI AOAM care poate fi accesat de pe pagina web oficială a CNAM (www.cnam.md), la modulul „Servicii”, rubrica „Verificarea statutului în sistemul AOAM”.	MMPS	2	La subpunctul 1.1. , se propune modificarea punctului 5 din Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018, cu următorul cuprins: „5. Statutul de persoană asigurată se verifică prin interogarea SI AOAM care poate fi accesat de pe pagina web oficială a CNAM (www.cnam.md), la modulul „Servicii”, rubrica „Verificarea statutului în sistemul AOAM”, inclusiv furnizarea statutului persoanei asigurate prin intermediul platformei de interoperabilitate (MConnect).	Pct. 5 a fost modificat conform propunerii AGE
	AGE	3	Ținând cont de faptul că statutul de persoană asigurată este afișat și poate fi vizualizat prin accesarea Portalului guvernamental al cetățeanului și prin aplicația guvernamentală integrată a serviciilor electronice EVO, propunem completarea pct.5 din redacția nouă propusă la Regulamentul privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1246/2018 (pct.1.1 al proiectului de hotărâre) cu următorul text: <i>„ , precum și prin vizualizarea statutului de asigurat din cadrul Portalului guvernamental al cetățeanului sau din cadrul aplicației guvernamentale integrate a serviciilor electronice EVO.”.</i>	Se acceptă

1.7. la punctul 34 subpunctul 2): 1.7.1. la litera b) alineatul trei va avea următorul cuprins: „care își fac studiile peste hotarele țării se acordă de la data depunerii cererii și se suspendă la atingerea termenului indicat în actul confirmativ”;	MS	4	La pct.1.7.1 , modificarea propusă la pct.34, subpct.2), lit. b) creează confuzie, în sensul că nu este clar cum va fi suspendat statutul de asigurat pentru studentul care întrerupe studiile (exmatriculare, amânare, etc.) până la data indicată în actul confirmativ. Prin urmare, se propune reformularea normei în cauză.	Se acceptă
	MMPS	5	Se propune revizuirea subpunctului 1.7.1. , având în vedere că simpla înmatriculare a unei persoane la studii nu constituie o garanție a finalizării acestora. În context, pentru a preveni menținerea nejustificată a statutului de persoană asigurată în sistemul de asigurări sociale de sănătate, se propune modificarea alineatelor (2) și (3) ale literei b) subpunctul 2 punctul 34 din Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018, prin introducerea unei prevederi potrivit căreia, în caz de retragere voluntară, abandon sau exmatriculare, persoana fizică își pierde calitatea de persoană asigurată de Guvern.	Se acceptă
	MEC	6	la punctul 34 subpunctul 2), la litera b) alineatul trei va avea următorul cuprins: „care își fac studiile peste hotarele țării se acordă de la data înmatriculării în instituțiile de învățământ și se suspendă la data încetării calității de elev/student, demonstrat prin actul de finalizare a studiilor (certificat, diplomă sau alt act confirmativ).	Norma de la punctul 34 subpunctul 2), la litera b) alineatul trei a fost modificată în contextul obiecțiilor MS și MMPS. Dispoziția privind acordarea statutului de persoană asigurată pentru elevii și studenții care își fac studiile peste hotarele țării de la data depunerii cererii a fost propusă în vederea asigurării concordanței cu art. 4 alin. (9 ¹) din Legea nr. 1585/1998 cu

privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Regulamentul privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 106/2022

	MS	7	Cuvintele „formular de rețetă”, utilizate pe parcursul proiectului, se substituie cu cuvintele „prescripția medicală”, la forma gramaticală corespunzătoare. <i>Legea nr. 153/2025 cu privire la medicamente</i> prevede noțiunea de „prescripția medicală” prin care medicul prescrie medicamente pacientului. Înlocuirea acesteia cu termenul „prescripția medicală” asigură uniformitatea terminologică, coerența cu legea-cadru și evitarea unor interpretări divergente în aplicarea normelor.	Se acceptă
2.2. la punctul 19, cuvintele „trei luni” se substituie cu cuvintele „șase luni”;	MS	8	La pct.2.2 , modificarea propusă la punctul 19, care prevede extinderea termenului de prescriere a dispozitivelor medicale compensate de la trei la șase luni nu reflectă diversitatea situațiilor clinice, întrucât nu toți pacienții au necesități identice. O asemenea modificare poate conduce la acumularea unor cantități care să nu fie utilizate integral, în special în caz de schimbare a schemei de tratament, și ar putea diminua posibilitățile de monitorizare și ajustare a tratamentului de către medicul de familie. Totodată, corelarea normelor cu ambalajele disponibile pe piață poate genera efecte indirecte asupra concurenței. Necesitatea tratamentului prescris trebuie să fie în corespundere cu tabloul	Se acceptă parțial: 1) Regulamentul a fost completat cu punctul 19¹ cu următorul cuprins: „19 ¹ . Prin derogare de la prevederile punctului 19, testele și lanțetele pentru determinarea glicemiei în sânge, destinate pacienților diagnosticați cu diabet zaharat de tip 2, pot fi prescrise pentru un termen de utilizare de până la 6 luni.” Modificarea propusă este determinată de discrepanța dintre normele actuale de utilizare a dispozitivelor medicale pentru determinarea glicemiei la pacienții cu

clinic evaluat periodic de medicul specialist. Prin urmare, modificarea propusă se exclude.

diabet zaharat tip 2 (ambalaj N25 pentru o perioadă de 3 luni) și situația reală de pe piață, unde ambalajele corespunzătoare lipsesc. În prezent, testele sunt disponibile preponderent în ambalaje de N50 și N100, care nu pot fi divizate, ceea ce obligă pacienții să procure ambalajul integral și să suporte coplăți semnificative. Din cele 10 modele de teste incluse în Lista dispozitivelor medicale compensate, furnizate de către cinci producători, doar două modele sunt disponibile pe piață în ambalaj N25, ambele implicând coplată.

Această modificare survine **în interesul pacientului**, care în prezent nu are acces la minim o denumire comercială integral compensată, principiu fundamental al politicii promovate de MS și CNAM.

Conform datelor din SI „eRețeta compensată”, în primele 6 luni ale anului 2025 circa 15.000 de pacienți cu diabet zaharat tip 2 au achiziționat teste în ambalaj N50, din cauza imposibilității de divizare, situație ce reflectă un nivel de compensare de doar 50% și determină un impact financiar semnificativ asupra acestora.

Mentținerea termenului actual de 3 luni continuă să genereze costuri

suplimentare pentru pacienți și conduce la o **promovare indirectă** a pozițiilor mai costisitoare care necesită coplăți.

Extinderea termenului de prescriere la 6 luni nu limitează monitorizarea medicală, întrucât norma prevede expres că medicul poate prescrie pentru perioade mai scurte în funcție de tabloul clinic. Totodată, această soluție permite utilizarea eficientă a resurselor AOAM, fără a necesita suplimentarea bugetului.

Modelul României invocat în avizul AMDM nu este relevant pentru Republica Moldova, deoarece Programul național de diabet zaharat al României (PN) prevede pentru pacienții cu diabet zaharat tip.2 tratați cu insulină norma de eliberare 100 teste pentru 3 luni. Pentru pacienții cu diabet zaharat tip.2 tratați cu antidiabetice orale (ADO), PN al României nu prevede asigurarea cu teste pentru monitorizarea glicemiei. Opțiunea de majorare a normelor de eliberare la „50 teste/3 luni” ar presupune un buget dublu pentru dispozitivele medicale respective.

Prin urmare, modificarea propusă este echilibrată și **justificată**

			clinic și economic, protejează pacienții, garantează acces echitabil la tratament, elimină avantajele nejustificate pentru anumiți producători și eficientizează utilizarea resurselor AOAM. Totodată, menționăm că în procesul consultărilor publice cu medicii și farmaciștii, modificarea respectivă a fost susținută.
AMDM	9	La punctul 19, nu se susține extinderea termenului de prescriere a dispozitivelor medicale compensate de la 3 la 6 luni, întrucât propunerile de modificare nu reflectă diversitatea situațiilor clinice, iar pacienții nu au necesități identice. Corelarea normelor cu ambalajele disponibile pe piață nu constituie un argument justificativ. În cazul testelor pentru determinarea glicemiei sistemul de compensare oferă opțiuni de dispozitive medicale în ambalaje de 25 bucăți, chiar dacă pentru unele există o coplată. Statul continuă să compenseze testele, lanțetele, seringile și medicamentele de ultimă generație pentru pacienții cu diabet zaharat; achiziția glucometrului poate fi realizată de pacient. În România, testele menționate se prescriu pentru maximum 3 luni, fapt ce confirmă caracterul corespunzător al termenului actual reglementat. În multe sisteme de sănătate europene, perioada standard de prescriere a dispozitivelor medicale este de 1–3 luni. Mai	Se acceptă parțial (a se vedea argumentele din pct.8 al Sintezei)

			mult, contactul periodic cu medicul pentru reînnoirea prescripției este o ocazie importantă de urmărire a evoluției bolii. Dacă intervalul este extins la 6 luni, se pot pierde oportunități importante de intervenție sau ajustare terapeutică.	
2.3. la punctul 20, textul „10 zile” se substituie cu textul „30 zile”;	MS	10	La pct. 2.3, modificarea propusă la punctul 20, care prevede extinderea termenului de valabilitate a prescripției pentru tratamentul episodic de la 10 la 30 de zile poate influența negativ inițierea rapidă a terapiei, având în vedere că tratamentele pentru maladiile acute necesită acces imediat. Valorificarea tardivă a medicamentelor, după două sau trei săptămâni de la prescriere, poate reduce eficiența și siguranța acestora, iar prelungirea termenului ar putea diminua rolul de supraveghere medicală și de reevaluare rapidă. De asemenea, există riscul de confuzie între regimul aplicabil tratamentelor acute și cel prevăzut pentru afecțiunile cronice. În aceste condiții, modificarea propusă se exclude.	Se acceptă parțial Termenul actual de 10 zile s-a dovedit insuficient în practică, pacienții confruntându-se frecvent cu dificultăți obiective în valorificarea prescripțiilor (lipsa temporară a medicamentelor în farmacie, insuficiența resurselor financiare pentru coplată, mobilitate redusă etc.). În lista medicamentelor compensate pentru tratament episodic (staționar de zi) sunt incluse produse care necesită cure mai lungi decât cele 10 zile prevăzute, cum ar fi tratamentele pentru boala de reflux gastro-esofagian (8 săptămâni), îngrijirile paliative (până la 60 de zile) sau tratamentele pentru lupus eritematos și artrita juvenilă la copil (6–8 săptămâni). În asemenea cazuri, termenul restrâns determină blocaje și generează multiple solicitări de deblocare a rețetelor către CNAM. Extinderea termenului de valabilitate a prescripției nu întârzie inițierea terapiei, întrucât pacientul poate valorifica imediat prescripția, iar

cantitatea prescrisă poate fi ridicată etapizat, în mai multe vizite la farmacie, fără a depăși termenul de valabilitate – funcționalitate deja prevăzută în SI „eRețeta compensată”. În acest mod, termenul extins corespunde duratei reale a curelor de tratament, în special pentru afecțiuni acute și paliative.

Rolul medicului în monitorizare și reevaluare clinică rămâne integral respectat, fiind stabilit de necesitățile pacientului și nu de limitări administrative. În plus, măsura propusă reduce birocrăția și povara administrativă pentru medici, farmaciști și pacienți, prin evitarea reemiterii inutile a prescripțiilor. Este relevant de menționat că, prin Ordinului ministrului sănătății nr. 960/2012 este aprobat Formularul de rețetă nr. 1 care prevede deja un termen de valabilitate de 30 de zile și 2 luni. În consecință, valabilitatea rețetei compensate trebuie să fie armonizată cu cea stabilită pentru rețeta necompensată, pentru a asigura coerență legislativă și unitate de prescriere.

De asemenea, această problemă a fost dezbătută în cadrul ședinței de consultare din 09.06.2025, organizată

			de CNAM, cu participarea MS, precum și a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, unde atât medicii, cât și farmaciștii au subliniat în mod explicit necesitatea extinderii termenului de valabilitate a rețetei. Prin urmare, extinderea valabilității la 30 de zile reprezintă o soluție echilibrată și justificată, aliniată practicii clinice, care garantează acces real și continuu la tratament și reduce blocajele administrative. De comun acord cu MS s-a decis extinderea termenului de valabilitate a prescripției pentru tratamentul episodic de la 10 la 15 zile.
AMDM	11	1. La punctul 20, nu sunt susținute propuneri privind extinderea termenului de valabilitate a prescripției pentru tratamentul episodic de la 10 la 30 de zile. În cazul maladiilor acute, tratamentul este de scurtă durată și trebuie inițiat imediat după prescriere. Medicamente precum antibioticele necesită administrare imediată; amânarea cu până la 30 de zile ar compromite eficiența terapiei și ar putea duce la agravarea stării pacientului sau la necesitatea schimbării schemei de tratament. Din punct de vedere clinic, o prescripție emisă cu 30 de zile în urmă nu mai corespunde stării actuale a pacientului, ceea ce contravine principiului bunei practici medicale și siguranței pacientului.	Se acceptă parțial (a se vedea argumentele din pct. 10 al Sintezei)

Limitarea la 10 zile permite o **verificare atentă a evoluției clinice a pacientului** și, dacă este necesar, ajustarea sau întreruperea tratamentului. Extinderea la 30 de zile poate duce la întârzierea reevaluării medicale și prelungirea inutilă a tratamentului, cu riscuri pentru sănătatea pacientului. Majoritatea sistemelor publice de sănătate stabilesc termene scurte de valabilitate pentru prescripțiile destinate tratamentelor episodice, tocmai pentru a garanta caracterul prompt, precis și eficient al acestora. Extinderea la 30 de zile ar contraveni acestor bune practici.

Argumentul autorilor privind accesibilitatea fizică și economică a medicamentelor nu ar trebui să fie relevant, având în vedere că, în cadrul sistemului de compensare, există medicamente compensate gratuite pentru copii în cazul maladiilor acute (staționar de zi) și anumite denumiri comerciale gratuite (minimum o DC) pentru adulți, astfel încât pacienții vulnerabili au acces la alternative fără costuri suplimentare. Eventualele situații de lipsă temporară a anumitor denumiri comerciale pot fi remediate prin alegerea altor denumiri, în baza aceleiași DCI. Extinderea termenului nu rezolvă problema de fond a disponibilității, ci doar amână momentul inițierii tratamentului, cu riscuri clinice majore

2.5. se completează cu punctul 36 ¹ cu următorul cuprins: „36 ¹ . Pentru formele farmaceutice altele decât cele solide perorale, eliberarea se face doar în ambalaje primare întregi, iar cantitatea prescrisă se determină prin rotunjire în plus, astfel încât să asigure acoperirea integrală a duratei tratamentului.”	MS	12	Referitor la propunerea de completare cu punctul 36 ¹ , considerăm că norma este redundantă, întrucât pentru majoritatea formelor farmaceutice (lichide orale, unguente, picături oftalmice etc.) eliberarea se efectuează deja în ambalaje primare întregi. Singura categorie unde apare în mod real problema divizării este reprezentată de soluțiile injectabile ambalate multiplu (fiole/flacoane). În acest sens, propunem integrarea acestei situații în redactarea pct. 36, fără crearea unui punct distinct.	De comun accord cu MS s-a decis ca norma de la pct. 36 ¹ să rămână neschimbată, deoarece va oferi: • claritate și uniformitate normativă: reglementarea expresă elimină ambiguitățile și asigură o practică unitară la nivel național; • adaptare tehnică: Sistemul informațional „eRețeta pentru medicamente și dispozitive medicale compensate” este deja configurat să efectueze automat conversia cantităților prescrise în număr de ambalaje întregi, prin rotunjire în sus, ceea ce dovedește necesitatea alinierii cadrului legal la realitatea tehnică; • securitate farmaceutică: norma elimină riscul eliberărilor fracționate, care pot afecta calitatea și siguranța produselor (în special în cazul soluțiilor injectabile multiplu ambalate). Instituirea unei norme distincte are rolul de a conferi forță juridică unei practici deja consacrate și de a evita interpretările selective.
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				
3.1.2. la subpunctul 23) cuvintele „sau	MS	13	La pct. 3.1.2, modificarea propusă la subpct.23), care prevede că Prestatorul este	De comun accord cu MS s-a decis ca norma de modificare a pct. 3.1

lichidare a Prestatorului” se substituie cu textul „ , lichidare a Prestatorului sau obținerea deciziei de neacreditare”;			obligat să comunice CNAM, în termen de cel mult 3 zile lucrătoare de la obținerea deciziei de neacreditare, considerăm a fi inoportună, atâta timp cât, CNAM deține informația în cauză, fiind solicitat certificatul de acreditare în procesul examinării ofertelor prezentate de către prestatorii de servicii medicale pentru încadrarea în sistemul AOAM.	subpct. 23) să rămână neschimbată, or vizează obligația de informare a CNAM de către prestatorii cărora le-a expirat perioada de valabilitate a certificatului de acreditare și nu au întreprins măsurile necesare pentru a demara procedura de acreditare în conformitate cu Regulamentul privind realizarea procedurii de evaluare și acreditare în sănătate, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 561/2025. Totodată, norma conexă de la pct. 4.3 a fost ajustată în contextul obiecției MS.
3.2. punctul 4.3 se completează cu subpunctul 4) cu următorul cuprins: „4) la expirarea termenului de valabilitate a certificatului de acreditare.”	MS	14	La pct. 3.2 , modificarea propusă la pct.4.3, care prevede că CNAM poate diminua mărimea avansului sau suspenda achitarea acestuia în cazul expirării termenului de valabilitate a certificatului de acreditare, considerăm necesar a fi exclusă din motiv că, prevederea în cauză poate afecta și prestatorii cărora li s-a prelungit perioada de acreditare, conform prevederilor pct.16.4.1. din Regulamentul privind realizarea procedurii de evaluare și acreditare în sănătate, aprobat prin ordinul ministrului sănătății nr. 561 din 25.06.2025.	Se acceptă Norma de modificare a fost ajustată și coordonată în ordine de lucru cu MS.

3.3. la punctul 5.4 textul „, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative,” se exclude;	MS	15	La pct. 3.3, întru responsabilizarea prestatorilor de servicii medicale, propunem expunerea pct.5.4 în următoarea redacție: „5.4. Prestatorul este obligat să restituie persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta, justificate documentar, pentru serviciile medicale care nu au fost prestate conform serviciilor medicale contractate cu CNAM.”.	De comun accord cu MS s-a decis ca norma de modificare a pct. 5.4 să rămână neschimbată, întrucât proiectul nu instituie un drept nou al CNAM, ci stabilește că, la fel, ca și prestatorii de servicii medicale, CNAM va restitui persoanei asigurate cheltuielile suportate de aceasta în baza documentelor justificative prezentate, dar nu <i>în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative, astfel cum prevede cadrul normativ în vigoare.</i>
3.4. punctul 6.2 va avea următorul cuprins: „6.2. Contractul este valabil 3 ani de la ____ 202_ până la ____ 202_ cu ajustarea anuală a perioadei de acordare a asistenței medicale în conformitate cu volumul de servicii medicale negociat.”		16	Proiectul prevede extinderea termenului de valabilitate a Contractului de acordare a asistenței medicale încheiat cu prestatorii de servicii medicale de la un an la trei ani, ceea ce presupune riscuri financiare semnificative atât pentru CNAM, cât și pentru prestatori și, în același timp, poate afecta procesul de contractare a volumului real necesar de servicii medicale. Motiv pentru care propunem excluderea punctelor 3.4, 3.5 și 3.6 din proiect.	Nu se acceptă Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală este un contract administrativ, supus regimului juridic de drept public. O parte din clauzele acestuia sunt stabilite prin Hotărâre de Guvern, deci au un caracter obligatoriu, iar alte clauze, cum ar fi suma contractuală, volumul și condițiile speciale de prestare a serviciilor contractate, se negociază de către părți. În aceste condiții, proiectul prevede semnarea contractului pe un termen de trei ani. Totodată, anual, prin acord adițional, în corelare cu legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență

3.5. se completează cu punctul 6.3 cu următorul cuprins: „6.3. Perioada de acordare a asistenței medicale de la ____202__ până la ____202__”. 3.6. la pct. 7.2, după cuvântul „contractuale”, se introduce textul „ , neacceptarea volumului serviciilor medicale sau a tarifelor la serviciile medicale negociate”.				medicală și volumul real de servicii medicale necesare, părțile vor stabili clauzele negociate: suma contractuală, volumul de asistență medicală contractat, tarifele serviciilor medicale, condițiile speciale de prestare a serviciilor contractate și perioada de acordare a asistenței medicale Această modificare a fost susținută de prestatorii de servicii medicale în cadrul întrunirii consultative din 18 septembrie 2025, or va garanta continuitatea relațiilor contractuale în cadrul sistemul de asigurare obligatorie de asistență medicală și va garanta accesul populației la servicii medicale.
	MMPS	17	La subpunctele 3.4. și 3.5. textul „până la ____202__” se propune a fi substituit cu textul „până la ____20__	Se acceptă
Nota de fundamentare				
	MMPS	18	Se propune reformularea unuia din scopurile proiectului, expuse în Nota de fundamentare. Astfel, textul ”degrevarea personalului medical și farmaceutic de sarcini administrative repetate;” urmează a fi substituit cu textul ”optimizarea volumului de sarcini	Se acceptă

			administrative repetate ale personalului medical și farmaceutic;”. Propunerea respectivă este determinată de faptul că termenul de ”degrevare” este o noțiune distinctă a legislației muncii, care nu corespunde sensului utilizat în Nota de fundamentare.	
	MAI		Lipsa de obiecții și propuneri	
	MDED		Lipsa de obiecții și propuneri	
	INJ		Lipsa de obiecții și propuneri	
	MF		Lipsa de obiecții și propuneri	
Expertiza juridică și anticorupție				
	MJ Raport de expertiză juridică nr. 04/1- 10599 din 29.10.2025	19	Sub aspectul intenției de reglementare, proiectul de act normativ 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 căroră 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 asigurator 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. Astfel, din punct de vedere conceptual, comunicăm lipsa propunerilor și obiecțiilor de ordin juridic.	

			Din punct de vedere redacțional, expunem următoarele: La sbp. 1.1 textul „punctele 3, 4 și 5” se va substitui cu textul „punctele 3-5”, deoarece enumerarea a mai mult de două elemente structurale consecutive se redă prin cratimă. La sbp. 2.2.1, întru corectitudinea redactării, termenul „cuvântul” se va substitui cu termenul „cuvintele”. La sbp. 2.3 cuvântul „subpunctul” se va substitui cu cuvântul „punctul”. La pct. 4 se vor exclude cuvintele „data de”, ca fiind inutile.	Se acceptă
	CNA Raport de expertiză anticorupție nr.EHG25/10935 din 05.11.2025	20	Proiectul a fost elaborat de către Compania Națională de Asigurări în Medicină și are drept scop 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 mărirea, 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”. Prin proiect se propune modificarea Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1246/2018, Regulamentului privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.106/2022 și a Contractului-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. 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	
	MEC, MF, MMPS. MS, AMDM	Lipsa de obiecții și propuneri la proiectul definitivat	

Director general

Ion DODON