



Confederația Națională a Patronatului din Republica Moldova aduce în vizorul autorităților subiectul ce ține de **asigurarea unui mediu concurențial echitabil** pentru toți prestatorii de servicii medicale din cadrul SAOAM indiferent de titlul de proprietate.

Instituirea la nivel legislativ prin Legea nr.191 din 27.07.18 a liberei practici a medicilor de familie a avut drept scop principal sporirea rolului medicului de familie în sistemul de sănătate, crearea condițiilor mai bune de activitate pentru medicii de familie, optimizarea cheltuielilor sistemului de sănătate și îmbunătățirea calității serviciilor medicale.

Punctul cheie al reformei în asistența medicală primară în opinia autorilor rezida în faptul că medicul de familie – titular al practicii, care va putea, în premieră, decide asupra formei de activitate: prestarea serviciilor în cadrul practicii individuale ori de grup sau activitatea în componența instituțiilor existente, urmărindu-se scopul de a spori esențial rolul și prestigiul medicului de familie, ca persoană cheie la care apelează pacientul pentru a beneficia de asistență medicală¹.

Totodată, autorii reformei enunțate prevedeau o schimbare conceptuală a medicinei primare prin rezolvarea problemei deficitului de medici în localitățile rurale, prin eficientizarea cheltuielilor în sănătate, creșterea salariilor medicilor de familie și sporirea calității serviciilor prestate.

Prin urmare, modificările operate prin Legea nr.191 din 27.07.18 în partea ce vizează medicina de familie au constituit o inovație în cadrul sistemului de sănătate, fundamentul fiind instituit în Legea ocrotirii sănătății nr. 411/1995, actele de nivel inferior urmând să dezvolte reforma prin racordarea graduală a sistemului la modelul european.

Una din noutățile introduse în Legea ocrotirii sănătății în vederea asigurării unor mai bune condiții și creșterii salariilor o reprezintă prevederile art. 36⁵ alin. (7) și (14) care prevede că „*Angajarea asistenților medicali și a altor categorii de personal se efectuează de către fondatorul cabinetului individual al medicului de familie sau de către administratorul centrului medicilor de familie cu acceptul fondatorilor acestuia. Nivelul de salarizare al angaajaților respectivi nu poate fi mai mic decât cel aprobat de Guvern pentru angajații cu funcții similare din instituțiile medico-sanitare publice, și respectiv „Din mijloacele obținute pentru activitatea profesională conform alin.(13) sunt acoperite cheltuielile pentru asigurarea tehnico-materială a activității, locațiune și întreținerea spațiilor, remunerarea personalului angajat, precum și alte cheltuieli suportate în legătură cu activitatea profesională a medicului de familie. Suma rămasă după acoperirea tuturor cheltuielilor menționate constituie venitul medicului de familie titular al practicii”.*

Totodată, nu poate fi trecut cu vederea faptul că sursa principală de finanțare a medicinei de familie indiferent de forma de organizare o constituie plățile „*per capita*” rezultate din contractele încheiate cu Compania Națională de Asigurări în Medicină pentru acordarea asistenței medicale primare.

În același context, se observă că de la aprobarea modificărilor vizând reforma în asistența medicală primară, nu s-a reușit a implementa noul concept al asistenței medicale primare urmărit, medicii de familie organizați într-o formă individuală de activitate fiind defavorizați în coraport cu cei încadrați în sistemul public, fondul de salarizare al cărora nu este supliniit de stat similar celor publici, ceea ce face mai puțin atractivă activitatea respectivă.

Această diferențiere a rezidat în prevederile Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul AOAM pentru anii 2018-2020, care conțineau următoarele: „*Pentru instituțiile medicale publice la care suma contractuală nu acoperă necesitățile de salariu, contractul va fi*

¹ A se vedea <https://gov.md/ro/content/conceptul-reformei-asistentei-medicale-primare-examinat-la-guvern>

completat cu un rînd separat - „**subvenții pentru acoperirea deficitului de salariu**”. 71. Prestatorilor **publici** de servicii medicale la care suma contractuală nu acoperă necesitățile de salariu și contractul este completat cu un rînd separat „**subvenții pentru acoperirea deficitului de salariu**”, lunar se achită avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală a subvenției, iar trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct. 74 pentru lunile trimestrului respectiv, se efectuează achitarea în mărime de 1/4 din suma contractuală a subvenției, cu excluderea sumelor achitate anterior”.

Se constată cu regret că scopul reformei nu este atins, medicii de familie fiind abordați diferit în dependență de forma de proprietate și forma de organizare.

Avînd în vedere cele expuse mai sus, se invocă faptul că prevederile proiectului Hotărârii de Guvern pentru modificarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837/2016, nu sunt în concordanță cu prevederile Legii ocrotirii sănătății act normativ de nivel superior, or, autorii au statuat că scopul de bază al proiectului **constă în majorarea salariilor personalului medical angajat în instituțiile medico-sanitare publice** încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

În acest context, se consideră inadmisibilă păstrarea în redacția actuală a conținutului proiectului HG privind modificarea Regulamentului privind salarizarea angajaților din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.837/2016, și se pledează pentru crearea condițiilor egale pentru prestatorii de servicii medicale primare datorită specificului acestei activități.

Cadrul juridic general.

1) art. 36⁵ alin. (7) din Legea ocrotirii sănătății, „Angajarea personalul medical și a altor categorii de personal se efectuează de către fondatorul cabinetului individual al medicului de familie sau de către administratorul centrului medicilor de familie cu acceptul fondatorilor acestuia. **Nivelul de salarizare al angajaților respectivi nu poate fi mai mic decât cel aprobat de Guvern pentru angajații cu funcții similare din instituțiile medico-sanitare publice**”.

2) **Legea diferențiază prestatorii de servicii medicale în prestatori publici și privați.** Astfel, conform art.4 alin.1 al al Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, (1) *Prestatorii de servicii medicale pot fi publici sau privați. Prestatorii publici de servicii medicale sînt instituțiile medico-sanitare publice și autoritățile/instituțiile bugetare.*

3) **Legea conferă atît prestatorilor publici cît și privați dreptul de a acorda asistență în cadrul AOAM.** Or, conform art.4 alin.8 al Legii nr.1585 din 27.02.1998, cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, (8) *Prestatorii de servicii medicale din sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, denumiți în continuare prestatori de servicii medicale, sînt prestatorii de servicii medicale publici și privați 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).*

4) Asigurătorul (CNAM) are obligația de a acoperi (finanța) integral cheltuielile pentru serviciile medicale acordate în cadrul AOAM. Art.3 al Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, 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. **Din aceste cheltuieli fac parte și cheltuielile de remunerare a muncii personalului medical.**

5) Legea obligă autoritățile publice la tratamentul egal al prestatorilor publicii și privați care acționează în condiții similare. Or, conform alin.1 al art.5 al Legii nr.1585 din 27.02.1998, cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, (1) *Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se organizează și funcționează avînd la bază următoarele principii: 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 farmaceutice și beneficiari de asistență medicală și farmaceutică) li se asigură un tratament nediscriminatoriu în ceea ce privește*

drepturile și obligațiile prevăzute de lege; În acest sens, prestatorilor publici și privați, urmează în condiții egale.

Inadvertențele admise în actele inferioare legii adnotate (indicate în cadrul juridic general).

Conform Ordinului comun al MSMPS și CNAM, Nr. 1515/375 din 31-12-2019, privind aprobarea Criteriilor de contractare a prestatorilor de servicii medicale în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul 2020, MSMPS a dispus finanțarea disproporționată a prestatorilor publici și privați. Astfel, conform p.15 a Criteriilor respective de contractare, 15. Pentru instituțiile medicale **publice** la care suma contractuală nu acoperă necesitățile de salariu, contractul va fi completat cu un rând separat - „**subvenții pentru acoperirea deficitului de salariu**”. 71. Prestatorilor **publici** de servicii medicale la care suma contractuală nu acoperă necesitățile de salariu și contractul este completat cu un rând separat „**subvenții pentru acoperirea deficitului de salariu**”, lunar se achită avans în mărime de pînă la 80% din 1/12 parte din suma contractuală a subvenției, iar trimestrial, în decurs de 1 lună de la prezentarea setului integral de facturi fiscale electronice și rapoarte în conformitate cu pct. 74 pentru lunile trimestrului respectiv, se efectuează achitarea în mărime de 1/4 din suma contractuală a subvenției, cu excluderea sumelor achitate anterior.

Restrângerea concurenței. MSMPS împreună cu alte autorități publice, restrâng și denaturează concurența pe piața serviciilor medicale primare prestate în cadrul AOAM, prin intenția de subvenționare/ achitare disproporționată a prestatorilor publici în raport cu cei privați, pentru servicii similare. Or, conform art.2 alin.1 al Legii concurenței, Nr. 183 din 11-07-2012, (1) Prevederile prezentei legi se aplică faptelor acțiuni sau inacțiuni ce au ca obiect sau au ori pot avea ca efect restrîngerea, împiedicarea sau denaturarea concurenței, precum și faptelor acțiuni de concurență neloială, care sînt săvîrșite de: b) autorități ale administrației publice centrale sau locale, în măsura în care acestea, prin deciziile emise sau prin actele adoptate, intervin pe piață, influențînd direct sau indirect concurența, cu excepția situațiilor cînd asemenea măsuri sînt luate în aplicarea altor legi sau pentru apărarea unui interes public major.

Conform art.3 alin. (1) al Legii în cauză, *Statul asigură libertatea activității de întreprinzător, protecția concurenței loiale și apărarea drepturilor și intereselor întreprinderilor și ale cetățenilor contra practicilor anticoncurențiale și concurenței neloiale.* Conform art.4, prin noțiunea de *practică anticoncurențială* se înțelege inclusiv ..., *acțiune sau inacțiune a autorităților publice de restrîngere a concurenței interzise de lege;* Conform art.12 al Legii în cauză, (1) *Sînt interzise orice acțiuni sau inacțiuni ale autorităților și instituțiilor administrației publice centrale sau locale care restrîng, împiedică sau denaturează concurența, precum:*

b) stabilirea de condiții discriminatorii sau acordarea de privilegii pentru activitatea întreprinderilor, în cazul în care acestea nu sînt prevăzute de lege; Or, în mod evident prestatorii publicii sunt privilegiați prin subsidiile suplimentare acordate și la care prestatorii privați nu au acces.

(3) *Faptele autorităților și instituțiilor administrației publice realizate contrar prevederilor alin. (1) constituie încălcări ale prezentei legi.*

Actele normative privind subvenționarea prestatorilor publici nu a trecut expertiza anticoncurențială. Conform alin.2 al art.34 al Legii concurenței, (2) *Autoritățile administrației publice transmit Consiliului Concurenței spre avizare proiectele de acte legislative și normative care au sau pot avea impact anticoncurențial.* Or, în speță, p.15 și 71 al Ordinului MSMPS, Nr. 1515/375 din 31-12-2019 nu au trecut o asemenea expertiză.

Actele normative privind subvenționarea prestatorilor publici nu asigură tratamentul egal al lucrătorilor medicali care activează ca prestatori privați prin remunerarea inegală și disproporționată pentru aceeași muncă. Conform art.14 al Legii cu privire la exercitarea profesiei de medic, nr.264/2005, *Medicul este în drept: d) să fie remunerat conform funcției ocupate, gradului de calificare profesională, științifico-didactică, rezultatelor activității sale;* Or, remunerarea este diferențiată și

disproporțională în funcție de originea activității sale (private sau publice).În lumina normelor enunțate, nu poate fi trecut cu vederea faptul că începând cu 1 septembrie 2020, instituțiile medicale private la fel vor fi nevoite să majoreze salariul personalului medical, fondul pentru majorarea salariilor urmând a fi identificat de cabinetul/centrul medicilor de familie cu practica liberă.Prin urmare, pornind de la faptul că prestatorii privați de servicii medicale care acordă asistență medicală în sistemul AOAM sunt finanțați în baza (plății „per capita”), mijloace financiare care sunt suficiente doar pentru acoperirea cheltuielilor ce țin de acordarea asistenței medicale, medicul din cabinetul/centrul individual urmând pe cont propriu să identifice surse pentru întreținerea și modernizarea cabinetului/centrului și pentru remunerarea personalului, se constată faptul că acesta este pus într-o poziție discriminatorie față de cei din domeniul public, iar „reforma medicinei de familie” are un grad redus de implementare a conceptului stabilit de legiuitor.Având în vedere cele expuse mai sus, se consideră că MSMPS, MF și CNAM pot contribui la modificarea situației existente acordând dreptul prestatorilor privați din AMP de a beneficia de subvenții pentru acoperirea deficitului de salariu ce va fi creat.Totodată, aceste măsuri de acoperire a deficitului de salariu nu pot fi considerate drept măsuri pe termen lung, în acest sens, fiind necesară și reexaminarea cuantumului plăților „per capita”.

În contextul celor expuse mai sus, CNPM a solicitat:

1. **Pe termen scurt-** acordarea dreptului prestatorilor privați din cadrul AMP de a primi subvenții pentru acoperirea deficitului de salariu din aceleași fonduri din care se vor acoperi și creșterile salariale pentru lucrătorii din instituțiile medico-sanitare publice;
2. **Pe termen lung-** revizuirea cuantumului plăților „per capita” în cadrul AMP pentru crearea condițiilor de concurență loială cu acoperirea tuturor cheltuielilor directe fără a fi necesară subvenționarea.