



Către: Dnul Pavel Filip
Prim-ministru al Republicii Moldova

Dna Ruxanda Glavan
Ministru al Sănătății

Dnul Dumitru Parfentiev
Director General
Compania Națională de Asigurări în Medicină

Nr. 29 din 23 martie 2017

Ref: Dezvoltarea cadrului normativ necesar aplicării mecanismului de contribuție directă a pacientului la costul serviciilor prestate de instituțiile medico-sanitare private în cadrul sistemului asigurării medicale obligatorii

Stimate Domnule Prim-ministru,
Stimată Doamna Ministru,

Vă salutăm din numele Asociației Patronale "Camera de Comerț Americană din Moldova" (în continuare „AmCham Moldova”).

Prin prezenta scrisoare, supunem atenției Dvs. problema absenței cadrului legal necesar pentru funcționarea unui sistem de contribuție directă din partea pacientului, care să permită ultimului să achite excedentul dintre prețul serviciului prestat de către o instituție medico-sanitară privată și costul acoperit de asigurarea medicală obligatorie pentru acel serviciu. În cele ce urmează, vom prezenta o descriere succintă a cadrului normativ relevant și deficiențelor practice atestate.

- **Existența diferențelor de cost între serviciile prestate de către instituțiile medico-sanitare**

În conformitate cu art. 13 din Legea nr. 1585-XIII din 27.02.1998, cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (în continuare „Legea nr. 1585/1998”), „*în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală se acordă de prestatorii de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația*”.

În același timp, principiile de administrare a activității, costul componentelor individuale (pe articole) ale prețului serviciilor prestate și indicatorii de performanțe pot fi diferite în funcție de instituția medico-sanitară. Aceste diferențe de cost pot fi datorate, cu titlu de exemplu, variațiilor în cheltuielile suportate de instituțiile publice și private pentru: (i) achitarea salariilor personalului medical, (ii) cheltuielile aferente cazării și alimentației oferite în cadrul tratamentului staționar, în funcție de standardele aplicate de către fiecare instituție medico-sanitară, sau (iii) investițiile în achiziționarea și întreținerea dispozitivelor medicale.

- **Dreptul pacientului de a alege prestatorul de servicii medicale**

Norma art.25 alin. (1) din Legea ocrotirii sănătății, nr.411-XIII din 28 martie 1995, garantează dreptul cetățenilor la libera alegere a instituției medico-sanitare, stipulând că „*cetățenii Republicii Moldova au dreptul la libera alegere a medicului, a*

instituției medicale și a formei de asistență medicală". Totodată, același articol precizează că „cetățenii Republicii Moldova au dreptul să solicite asistență medicală instituțiilor medico-sanitare cu orice tip de proprietate și formă de organizare juridică, atât din țară, cât și din străinătate (...)”.

În acest context, este important de a-i garanta pacientului posibilități de a-și exercita acest drept de alegere liberă a prestatorului de servicii medicale, care să-i acorde asistența prevăzută în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, achitând direct excedentul dintre prețul stabilit de instituția medico-sanitară privată, pe de o parte, și costul serviciului acoperit din fonduri publice, pe de altă parte.

Legalizarea mecanismului de contribuție voluntară a pacientului la costul serviciului medical va spori accesul populației la serviciile oferite de către instituțiile medicale private, asigurându-i cetățeanului satisfacția de a beneficia de servicii acoperite din mijloacele asigurării obligatorii de asistență medicală în orice instituție aleasă de acesta.

Prevederile cadrului normativ curent, care se opun funcționării sistemului de contribuție a pacientului la acoperirea costul serviciului medical:

1. Achitățile directe sunt permise doar pentru costul serviciilor medicale acordate peste volumul prevăzut în Programul unic

Conform art. 4 alin. (8) din Legea nr. 1585/1998, prestatorii de servicii medicale din sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, sunt instituțiile medico-sanitare, care au încheiat contract de acordare a asistenței medicale cu Compania Națională de Asigurări în Medicină sau cu agențiile ei teritoriale.

Între asigurător și prestatorul de servicii medicale se încheie un contract 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 acordate¹.

În baza cadrului normativ în vigoare, plățile directe din partea pacientului sunt permise doar pentru serviciile care nu sunt prevăzute în volumul Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Or, art. 11 alin. (2) lit. b) din Legea nr. 1585/1998 prevede obligația persoanei asigurate „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 în Programul unic”.

Principiul enunțat este dezvoltat și de actele normative subsidiare legii, care instituie norme imperative ce limitează dreptul instituțiilor medico-sanitare la recuperarea unor costuri suplimentare pentru servicii prestate în volumul stabilit de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

În particular, pct. 4 alin. (5) din Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare „Programul unic”), aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 1387 din 10.12.2007, statuează că, „serviciile medicale, inclusiv spitalicești și de înaltă performanță, prestate de către instituțiile medico-sanitare, vor fi contractate de către Compania Națională de Asigurări în Medicină în baza tarifelor negociate cu acestea, fără a depăși tarifele aprobate de Guvern, și costurile serviciilor medicale, aprobate conform legislației în vigoare. Prestarea serviciilor respective la un cost mai înalt decât cel stipulat în contract și solicitarea de la persoana asigurată a plăților suplimentare nu se permit”.

În același sens, potrivit Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea de Guvern nr. 1636 din 18.12.2002, costul serviciilor

¹ Regimul contractului de acordare a asistenței medicale în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală este prevăzut de art. 7 al Legii nr. 1585-XIII din 27.02.1998.

medicale, acordate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, se stabilește în baza tarifelor aprobate de Guvern, în modul stabilit de legislație.

Tarifele respective sunt conținute în **Catalogul tarifelor unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituțiile medico-sanitare publice, precum și pentru serviciile acoperite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prestate de instituțiile medico-sanitare publice și cele private**, inclus în Anexa nr. 3 la Hotărârea Guvernului nr. 1020 din 29.12.2011, cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare.

2. Volumul serviciilor medicale incluse în Programul unic se reglementează în mod vag și generalizat, pasibil de interpretare extensivă

Volumul asistenței medicale acoperite din fondurile asigurării obligatorii este descris în mod generalizat, incluzând o categorie extinsă de servicii, fără a preciza indicatori sau criterii specifice. Or, însăși dispoziția pct. 2 din Program menționează că **„prin volumul asistenței medicale stabilit în Programul unic se înțelege tipurile de asistență medicală și spectrul general al serviciilor la care au dreptul persoanele asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală”**.

În ceea ce privește serviciile medicale oferite prin internare în spital, potrivit pct. 23 din Programul unic, *„asistența medicală prin internare în spital reprezintă cazul rezolvat care include, de regulă și în corespundere cu actele normative în vigoare, consultații și investigații pentru stabilirea diagnosticului, tratament medical sau chirurgical, îngrijire, medicamente, consumabile, materiale sanitare, cazare și alimentație, acordată în cazurile justificate din punct de vedere medical și epidemiologic (...)”*.

Așa fiind, **Programul unic nu menționează criterii specifice referitoare la calitatea cazării și materialelor sanitare** oferite de instituția medico-sanitară, detalii privind personalul medical implicat, care influențează, corespunzător, cheltuielile instituției pentru retribuirea muncii acestuia, sau calitatea serviciilor auxiliare (e.g. spălătorie), etc. **În aceste condiții, o instituție medico-sanitară privată nu poate defini exact serviciile pe care le prestează peste volumul celor prevăzute în Program și, respectiv, nu poate nici încasa plăți directe aferente comodităților oferite suplimentar, în cadrul sistemului actual de asigurare medicală obligatorie.**

Este de precizat că nici Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, nr. 596/404A din 21.07.2016, nu oferă detalii suficiente asupra volumului serviciilor acordate în cadrul asigurării obligatorii. Cu titlu de exemplu, pct. 101 din aceste Norme metodologice definește cazul tratat ca fiind *„un serviciu medical spitalicesc, exprimat prin cazul rezolvat, care cuprinde: spitalizarea pacientului conform criteriilor stabilite în Programul unic, asigurarea condițiilor hoteliere și alimentația conform normelor alimentare aprobate, stabilirea diagnosticului și aplicarea tratamentului conform standardelor medicale de diagnostic și tratament, protocoalele clinice instituționale sau naționale și finalizat cu externare (cu excepția decesului), după argumentarea prin dovezi clinice, paraclinice (după caz) a stabilizării, ameliorării stării cu prescrierea recomandărilor concrete pentru etapa următoare”*. Același caracter general de reglementare a volumului serviciilor se păstrează în cazul definirii asistenței medicale primare, asistenței specializate de ambulatoriu și serviciilor de înaltă performanță.

• Propuneri de amendamente

Prin această scrisoare, propunem examinarea oportunității de a **legaliza contribuția directă din partea pacientului la acoperirea costului serviciilor prestate de către instituțiile medico-sanitare private în volumul prevăzut de Programul unic**, în partea în care prețul serviciului depășește tariful unic aprobat pentru acoperire din fondurile asigurării medicale obligatorii.

Este de precizat că introducerea mecanismului de contribuție a pacientului la costul serviciului medical se propune doar pentru serviciile medicale planificate, fără extinderea acestui mecanism asupra serviciilor medicale prestate în mod

urgent. **Modalitatea recomandată de intervenție este modificarea art. 11 din Legea nr. 1585-XIII din 27.02.1998, cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.**

Totodată, pentru a garanta dreptul pacientului de a fi informat referitor la posibilitatea de a beneficia de respectivul serviciu la tariful integral acoperit de către asigurarea medicală obligatorie, **propunem stipularea în lege a unor responsabilități suplimentare pentru instituția medico-sanitară privată:**

- (i) **obligația de a informa pacientul privind dreptul acestuia de a beneficia de serviciul medical solicitat la tariful integral acoperit de asigurarea medicală obligatorie, într-o instituție medico-sanitară publică, și**
- (ii) **obligația de a solicita acordul scris al pacientului pentru efectuarea plății adiționale.**

În așteptarea răspunsului Dvs., ne exprimăm speranța și deschiderea spre o colaborare constructivă spre viitor.

Cu respect,



Mila Malairău

Director Executiv

AP „Camera de Comerț Americană din Moldova”