



GUVERNUL REPUBLICII MOLDOVA

HOTĂRÂRE nr. _____

din _____ 2025

Chișinău

Cu privire la modificarea unor acte normative (ajustarea reglementărilor privind asigurarea obligatorie de asistență medicală)

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 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 38-39, art. 280), cu modificările ulterioare, Guvernul HOTĂRĂȘTE:

1. Regulamentul privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246/2018 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2018, nr. 512, art. 1342), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

1.1. punctele 3, 4 și 5 vor avea următorul cuprins:

„3. Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – CNAM) ține evidența persoanelor fizice încadrate în sistemul de AOAM și înregistrate în Sistemul informațional „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” (în continuare – SI AOAM), în baza informațiilor furnizate de către instituțiile abilitate, inclusiv prin intermediul platformei guvernamentale de interoperabilitate (MConnect).

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 al persoanei fizice (IDNP) sau a seriei și numărului actului de identitate valabil în sistemul național de pașapoarte, pentru persoanele care nu dețin IDNP.

5. Statutul de persoană asigurată se verifică prin interogarea SI AOAM, care poate fi accesat de pe site-ul web oficial al CNAM (www.cnam.md), la modulul „Servicii”, rubrica „Verificarea statutului AOAM”, precum și prin vizualizarea statutului de asigurat în Portalul guvernamental al cetățeanului sau în aplicația guvernamentală integrată a serviciilor electronice EVO.”;

1.2. la punctul 6 subpunctele 2) și 3), după cuvântul „neangajate” se introduc cuvintele „cu domiciliul în Republica Moldova”;

1.3. la punctul 23, cuvintele „Registrului de evidență a persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și prin prelucrarea” se substituie cu textul „SI AOAM și prin analizarea”;

1.4. la punctul 24, textul „incluse la data de 1 ianuarie a anului de gestiune în” se substituie cu cuvintele „care fac parte din”;

1.5. la punctele 25 și 26, textul „se calculează în mărime de 0,1% din mărimea integrală a primei de AOAM în sumă fixă” se substituie cu textul „se determină conform art. 228 alin. (3) din Codul fiscal nr. 1163/1997”;

1.6. la punctul 28, textul „se calculează în mărime de 0,1% din mărimea primei de AOAM în sumă fixă stabilită la pct. 27” se substituie cu textul „se determină conform art. 228 alin. (3) din Codul fiscal nr. 1163/1997”;

1.7. la punctul 34 subpunctul 2):

1.7.1. la litera b), alineatul al treilea va avea următorul cuprins:

„care își fac studiile peste hotarele țării se acordă de la data depunerii cererii și se suspendă la finele anului de învățământ în curs sau la termenul indicat în actul confirmativ, cu posibilitatea prelungirii, în cazul promovării în anul următor de studii, la prezentarea actelor confirmative”;

1.7.2. se completează cu litera b¹) cu următorul cuprins:

„b¹) *audienții cursurilor de formare inițială a candidaților la funcțiile de judecător și de procuror* se acordă de la data înmatriculării la Institutul Național al Justiției și se suspendă la data încetării statutului de audient al cursurilor de formare inițială”;

1.8. la punctul 35 subpunctul 5), cuvintele „sau religioase” se substituie cu textul „, religioase sau în calitate de nomazi digitali”.

2. Regulamentul privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 106/2022 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2022, nr. 61-67, art. 153), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

2.1. la punctul 12, cuvintele „formularul de rețetă” se substituie cu cuvintele „prescripția medicală”;

2.2. la punctul 14:

2.2.1. în primul enunț, cuvintele „Formularul de rețetă” se substituie cu cuvintele „Prescripția medicală”;

2.2.2. enunțul al doilea va avea următorul cuprins: „O prescripție medicală poate include atât medicamente, cât și dispozitive medicale compensate.”;

2.3. se completează cu punctul 19¹ cu următorul cuprins:

„19¹. Prin derogare de la prevederile pct. 19, testele și lanțetele pentru determinarea glicemiei, destinate pacienților diagnosticați cu diabet zaharat de tip 2, pot fi prescrise pentru un termen de utilizare de până la 6 luni.”;

2.4. la punctul 20, textul „10 zile” se substituie cu textul „15 zile”;

2.5. punctul 35 va avea următorul cuprins:

„**35.** Cantitatea de medicament sau de dispozitiv medical prescrisă poate fi diminuată la solicitarea pacientului sau în cazul lipsei în farmacie a cantității necesare, cu posibilitatea valorificării ulterioare a restului prescripției, până la expirarea termenului de valabilitate a acesteia.”;

2.6. se completează cu punctul 36¹ cu următorul cuprins:

„**36¹.** Pentru formele farmaceutice altele decât cele solide perorale, eliberarea se efectuează doar în ambalaje primare întregi, iar cantitatea prescrisă se determină prin rotunjire în plus, astfel încât să asigure acoperirea integrală a duratei tratamentului.”

3. 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 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2022, nr. 363-373, art. 871), cu modificările ulterioare, se modifică după cum urmează:

3.1. la punctul 3.1:

3.1.1. subpunctul 13) se abrogă;

3.1.2. la subpunctul 23), cuvintele „sau lichidare a Prestatorului” se substituie cu textul „, lichidare a Prestatorului sau obținerea deciziei de neacreditare”;

3.1.3. subpunctul 26) se completează cu textul „, inclusiv la raportarea prin intermediul sistemelor informaționale”;

3.2. punctul 4.3 se completează cu subpunctul 4) cu următorul cuprins:

„4) obținerea deciziei de neacreditare”;

3.3. la punctul 5.4, textul „, în limita tarifului/costului aprobat prin actele normative,” se exclude;

3.4. punctul 6.2 va avea următorul cuprins:

„**6.2.** Contractul este valabil 3 ani de la ____ 20__ până la ____ 20__, cu ajustarea anuală a perioadei de acordare a asistenței medicale în conformitate cu volumul de servicii medicale negociat.”;

3.5. se completează cu punctul 6.3 cu următorul cuprins:

„**6.3.** Perioada de acordare a asistenței medicale se stabilește de la ____ 20__ până la ____ 20__.”;

3.6. la punctul 7.2, după cuvântul „contractuale”, se introduce textul „, neacceptarea volumului serviciilor medicale sau a tarifelor la serviciile medicale negociate”.

4. Prezenta hotărâre intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova, cu excepția subpunctelor 1.5, 1.6, 3.4 și 3.5, care intră în vigoare la data de 1 ianuarie 2026.

Prim-ministru

ALEXANDRU MUNTEANU

Contrasemnează:

Ministrul sănătății

Emil Ceban

NOTA DE FUNDAMENTARE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3. Obiectivele urmărite și soluțiile propuse

3.1. Principalele prevederi ale proiectului și evidențierea elementelor noi

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

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

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

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

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

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

5) La punctul 34:

Norma ce reglementează acordarea/suspendarea statutului de asigurat pentru elevii și studenții care își fac studiile peste hotarele țării se prezintă în redacție nouă, în scopul concretizării conținutului acesteia și asigurării acordului cu prevederile art. 4 alin. (9¹) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, ce prevăd că acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală pentru elevii și studenții încadrați în sistemul de învățământ la nivelurile 3–8, conform art. 12 din Codul educației al Republicii Moldova, cu frecvență, care își fac studiile peste hotarele țării, se efectuează de către asigurator în baza cererii și a documentelor confirmative.

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

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

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

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

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

Extinderea termenului de prescriere la 6 luni va permite:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Această ajustare:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Concluziile expertizelor

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

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

8. Modul de încorporare a actului în cadrul normativ existent

Adoptarea proiectului nu implică modificarea sau elaborarea unor acte normative.

Director general

Ion DODON

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: „19¹. 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 căreia 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