



Republica Moldova

PARLAMENTUL

LEGE Nr. 1585
din 27.02.1998

cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală

Publicat : 30.04.1998 în Monitorul Oficial Nr. 38-39 art Nr : 280

MODIFICAT

[LP54 din 03.04.14, MO115-119/16.05.14 art.300](#)
[LP324 din 23.12.13, MO320-321/31.12.13 art.871; în vigoare 01.01.14](#)
[LP141 din 14.06.13, MO146-151/12.06.13 art.460](#)
[LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13](#)
[LP83 din 13.04.12, MO93-98/18.05.12 art.321](#)
[LP37 din 07.03.12, MO60-62/30.03.12 art.195](#)
[LP127 din 18.06.10, MO155-158/03.09.10 art.543](#)
[LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492](#)
[LP108-XVIII din 17.12.09, MO193-196/29.12.09 art.609; în vigoare 01.01.10](#)
[LP22-XVI din 03.02.09, MO45-46/27.02.09 art.127](#)
[LP259-XVI din 05.12.08, MO237-240/31.12.08 art.862](#)
[LP280-XVI din 14.12.07, MO94-96/30.05.08 art.349](#)
[LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08](#)
 [LP409-XVI din 21.12.06, MO203-206/31.12.06 art.989](#)
 [LP400-XVI din 14.12.06, MO203-206/31.12.06 art.983](#)
 [LP268 -XVI din 28.07.06, MO142-145/08.09.06 art.702](#)
 [LP161-XV din 20.05.04, MO88-90/04.06.04 art.469](#)
 [LP577-XV din 26.12.03, MO6-12/01.01.04 art.86, în vigoare 01.01.04](#)
 [LP549-XV din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68](#)
 [LP430-XV din 31.10.03, MO239-242/05.12.03 art.956, în vigoare 01.01.04](#)
 [LP333-XV din 24.07.03, MO200/19.09.03, art.773](#)
 [LP173-XV din 10.04.03, MO87/23.05.03 art.404](#)

NOTĂ:

În cuprinsul legii, cuvintele "instituție medicală" se substituie prin cuvintele "prestator de servicii medicale" prin [LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68](#)

Parlamentul adoptă prezenta lege organică.

Capitolul I
DISPOZIȚII GENERALE

Articolul 1. Noțiunea de asigurare obligatorie de asistență medicală

(1) Asigurarea obligatorie de asistență medicală reprezintă un sistem autonom garantat de stat de protecție financiară a populației în domeniul ocrotirii sănătății prin constituirea, pe principii de solidaritate, din contul primelor de asigurare, a unor fonduri bănești destinate pentru acoperirea cheltuielilor de tratare a stărilor condiționate de survenirea evenimentelor asigurate (maladie sau afecțiune). Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală oferă cetățenilor Republicii Moldova posibilități egale în obținerea asistenței medicale oportune și calitative.

[Art.1 al.(1) modificat prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

[Art.1 al.(2) exclus prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

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) prestator 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.

[Art.4 al.(2) în redacția LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

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

[Art.4 al.(3) în redacția LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

[Art.4 al.(3) modificat prin LP173 din 10.03.03, MO87/23.05.03 art.404]

(4) Guvernul are calitatea de asigurat pentru următoarele categorii de persoane neangajat 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;

[Art.4 al.(4), lit.e) modificată prin LP141 din 14.06.13, MO146-151/12.06.13 art.460]

f) rezidenții învățămîntului postuniversitar obligatoriu și doctoranzii la cursuri de zi, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării;

[Art.4 al.(4), lit.f) modificată prin LP141 din 14.06.13, MO146-151/12.06.13 art.460]

[Art.4 al.(4), lit.f) modificată prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

[Art.4 al.(4), lit.f) introdusă prin LP161-XV din 20.05.04, MO88-90/04.06.04 art.469; lit.f) devine g)]

g) copiii neîncadrați la învățătură pînă la împlinirea vârstei de 18 ani;

h) gravidele, parturientele și lăuzele;

[Art.4 al.(4), lit.h) introdusă prin LP161-XV din 20.05.04, MO88-90/04.06.04 art.469; lit.g)- i) devin lit. i)- k)]

i) persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii;

[Art.4 al.(4), lit.i) în redacția LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

j) pensionari;

k) șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă;

[Art.4 al.(4), lit.k) în redacția LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.4 al.(4), lit.k) în redacția LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

l) persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane;

[Art.4 al.(4), lit.l) în redacția LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.4 al.(4), lit.l) modificată prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

m) mame cu patru și mai mulți copii;

[Art.4 al.(4), lit.m) în redacția LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

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

[Art.4 al.(1), lit.n) introdusă prin LP22-XVI din 03.02.09, MO45-46/27.02.09 art.127]

o) străinii beneficiari ai unei forme de protecție incluși într-un program de integrare, în perioada desfășurării acestuia.

[Art.4 al.(4), lit.o) introduă prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.4 al.(4) modificat prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

(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.

[Art.4 al.(6) în redacția LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.4 al.(6) modificat prin LP259-XVI din 05.12.08, MO237-240/31.12.08 art.862]

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

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

[Art.4 al.(8) modificat prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

[Art.4 modificat prin LP409-XVI din 21.12.06, MO203-206/31.12.06 art.989]

[Art.4 modificat prin LP161-XV din 20.05.04, MO88-90/04.06.04 art.469]

[Art.4 modificat prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

(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 întâi - pentru categoriile indicate la lit.g) și la lit.m);

[Art.4 al.(9), lit.b) modificată prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.4 al.(9), lit.b) modificată prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

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);

[Art.4 al.(9), lit.d) modificată prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

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);

f^l) Biroul migrație și azil – pentru categoria indicată la lit. o);

[Art.4 al.(9), lit.f^l) introdusă prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

g) alte instituții abilitate, în cazurile prevăzute de legislație.

[Art.4 al.(9) introdus prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104, în vigoare 01.01.08]

(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 al.(10) modificat prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.4 al.(10) introdus prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

[Art.4 modificat prin LP430 din 31.10.03, MO239-242/05.12.03 art.956]

[Art.4 modificat prin LP173 din 10.04.03, MO87/23.05.03 art.404]

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.

[Art.5 al.(1) în redacția LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

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

[Art.5 al.(2) modificat prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104, în vigoare 01.01.08]

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

[Art.5 al.(3) modificat prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

[Art.5 al.(3) în redacția LP430 din 31.10.03, MO239-242/05.12.03 art.956]

(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 al.(4) în redacția LP108-XVIII din 17.12.09, MO193-196/29.12.09 art.609; în vigoare 01.01.10]

[Art.5 al.(4) modificat prin LP268 -XVI din 28.07.06, MO142-145/08.09.06 art.702]

[Art.5 al.(4) introdus prin LP577 din 26.12.03, MO6-12/01.01.04 art.86, în vigoare 01.01.04]

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.

[Art.6 al.(4) în redacția LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

(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;

[Art.6 al.(5), lit.e) abrogată prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

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 durată de până la un an, conform certificatului medical.

[Art.6 al.(5) introdus prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

(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 al.(6) introdus prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.6 în redacția LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

[Art.6 modificat prin LP549 din /25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

Articolul 7. Contractul de acordare a asistenței medicale
(de prestare a serviciilor medicale) în cadrul
asigurării obligatorii de asistență medicală

(1) Între asigurător și prestator 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.

[Art.7 al.(1) modificat prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.7 al.(1) modificat prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

[Art.7 al.(1) modificat prin LP173 din 10.04.03, MO87/23.05.03 art.404]

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

Articolul 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.

[Art.8 al.(2) modificat prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

[Art.8 al.(2) modificat prin LP333 din 24.07.03, MO200/19.09.03, art.773]

(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 prestator de servicii medicale.

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

[Art.8 al.(5) modificat prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

[Art.8 al.(5) modificat prin LP430 din 31.10.03, MO239-242/05.12.03 art.956]

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

Articolul 9. Asigurarea obligatorie de asistență
medicală a străinilor

(1) Străinii specificați la art. 2 alin. (1) lit. a)–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, achitând prima de asigurare obligatorie de asistență medicală similar cetățenilor Republicii Moldova care achită prima de asigurare stabilită în sumă fixă, dacă tratatele internaționale nu prevăd altfel.

(3) 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 LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.9 în redacția LP259-XVI din 05.12.08, MO237-240/31.12.08 art.862]

[Art.9 în redacția LP400-XVI din 14.12.06, MO203-206/31.12.06 art.983]

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.

[Art.10 al.(1) în redacția LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

(2) Asiguratul, inclusiv notarii publici, executorii judecătorești și avocații, este obligat:

[Art.10 al.(2) modificat prin LP37 din 07.03.12, MO60-62/30.03.12 art.195]

[Art.10 al.(2) modificat prin LP127 din 18.06.10, MO155-158/03.09.10 art.543]

a) în cazul unităților și al persoanelor fizice, altele decât 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;

[Art.10 al.(2), lit.a) modificată prin LP37 din 07.03.12, MO60-62/30.03.12 art.195]

[Art.10 al.(2), lit.a) în redacția LP127 din 18.06.10, MO155-158/03.09.10 art.543]

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;

[Art.10 al.(2), lit.e) în redacția LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.10 al.(2), lit.e) în redacția LP280-XVI din 14.12.07, MO94-96/30.05.08 art.349]

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 al.(2), lit.f) introdusă prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.10 modificat prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104, în vigoare 01.01.08]

[Art.10 modificat prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

Articolul 11. Persoana asigurată

(1) Persoana asigurată are dreptul:

a) să aleagă prestatorul de servicii medicale primară și medicul de familie;

[Art.11 al.(1), lit.(a) modificată prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104, în vigoare 01.01.08]

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 al.(2), lit.(c) introdusă prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104, în vigoare 01.01.08]

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.

[Art.12 al.(1) în redacția LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

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

[Art.12 al.(2), lit.a) exclusă prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

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.

[Art.12 al.(2), lit.e) în redacția LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

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 hîrțile cu valoare de stat cu scadență în același an bugetar;

[Art.12 al.(2), lit.e¹) introdusă prin LP324 din 23.12.13, MO320-321/31.12.13 art.871; în vigoare 01.01.14]

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.

[Art.12 al.(2), lit.f) introdusă prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

(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;

[Art.12 al.(3), lit.a) în redacția LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.12 al.(3), lit.a) modificată prin LP259-XVI din 05.12.08, MO237-240/31.12.08 art.862]

[Art.12 al.(3), lit.a) în redacția LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare

01.01.08]

[Art.12 al.(3) lit.a) modificată prin LP549/25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

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

[Art.12 al.(3), lit.a¹) introdusă prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

b) să elibereze, în modul stabilit, polițe de asigurare obligatorie de asistență medicală;

[Art.12 al.(3) lit.b) modificată prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

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;

[Art.12 al.(3), lit.c) în redacția LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

d) să apere interesele persoanelor asigurate;

e) să încheie contracte de reasigurare.

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 LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

[Art.13 modificat prin LP333 din 24.07.03, MO200/19.09.03 art.773]

[Art.13 modificat prin LP173 din 10.04.03, MO87/23.05.03 art.404]

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.

[Art.14 al.(1) în redacția LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

(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 ele, dar nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată. Răspunderea pentru achitarea cu întârziere este stipulată în contract.

(4) Prestatorii de servicii medicale răspund, 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 asigurător a funcțiilor sale de control.

(5) Nu se admite defaectarea 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 defaectată, depistată în urma controalelor efectuate, se va percepe suma defaectată 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 al.(5) introdus prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.14 al.(4) în redacția LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

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 LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

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:

[Art.16 al.(1) modificat prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

- a) fondul pentru achitarea serviciilor medicale;
- b) fondul de rezervă al asigurării obligatorii de asistență medicală;
- c) fondul măsurilor de profilaxie.

[Art.16 al.(1) modificat prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

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

[Art.16 al.(1), lit.d) introdusă prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

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

[Art.16 al.(1), lit.e) introdusă prin LP186 din 15.07.10, MO138-140/06.08.10 art.492]

(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.

[Art.16 al.(2¹) introdus prin LP83 din 13.04.12, MO93-98/18.05.12 art.321]

(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.

[Art.16 al.(5) introdus prin LP54 din 03.04.14, MO115-119/16.05.14 art.300]

(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 al.(6) introdus prin LP54 din 03.04.14, MO115-119/16.05.14 art.300]

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 asiguratorului pentru preluarea riscului asigurat al persoanei, conform prevederilor legislației.

[Art.17 al.(1) în redacția LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

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

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

[Art.17 al.(3) în redacția LP268 -XVI din 28.07.06, MO142-145/08.09.0 art.702]

(4) Mărimea primei de asigurare în formă de sumă fixă se calculează prin aplicarea primei de asigurare în formă de contribuție procentuală la salariul mediu anual, prognozat pentru anul respectiv în baza indicatorilor macroeconomici.

[Art.17 al.(4) în redacția LP268 -XVI din 28.07.06, MO142-145/08.09.0 art.702]

(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 mărimea salariului lui, și începe din momentul încheierii contractului de muncă.

[Art.17 al.(5) exclus prin LP430 din 31.10.03, MO239-242/05.12.03 art.956; al.(6)-(7) devin al.(5)-(6)]

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

[Art.17 al.(8) abrogat prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.17 al.(8) modificat prin LP286-XVI din 20.12.07, MO37-39/22.02.08 art.104; în vigoare 01.01.08]

[Art.17 modificat prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

Articolul 18. Acoperirea cheltuielilor de tratament

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

[Art.18 al.(1) modificat prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

(2) Asiguratorul 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 asiguratorul 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 al.(5) modificat prin LP77 din 12.04.13, MO125-129/14.06.13 art.398; în vigoare 01.07.13]

[Art.18 modificat prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

[Art.19 exclus prin LP268 -XVI din 28.07.06, MO142-145/08.09.06 art.702]

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;

[Art.22 lit.c) modificată prin LP549 din 25.12.03, MO6-12/01.01.04 art.68]

d) va aproba statutul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;

e) va stabili structura, schema de încadrare și plafonul cheltuielilor administrative ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină;

f) va asigura elaborarea și va aproba condițiile de asigurare obligatorie de asistență medicală a cetățenilor străini și apatrizilor aflați în Republica Moldova;

g) va aproba Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor de asigurare obligatorie de asistență medicală și alte documente în problemele asigurării obligatorii de asistență medicală.

**PREȘEDINTELE
PARLAMENTULUI**

Dumitru MOȚPAN

Chișinău, 27 februarie 1998.
Nr. 1585-XIII.