



L E G E
cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

nr. 1585-XIII din 27.02.1998

Monitorul Oficial al R.Moldova nr.38-39/280 din 30.04.1998

* * *

C U P R I N S

Capitolul I
DISPOZIȚII GENERALE

- Articolul 1. Noțiunea de asigurare obligatorie de asistență medicală
- Articolul 2. Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală
- Articolul 3. Obiectul asigurării
- Articolul 4. Subiecții asigurării

Capitolul II
SISTEMUL ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

- Articolul 5. Principiile de organizare a asigurării obligatorii de asistență medicală
- Articolul 6. Polița de asigurare obligatorie de asistență medicală
- Articolul 7. Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală
- Articolul 8. Prestarea serviciilor peste Programul unic
- Articolul 9. Asigurarea obligatorie de asistență medicală a străinilor

Capitolul III
DREPTURILE ȘI OBLIGAȚIILE SUBIECȚILOR ASIGURĂRII
OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

- Articolul 10. Asiguratul
- Articolul 11. Persoana asigurată
- Articolul 12. Compania Națională de Asigurări în Medicină
- Articolul 13. Prestatorii de servicii medicale
- Articolul 14. Răspunderea subiecților sistemului asigurării de asistență medicală
- Articolul 15. Dreptul asigurătorului la acțiune în regres

Capitolul IV
MIJLOACELE FINANCIARE ALE ASIGURĂRII OBLIGATORII
DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ ȘI MODUL LOR DE UTILIZARE

- Articolul 16. Fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală
- Articolul 17. Primele de asigurare obligatorie de asistență medicală
- Articolul 18. Acoperirea cheltuielilor de tratament
- Articolul 19. *Abrogat*
- Articolul 20. Soluționarea litigiilor

Capitolul V
DISPOZIȚII FINALE ȘI TRANZITORII

- Articolul 21. Punerea în aplicare a legii
- Articolul 22. Îndatoririle Guvernului

Notă: În cuprinsul legii, cuvintele "instituție medicală" se substituie prin cuvintele "prestator de servicii medicale" conform Legii nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

[Clauza de emitere completată prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

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.

[Art.1 modificat prin Legea nr.186 din 15.07.2010, în vigoare 06.08.2010]

[Alin.(2) art.1 abrogat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

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 sînt:

- a) asiguratul;
- b) persoana asigurată;
- c) asigurătorul;
- d) prestatorul de servicii medicale.

(2) Asiguratul este persoana fizică sau juridică obligată prin lege să asigure riscul propriu de a se îmbolnăvi și/sau riscul de a se îmbolnăvi al altor categorii de persoane a căror asigurare este de competența lui.

(3) Asigurat pentru persoanele angajate (salariați) este angajatorul.

(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 de vîrstă preșcolară;
- b) elevii din învățămîntul primar, gimnazial, liceal și mediu de cultură generală;
- c) elevii din învățămîntul secundar profesional;
- d) elevii din învățămîntul mediu de specialitate (colegii) cu învățămînt de zi;
- e) studenții din învățămîntul superior universitar cu învățămînt de zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;

- f) rezidenții învățământului postuniversitar obligatoriu și doctoranzii la cursuri de zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;
- g) copiii neîncadrați la învățătură pînă la împlinirea vârstei de 18 ani;
- 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) mame cu patru și mai mulți copii;
- 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) străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.

(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, asigurător 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 instituțiile medico-sanitare, organizațiile (instituțiile) specializate în îngrijiri la domiciliu, inclusiv paliative, 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).

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

- a) instituțiile de învățămînt, indiferent de tipul de proprietate – pentru categoriile indicate la lit.a)-f);
- b) autoritățile administrației publice locale de nivelul întîi – pentru categoriile indicate la lit.g) și la lit.m);
- c) prestatorii publici de asistență medicală primară – pentru categoria indicată la lit.h);
- d) Casa Națională de Asigurări Sociale – pentru categoriile indicate la lit.i), j) (persoane civile) și lit.l);
- e) ministerele de forță, structurile de forță – pentru categoriile indicate la lit.i) și j) (ofițeri);
- f) Agenția Națională pentru Ocuparea Forței de Muncă – pentru categoria indicată la lit.k);
- f¹) Biroul migrație și azil – pentru categoria indicată la lit.o);
- g) alte instituții abilitate, în cazurile prevăzute de legislație.

(10) În procesul ținerii evidenței persoanelor asigurate, asigurătorul poate utiliza informația necesară din Registrul de stat al populației și Registrul de stat al unităților de drept, furnizată în mod gratuit de Ministerul Tehnologiei Informației și Comunicațiilor.

[Art.4 completat prin Legea nr.141 din 14.06.2013, în vigoare 12.07.2013]

[Art.4 modificat prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.4 modificat prin Legea nr.186 din 15.07.2010, în vigoare 06.08.2010]

[Art.4 completat prin Legea nr.22-XVI din 03.02.2009, în vigoare 27.02.2009]

[Art.4 modificat prin Legea nr.259-XVI din 05.12.2008, în vigoare 31.12.2008]

[Art.4 modificat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

[Art.4 completat prin Legea nr.409-XVI din 21.12.2006, în vigoare 01.01.2007]

[Art.4 modificat prin Legea nr.161-XV din 20.05.2004, în vigoare 04.06.2004]

[Art.4 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.4 modificat prin Legea nr.430-XV din 31.10.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.4 completat prin Legea nr.173-XV din 10.04.2003, în vigoare 23.05.2003]

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 beneficiari de asistență medicală) 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 în funcție de necesități;

d) *principiul obligativității*, potrivit căruia persoanele fizice și juridice au, 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 care acordă asistență medicală în sistemul respectiv activează pe principii de autofinanțare și nonprofit.

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

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

(4) În cazul persoanelor neasigurate, cheltuielile pentru asistență medicală urgentă prespitalicească, pentru asistență medicală primară, precum și pentru asistență 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.

[Art.5 modificat prin Legea nr.186 din 15.07.2010, în vigoare 06.08.2010]

[Art.5 modificat prin Legea nr.108-XVI din 17.12.2009, în vigoare 01.01.2010]

[Art.5 modificat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

[Art.5 modificat prin Legea nr.268-XVI din 28.07.2006, în vigoare 08.09.2006]

[Art.5 completat prin Legea nr.577-XV din 26.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.5 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.5 modificat prin Legea nr.430-XV din 31.10.2003, în vigoare 01.01.2004]

Articolul 6. Polița de asigurare obligatorie de asistență medicală

(1) Calitatea de persoană asigurată se confirmă prin eliberarea de către asigurător, în modul stabilit, a poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, în temeiul căreia persoana asigurată beneficiază de volumul integral de asistență medicală, prevăzut în Programul unic și acordat de prestatorii de servicii medicale.

(2) Polița de asigurare este un document de strictă evidență și se eliberează de asigurător în baza:

a) listelor de evidență nominală a persoanelor asigurate angajate, prezentate și actualizate de angajatori;

b) listelor de evidență nominală a persoanelor asigurate din contul statului, prezentate și actualizate de instituțiile abilitate, indicate la art.4 alin.(9);

c) actelor de identitate și altor documente care certifică dreptul de obținere a poliței de către persoanele obligate prin lege să se asigure în mod individual.

(3) Modelul poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală, modul de eliberare și de ținere a evidenței polițelor se aprobă de Guvern.

(4) Acțiunea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală încetează odată cu pierderea calității de persoană asigurată în cazul:

a) pierderii de către persoana asigurată din contul statului a dreptului de domiciliere în Republica Moldova;

b) expirării termenului de valabilitate a poliței;

c) decesului persoanei asigurate.

(5) Acțiunea poliței de asigurare obligatorie de asistență medicală se suspendă în cazul:

a) radierii de către angajator sau instituția abilitată, stabilită la art.4 alin.(9), a persoanei asigurate din lista de evidență nominală;

b) suspendării, în temei legal, a activității unității;

c) încorporării în serviciul militar în termen;

d) acordării, pe parcursul unui an calendaristic, a concediului neplătit cu o durată mai mare de 60 de zile calendaristice;

[Lit.e) abrogată prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

f) suspendării contractului individual de muncă din inițiativa salariatului, cu excepția cazurilor de aflare în concediu parțial plătit pentru îngrijirea copilului până la vârsta de 3 ani și de aflare în concediu pentru îngrijirea unui membru bolnav al familiei cu durata de până la un an, conform certificatului medical.

(6) Salariații ale căror polițe de asigurare obligatorie de asistență medicală au fost suspendate conform alin.(5) lit.b), d) și f) se atribuie la categoriile de persoane care se asigură în mod individual.

[Art.6 modificat prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.6 modificat prin Legea nr.186 din 15.07.2010, în vigoare 06.08.2010]

[Art.6 în redacția Legii nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

[Art.6 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

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.

[Art.7 modificat prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.7 completat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.7 completat prin Legea nr.173-XV din 10.04.2003, în vigoare 23.05.2003]

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 și din mijloacele cetățenilor.

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

[Art.8 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.8 modificat prin Legea nr.430-XV din 31.10.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.8 modificat prin Legea nr.333-XV din 24.07.2003, în vigoare 19.09.2003]

Articolul 9. Asigurarea obligatorie de asistență medicală a străinilor

(1) Străinii specificați la art.2 alin.(1) lit.a)–f) 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, străinii titulari ai dreptului de ședere permanentă în Republica Moldova, precum și refugiații și beneficiarii de protecție umanitară 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.

(2) Străinii cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova pentru reîntregirea familiei, pentru studii, pentru activități umanitare sau religioase au obligația de a se asigura în mod individual, achitînd 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) Calitatea de asigurat și drepturile de asigurare încetează 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.

[Art.9 în redacția Legii nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.9 în redacția Legii nr.259-XVI din 05.12.2008, în vigoare 31.12.2008]

[Art.9 în redacția Legii nr.400-XVI din 14.12.2006, în vigoare 31.12.2006]

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 notarii publici, executorii judecătorești și avocații, este obligat:

a) în cazul unităților și al persoanelor fizice, altele decît cele înregistrate de către organul înregistrării de stat, al notarilor publici, al executorilor judecătorești și al avocaților, 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 obținerii certificatului de înregistrare, a licenței de notar, de executor judecătoresc sau de avocat;

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 asigurătorului direct sau, în cazul în care asigurat este Guvernul, prin intermediul instituțiilor abilitate, indicate la art.4 alin.(9), listele de evidență nominală a persoanelor asigurate, conform modelului stabilit de asigurător;

e) să comunice în scris asigurătorului orice angajare, demisie, concediere și/sau alte schimbări survenite în listele de evidență nominală a persoanelor asigurate, pînă la data de 7 a lunii următoare celei în care au avut loc schimbările;

f) să distribuie polițele de asigurare obligatorie de asistență medicală, sub semnătură, fiecăruia dintre angajații săi în termen de 5 zile de la data recepționării acestora de la agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

[Art.10 modificat prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.10 completat prin Legea nr.37 din 07.03.2012, în vigoare 30.03.2012]

[Art.10 modificat prin Legea nr.127 din 18.06.2010, în vigoare 03.09.2010]

[Art.10 modificat prin Legea nr.280-XVI din 14.12.2007, în vigoare 30.05.2008]

[Art.10 modificat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

[Art.10 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

Articolul 11. Persoana asigurată

(1) Persoana asigurată are dreptul:

- a) să aleagă prestatorul de servicii medicale primar și medicul de familie;
- b) să i se acorde asistență medicală pe întreg teritoriul Republicii Moldova;
- c) să beneficieze de servicii medicale în volumul și de calitatea prevăzute în Programul unic, indiferent de mărimea primelor de asigurare achitate;
- d) să intenteze acțiuni asiguratului, asigurătorului, prestatorului de servicii medicale, inclusiv pentru a obține compensarea materială a prejudiciului cauzat din culpa acestora.

(2) Persoana asigurată este obligată:

- a) să păstreze polița de asigurare obligatorie de asistență medicală și să o prezinte în cazul când se adresează prestatorului de servicii medicale;
- 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 în Programul unic;
- c) să fie înregistrată la un medic de familie.

[Art.11 modificat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

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:

[Lit.a) abrogată prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

- 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 atribuție la medicină și sănătate;
- e¹) să angajeze de la bugetele/să acorde bugetelor gestionate prin Contul Unic Trezorerial, pe bază contractuală, împrumuturi pentru procurarea hîrtilor de valoare de stat sau împrumuturi la condiții identice cu investițiile în hîrtilor de valoare de stat cu scadență în același an bugetar;
- f) să verifice respectarea de către angajatori a legislației la includerea angajaților în listele de evidență nominală a persoanelor angajate și la prezentarea acestora agențiilor teritoriale (ramurale) pentru activarea/dezactivarea polițelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, precum și să identifice persoanele fizice care au obligația să se asigure în mod individual și să le tragă la răspundere contravențională pentru neîndeplinirea obligațiilor stabilite de legislație.

(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;
- a¹) să încheie cu prestatorii de servicii medicale contracte de acordare a asistenței medicale persoanelor asigurate;

- b) să elibereze, în modul stabilit, polițe de asigurare obligatorie de asistență medicală;
- 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;
- d) să apere interesele persoanelor asigurate;
- e) să încheie contracte de reasigurare.

[Art.12 completat prin Legea nr.324 din 23.12.2013, în vigoare 01.01.2014]

[Art.12 modificat prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.12 modificat prin Legea nr.186 din 15.07.2010, în vigoare 06.08.2010]

[Art.12 modificat prin Legea nr.259-XVI din 05.12.2008, în vigoare 31.12.2008]

[Art.12 modificat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

[Art.12 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

Articolul 13. Prestatorii de servicii medicale

În cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, asistența medicală se acordă de prestatorii de servicii medicale, indiferent de tipul de proprietate și formă juridică de organizare, care activează în conformitate cu legislația.

[Art.13 în redacția Legii nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.13 modificat prin Legea nr.333-XV din 24.07.2003, în vigoare 19.09.2003]

[Art.13 modificat prin Legea nr.173-XV din 10.04.2003, în vigoare 23.05.2003]

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) Asigurătorul 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) Asigurătorul achită serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale în modul și în termenele prevăzute în contractele încheiate cu ei, 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, în conformitate cu legislația și cu clauzele contractului, pentru volumul și calitatea serviciilor medicale prestate, pentru refuzul de a acorda asistență medicală persoanelor asigurate, pentru gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală și pentru împiedicarea exercitării de către asigurat a funcțiilor sale de control.

(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 controalelor 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.

[Art.14 completat prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.14 modificat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

[Art.14 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

Articolul 15. Dreptul asiguratului 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.

[Art.15 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

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;
- 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.

(2) Compania Națională de Asigurări în Medicină are dreptul să investească mijloacele bănești temporar disponibile ale fondurilor menționate în hîrtii de valoare de stat și depozite bancare. Venitul obținut din atare investiții va fi utilizat pentru completarea acestor fonduri.

(2¹) Soldurile de mijloace bănești constituite în urma executării fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală în anul bugetar precedent se transferă pentru anul de gestiune următor, fiind repartizate prin legea anuală a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală sau prin rectificarea legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul respectiv, conform următoarelor cote: 25% – în fondul pentru achitarea serviciilor medicale, 25% – în fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală, 50% – în fondul de dezvoltare și modernizare a prestatorilor publici de servicii medicale. Consiliul de administrare al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va monitoriza corectitudinea distribuirii și utilizării soldurilor de mijloace bănești.

(3) Mijloacele financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală nu intră în componența bugetelor și altor fonduri și 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.

(5) Cota maximă a cheltuielilor prevăzute pentru salarizarea angajaților instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și principiile și criteriile pentru determinarea coeficientului de multiplicare se stabilesc anual prin negocieri între Ministerul Sănătății, Compania Națională de Asigurări în Medicină, sindicatul de ramură, separat pe tipuri de asistență medicală.

(6) Salariul tarifar pentru categoria I de calificare pentru angajații instituțiilor medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se stabilește anual prin legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, în funcție de posibilitățile financiare ale fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală.

[Art.16 completat prin Legea nr.54 din 03.04.2014, în vigoare 16.05.2014]

[Art.16 completat prin Legea nr.83 din 13.04.2012, în vigoare 18.05.2012]

[Art.16 modificat prin Legea nr.186 din 15.07.2010, în vigoare 06.08.2010]

[Art.16 modificat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

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 o plătească asigurătorului 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 asigurătorului.

(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) Mărirea 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 angajatorului și angajatului.

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

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

[Art.17 modificat prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.17 modificat prin Legea nr.286-XVI din 20.12.2007, în vigoare 01.01.2008]

[Art.17 modificat prin Legea nr.268-XVI din 28.07.2006, în vigoare 08.09.2006]

[Art.17 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

[Art.17 modificat prin Legea nr.430-XV din 31.10.2003, în vigoare 01.01.2004]

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 prestatorul 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 prestatorul 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.

[Art.18 modificat prin Legea nr.77 din 12.04.2013, în vigoare 01.07.2013]

[Art.18 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

Articolul 19. Impozitarea subiecților asigurării obligatorii de asistență medicală

[Art.19 abrogat prin Legea nr.268-XVI din 28.07.2006, în vigoare 08.09.2006]

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.

[Art.22 modificat prin Legea nr.549-XV din 25.12.2003, în vigoare 01.01.2004]

PREȘEDINTELE PARLAMENTULUI

Dumitru MOȚPAN

Chișinău, 27 februarie 1998.

Nr.1585-XIII.

Legile Republicii Moldova

1585/27.02.98 Lege cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală //Monitorul Oficial 38-39/280,
30.04.1998