

CZU: 349.3:368.042

[http://doi.org/10.59295/sum8\(168\)2023_05](http://doi.org/10.59295/sum8(168)2023_05)

DIVERSITATEA RAPORTURILOR JURIDICE DIN CADRUL SISTEMULUI DE ASIGURĂRI OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Nicolae SADOVEI,

Universitatea de Stat din Moldova

Adoptarea și punerea ulterioară în practică a Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585 din 27.02.1998, a generat pe parcurs un șir de raporturi juridice, care anterior nu erau cunoscute sistemului de ocrotire a sănătății din Republica Moldova. În virtutea faptului că orice raport juridic are un anumit parcurs – este generat, poate fi supus modificării și/sau suspendării și ulterior, după o perioadă de timp, se stinge – și raporturile juridice, generate de sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, urmează același parcurs logic. Totodată, însă, este necesar de a menționa faptul că în interiorul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, există o diversitate de raporturi juridice care, atât din punct de vedere structural, cât și după conținut, pot fi total diferite. În articol este abordată această diversitate de raporturi juridice care, totodată, sunt parte componentă a raporturilor juridice medicale, dar care cuprind doar acea parte de subiecți, care participă în mod direct în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală – asigurații, persoanele asigurate, asiguratorul și, respectiv, prestatorii și furnizorii de servicii și de bunuri în cadrul acestui sistem social complex.

Cuvinte-cheie: raport juridic, raporturi juridice de asigurări obligatorii de asistență medicală, natură juridică diversă, elemente structurale ale raporturilor juridice de asigurare.

THE DIVERSITY OF LEGAL RELATIONS WITHIN THE COMPULSORY HEALTH INSURANCE SYSTEM

The adoption and subsequent implementation of Law No. 1585 dated 27.02.1998, concerning compulsory health care insurance, have generated a series of legal relationships that were previously unfamiliar to the healthcare system of the Republic of Moldova. Given that every legal relationship follows a certain course – it is initiated, may undergo modifications and/or suspensions, and eventually concludes – the legal relationships arising from the compulsory medical insurance system follow the same logical trajectory. However, it is essential to mention that within the compulsory medical insurance system, there exists a diversity of legal relationships which, both structurally and in terms of content, can be entirely distinct. This article addresses this diversity of legal relationships, which simultaneously form an integral part of medical legal relationships but only encompass those individuals directly involved in the compulsory health care insurance system: the insured, the insured persons, the insurer, and, correspondingly, the providers and suppliers of services and goods within this intricate social framework.

Keywords: legal report, legal reports of mandatory health care insurance, diverse legal nature, structural elements of legal insurance reports

Introducere

Ca și categorie juridică reglementată, asigurările obligatorii de asistență medicală reprezintă în sine o construcție juridică complexă, care se manifestă în exterior prin intermediul unui *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 afecțiuni) [1].

După cum am menționat anterior într-un studiu de drept medical, sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală funcționează sub forma unui mecanism social complex, ce constă din mai multe elemente interdependente între ele ce formează un tot orgnizat și care face ca aplicarea praxiologică a asigurărilor obligatorii de asistență medicală să funcționeze potrivit scopului urmărit [2, p. 283]. Chiar dacă din punct de vedere teoretic s-ar putea afirma că numărul elementelor constitutive ale structurii sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală depinde de capacitatea cercetătorului de a diseca și determina fiecare

element în parte, și nu doar cele vizibile cu ochiul liber, suntem dispuși, totuși, să afirmăm că cele mai importante elemente ale sistemului respectiv sunt beneficiarii asigurării, obiectul asigurării, cazul asigurat și prima de asigurare. Și chiar dacă acest sistem – dacă este pus bine la punct! – ar putea să funcționeze perfect, el, cu toate acestea, nu generează în sine raporturi juridice dintre elementele sale constitutive, deoarece acest lucru este imposibil: nu poate un element de ordin tehnico-juridic să intre în raporturi sociale reglementate, cu alte elemente de același gen. Raporturile juridice pot apărea (și trebuie necondiționat să apară!) doar între participanții la sistemul respectiv, dar nu între elementele sistemului. Astfel, în acest caz, este necesar de a determina cu precizie care este cercul și numărul participanților, adică al subiecților raporturilor juridice de asigurări obligatorii de asistență medicală. Aceasta presupune că cercetătorul interesat este obligat să apeleze fie la metoda directă de determinare a subiecților sistemului, fie la cea indirectă, apelând în acest sens la modalitățile de interpretare mixtă – teoretică și praxiologică – a reglementărilor existente în materie de drept al asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

În cazul nostru, însăși legiuitorul enumeră, în conținutul legii-cadru în materie de asigurări obligatorii de asistență medicală – în *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585 din 27.02.1998* [1] – participanții la raporturile respective de asigurare. Astfel, potrivit prevederilor art.4 din *Legea nr. 1585/27.02.1998*, subiecți ai asigurării obligatorii de asistență medicală sunt asiguratul, persoana asigurată, asigurătorul, prestatorul de servicii medicale și farmaceutice și furnizorul de medicamente și dispozitive medicale. Chiar dacă modul de formulare de către legiuitor a listei subiecților sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală este opozabil unei abordări critice, iar în privința aceasta ne rezervăm dreptul de a ne expune mai jos în conținutul acestui articol, este important de a menționa că doar subiecții asigurărilor respective pot genera între ei, în condițiile legii, raporturi juridice de asigurări obligatorii de asistență medicală, asupra cărora ne vom expune în continuare.

Natura juridică generală a raporturilor de asigurări obligatorii de asistență medicală

Raporturile juridice de asigurări obligatorii de asistență medicală fac parte integrantă a sistemului general a raporturilor juridice medicale și, în acest sens, asigurările obligatorii de asistență medicală se încadrează perfect, atât conceptual, cât și după conținut, în categoria pozitivistă a dreptului obiectiv, iar raporturile în cauză sunt, bineînțeles, raporturi juridice de esență pozitivistă, fiind fundamentate pe soclul unei construcții juridice de laborator – pe instituția asigurărilor de sănătate, care nu este o construcție fundamentată pe dreptul natural. Cu alte cuvinte, dreptul persoanei la ocrotirea sănătății este un drept natural (în limbajul juridic al exprimării centrate pe corectitudine politică – un drept fundamental al omului), pe când dreptul persoanei la asigurarea acordării asistenței medicale – invers: este un drept de sorginte pozitivistă, o creație a statelor moderne, și nu are suport direct în materia drepturilor naturale ale omului. Aici considerăm că ar fi oportună o paralelă dintre două ramuri sociale ale sistemului dreptului: între dreptul securității sociale și dreptul medical. Atât în cazul dreptului securității sociale, cât și în cazul dreptului medical, există cel puțin un subiect important, care se află în dificultate în raport cu ceilalți subiecți participanți la raporturile respective și care necesită a fi protejat prin intermediul unor mecanisme juridice speciale, de natură protecționistă, elaborate de stat și aflate sub controlul direct al autorităților statului. În cazul dreptului securității sociale este vorba despre o categorie vulnerabilă, cunoscută drept *beneficiari de prestații și servicii de asigurări sociale*, iar în cazul dreptului medical la fel este vorba despre o categorie vulnerabilă, cunoscută drept *pacienți*. În sensul celor menționate aici, evident că nu poate fi pus un semn de egalitate absolută între pacient și persoana asigurată în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, deși ambii subiecți, de regulă, urmăresc un scop final identic – ocrotirea sănătății proprii prin intermediul acordării asistenței medicale de către profesioniștii calificați în domeniu. Mecanismul complex al asigurărilor obligatorii de asistență medicală este menit, în sensul celor abordate de către noi în studiul de față, să faciliteze reglementarea unor relații sociale aparte, cu o doză practică suficient de mare de inegalitate cu caracter mixt – social și psihologic – dintre cei mai importanți participanți la aceste raporturi de asigurări – dintre persoana asigurată, pe de o parte, și ceilalți participanți la aceste raporturi, în special fiind amintiți aici asigurătorul și prestatorii de servicii de sănătate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Sub aspectul caracterului lor primar, raporturile juridice de asigurare obligatorie de asistență medicală sunt raporturi juridice de drept public [2, p. 193-194]. Ele sunt generate în cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, iar complexitatea acestor raporturi rezidă în structura plurilaterală internă a relațiilor care le formează și constă din mai multe elemente structurale, cum ar fi *raporturile juridice asigurate – persoană asigurată; raporturile juridice asigurător – asigurat; raporturile juridice asigurător – persoană asigurată; raporturile juridice asigurător – prestatori de servicii de sănătate și furnizori de bunuri în sistemul de asigurări; raporturile juridice persoană asigurată – prestator de servicii de sănătate* etc. Fiind generate, în primul rând, prin efectul legii, raporturile juridice de asigurare obligatorie de asistență medicală produc efecte juridice de gen *obligatorius* asupra tuturor persoanelor fizice, care se încadrează în una dintre următoarele categorii: a) sunt cetățeni ai Republicii Moldova; b) sunt străini aflați în Republica Moldova și sunt beneficiari de protecție internațională incluși într-un program de integrare; c) sunt străini, specificați în lege și încadrați în muncă în Republica Moldova în baza unui contract individual de muncă; d) sunt străini cărora li s-a acordat dreptul de ședere provizorie pe teritoriul Republicii Moldova pentru reîntregirea familiei, pentru studii, pentru activități umanitare sau religioase. În acest sens, legea impune în mod imperativ persoanele enunțate mai sus să se asigure medical, în condițiile legii, ceea ce se realizează praxiologic prin intermediul intrării acestora în raporturi juridice de drept public, direct sau mediat, cu Compania Națională de Asigurări în Medicină în calitate de unic asigurător în cadrul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală. În momentul solicitării de a-i fi prestat un serviciu de sănătate, persoana asigurată se află cu prestatorul respectiv simultan în două tipuri de raporturi juridice medicale: într-un raport juridic medical de drept public, acționând în calitate de persoană asigurată și, totodată, într-un raport juridic medical de drept privat, acționând în calitate de beneficiar de servicii de sănătate.

Statul este parte în raporturile juridice de asigurare obligatorie de asistență medicală, în primul rând, prin intermediul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, care este unicul asigurător în sistem. Compania respectivă nu este o societate de asigurări în sens clasic și nici nu este o persoană juridică de drept privat cu scop lucrativ, în care statul ar fi investit pentru a obține un anumit profit; asigurătorul este o persoană juridică non-profit, așa cum decurge din legislația care reglementează statutul juridic, organizarea și funcționarea acestuia [3].

Raportul juridic dintre asigurat și persoana asigurată

Este evident, că pentru a determina natura juridică și conținutul oricărui raport juridic, inclusiv a raportului dintre asigurat și persoana asigurată, este necesar de a determina acele premise, care în teoria generală a dreptului sunt cunoscute drept *premise constitutive ale raportului juridic* [4, p.277-278]. Cea mai importantă premisă juridică pentru acest raport o constituie existența normelor juridice, deoarece ele definesc domeniul comportării posibile sau datorate a participanților la raportul respectiv, în cazul nostru – a asiguratului și a persoanei asigurate. Evident că norma juridică în sine nu poate servi drept sursă directă și unică pentru apariția *de facto* a unui raport juridic concret; ea doar ghidează apariția ulterioară ca atare a raportului juridic în cauză. În cazul raportului juridic dintre asigurat și persoana asigurată, există mai multe norme juridice directe, incorporate în conținutul Legii nr. 1585/27.02.1998, și anume normele încorporate în art. 4, alin. (2)–(6), (9), (9¹), (9²).

Potrivit celor enunțate în normele în cauză, legiuitorul nu doar numește subiecții sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, dar vine și cu definiții legale ale unor subiecți. În cazul raportului abordat aici, legiuitorul definește asiguratul drept *persoana fizică obligată prin lege* să-și asigure riscul propriu de a se îmbolnăvi sau *persoana juridică obligată prin lege* să asigure riscul de îmbolnăvire al altor categorii de persoane, a căror asigurare este de competența sa, cu excepția persoanelor angajate. Astfel, în cazul salariaților, calitatea de asigurat pentru această categorie de persoane angajate o deține însăși persoana angajată, la fel și în cazul persoanelor fizice, angajate prin intermediul altor mecanisme legale, diferite de contractele individuale de muncă.

Persoana asigurată, spre deosebire de asigurat, nu este definită în mod direct de către legiuitor, acesta enunțând doar faptul că persoane asigurate pot fi atât cetățenii Republicii Moldova, cât și străinii, în condițiile stabilite de lege. În opinia noastră, fundamentată pe interpretarea normelor juridice indirecte care regle-

mentează statutul juridic al acestor subiecți, persoana asigurată este persoana fizică care, în virtutea asigurării acesteia în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, este titulară a drepturilor și obligațiilor corelative statutului respectiv și care beneficiază, în condițiile legii, de prestarea serviciilor de sănătate cuprinse în *Programul unic al asigurărilor obligatorii de asistență medicală*, aprobat de Guvern [5].

Din cele menționate până aici se impune o concluzie obligatorie: în cazul unei părți impunătoare de asigurați și de persoane asigurate, statutul acestora se suprapune, în sensul că aceeași persoană fizică deține (în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală), atât statut de asigurat, cât și de persoană asigurată, fiind vorba aici, bineînțeles, de *salariați*. Evident că în acest caz nu poate să existe vreun raport juridic direct dintre asigurat și persoana asigurată, fiind vorba, în fond, de doi subiecți diferiți doar din punct de vedere formal-juridic, dar de o singură persoană fizică ca atare. Totuși, în acest caz suntem în prezența unui raport juridic intermediar, care conferă persoanei asigurate, în prealabil, un alt statut – cel de salariat, angajat în temeiul unui *contract individual de muncă*, încheiat în condițiile stabilite de Titlul III, capitolul II din *Codul Muncii al Republicii Moldova nr. 154 din 28.03.2003* [6]. Astfel, existența prealabilă a raportului juridic de muncă este o condiție *sine qua non* pentru conferirea statutului de persoană asigurată și de asigurat în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, unei persoane angajate în raporturi de muncă. În fond, aceeași regulă funcționează și în cazul majorității funcționarilor publici: existența *raportului de serviciu* este o condiție prealabilă obligatorie pentru conferirea statutului de persoană asigurată și de asigurat în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, funcționarului public respectiv (cu excepțiile, stabilite de lege) [7].

Singurul raport juridic de drept public, de natură directă, este cel care apare între persoana juridică obligată prin lege să asigure riscul de îmbolnăvire al altor categorii de persoane, a căror asigurare este de competența sa, și respectiva persoană supusă asigurării. În acest sens, Guvernul deține, în condițiile legii, calitatea de asigurat (și implicit, de parte aflată în raport juridic de asigurare obligatorie de asistență medicală, de natură juridică publică), pentru treisprezece categorii de persoane neangajate, 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 (copiii cu vârsta de până la 18 ani; elevii și studenții încadrați în sistemul de învățământ la nivelurile 3–8, conform art.12 din *Codul Educației al Republicii Moldova nr. 152 din 17.07.2014* [8], cu frecvență, inclusiv cei care își fac studiile peste hotarele țării; gravidele, parturientele și lăuzele; persoanele cu dizabilități severe, accentuate sau medii; pensionari; șomerii înregistrați la agențiile teritoriale pentru ocuparea forței de muncă; persoanele care îngrijesc la domiciliu o persoană cu dizabilitate severă care necesită îngrijire și/sau supraveghere permanentă din partea altei persoane; părintele, inclusiv adoptiv, care exercită în mod efectiv creșterea și educarea a patru și mai mulți copii, pentru perioada în care cel puțin un copil are vârsta de până la 18 ani; persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social conform *Legii cu privire la ajutorul social nr. 133 din 13.06.2008* [9]; beneficiarii de protecție internațională incluși într-un program de integrare, pe perioada desfășurării acestuia; donatorii de organe în viață; veteranii de război; participanții la lichidarea consecințelor avariei de la C.A.E. Cernobâl).

Un caz aparte, care este diferit de primele două categorii de raporturi discutate aici, îl reprezintă raporturile juridice de asigurări obligatorii de asistență medicală al persoanelor neangajate și neasigurate de către Guvern. Această categorie de persoane este obligată, prin efectul legii, să se asigure în mod individual, iar Legea nr. 1585/27.02.1998 stabilește că calitatea de asigurat și de plătitor al primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, în acest caz, o au ele înseși. Cele menționate presupun faptul că, la fel ca și în cazul salariaților, nu există un raport juridic direct dintre asigurat și persoana asigurată neangajată, însă, spre deosebire de cazul aceluiași salariat, dacă în cazul acestora din urmă raportul care generează conferirea statutului de asigurat și de persoană asigurată, este un raport juridic de natură privată (raport de muncă) din afara sistemului de asigurări, atunci, în cazul persoanelor neangajate și neasigurate de către Guvern, raportul care precedează conferirea statutelor respective persoanei în cauză, face parte integrantă și componentă a interiorului sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Aceste raporturi sunt generate prin efectul direct al legii (din oficiu), în urma efectuării plăților de asigurare (plata primei de asigurare) și evident că aici nu avem de a face cu un raport juridic de natură privată, generat de un act de natură juridică convențională (contract).

Raportul juridic dintre asigurător și prestatorul de servicii medicale

Cea mai importantă premisă pentru apariția raportului juridic dintre asigurător și prestatorul de servicii medicale o constituie normele juridice, care statuează obligativitatea încheierii între subiecții respectivi a unui act de natură juridică convențională – a *contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală*. Potrivit prevederilor art. 7 din Legea nr. 1585/27.02.1998, între asigurător și prestatorul de servicii medicale se încheie un contract de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform căruia prestatorul de servicii medicale se obligă să acorde persoanelor asigurate asistență medicală calificată, în volumul și termenele prevăzute în Programul unic, iar asigurătorul se obligă să achite costul asistenței medicale acordate. Așadar, raportul respectiv apare *in concreto* în urma încheierii unui contract direct între subiecți. Aici este important de a reveni la raportul abordat și tratat de noi ca atare puțin mai sus – raportul juridic dintre asigurat și persoana asigurată – în urma analizei căruia am constatat că între subiecții respectivi există doar o singură situație, când apariția raportului este precedată de încheierea unui contract, însă care nu face parte din sistemul contractelor existente în cadrul sistemului de asigurări – contractul individual de muncă, încheiat între salariat și angajator. În cazul *raportului asigurător – prestator de servicii medicale*, avem de a face cu un raport generat, în mod direct, de un contract operațional în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Acest raport are un șir de trăsături caracteristice, care țin de natura juridică complexă a raportului în sine, pe de o parte, și, pe de altă parte, de statutul juridic special al subiecților participanți la acest raport. În acest sens, raportul în cauză este eminentemente un raport juridic de natură contractuală, în sensul că singura sursă obligatorie de apariție reală și directă a acestuia se află în contractul respectiv, menționat de către noi mai sus. Contractul în cauză este un contract-tip, aprobat prin *Hotărârea Guvernului nr. 770 din 09.11.2022 „Cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului”* [10]. Caracteristica dată a raportului juridic în cauză exclude orice posibilitate ipotetică de a putea fi utilizat un alt mecanism de natură juridică non-contractuală pentru apariția sa; cu alte cuvinte, suntem în fața unei condiții *sine qua non*, necesară apariției raportului juridic.

Totodată, la fel ca și raportul juridic dintre asigurat și persoana asigurată, și raportul dat are un caracter pozitivist. După cum ne-am expus opinia noastră cu mai mulți ani în urmă, într-un studiu monografic privind raporturile juridice de muncă [11, p. 23-24], pozitivismul ca atare nu este inițialmente o teorie juridică; el este un curent filozofic, conceput de către Auguste Comte, al cărui teză principală este că singura cunoaștere autentică este cea științifică, iar aceasta nu poate veni decât de la afirmarea pozitivă a teoriilor prin aplicarea strictă a metodei științifice. Aplicată instituției asigurărilor obligatorii de asistență medicală, viziunea pozitivistă arată clar, că interesul urmărit atât în elaborarea și adoptarea normelor juridice în domeniul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, ca și în generarea majorității absolute a raporturilor juridice medicale, este utilitarismul.

O altă particularitate a raportului juridic, generat de contractul respectiv, este caracterul temporal al acestuia. Înțelegerea sensului acestei trăsături caracteristice a raportului juridic este relativ simplă, deoarece poate fi ușor determinată raportându-ne la conținutul contractului-tip, încheiat între asigurător și prestatorul de servicii de sănătate. Astfel, potrivit pct. 6.2 din conținutul contractului-tip, „...*contractul este valabil de la _____ 20__ până la _____ 20__*, cu stabilirea perioadei de acordare a asistenței medicale de la _____ 20__ până la _____ 20__”. Expirarea termenului contractului și rezoluțiunea acestuia, efectuată în condițiile legii, servesc drept temelie pentru stingerea raportului juridic dintre asigurător și prestatorul de servicii medicale.

Raportul juridic dintre asigurător și prestatorul de servicii farmaceutice

Raportul juridic dintre asigurător și prestatorul de servicii farmaceutice are drept premisă juridică normativă, la fel ca și raportul dintre asigurător și prestatorul de servicii medicale, o normă legală imperativă, cuprinsă în conținutul art. 7¹ din Legea nr. 1585/27.02.1998, conform căreia între asigurător și prestatorul de servicii farmaceutice se încheie un contract privind eliberarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, prin care prestatorul se obli-

gă să elibereze persoanelor înregistrate la medicul de familie, conform datelor din sistemul informațional al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, medicamente și/sau dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, iar asigurătorul se obligă să achite costul medicamentelor și/sau al dispozitivelor respective. Calitatea de subiecți ai raportului respectiv o deține asigurătorul, în persoana Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, pe de o parte, și prestatorii de servicii farmaceutice, adică profesioniști specializați în materie, în sensul celor stabilite în art. 3 alin. (2) din *Codul Civil al Republicii Moldova nr. 1107 din 06.06.2002* [12] și potrivit cărora calitatea de profesionist este deținută de orice persoană fizică sau juridică de drept public sau de drept privat care, în cadrul unui raport juridic civil, acționează în scopuri ce țin de activitatea de întreprinzător sau profesională, chiar dacă persoana nu are scopul de a obține un profit din această activitate. Este important că drept beneficiari finali ai acestor raporturi contractuale servesc, la fel ca și în raportul juridic asigurător – prestator de servicii medicale, *persoanele fizică terțe*. Însă aici se impune o precizare: dacă în cazul raportului juridic dintre asigurător și prestatorul serviciilor medicale, în calitate de persoană terță beneficiară apare persoana asigurată în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, atunci în cazul raportului juridic dintre asigurător și prestatorul de servicii farmaceutice calitatea de persoană terță beneficiară o deține orice *persoană înregistrată la medicul de familie*, conform datelor din sistemul informațional al asigurătorului.

Și acest raport juridic are drept sursă de apariție (directă și unică) un act juridic de natură convențională – *contractul-tip privind eliberarea medicamentelor și a dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală*. Acest contract-tip, care face parte, de rând cu *contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și contractul privind livrarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate către prestatorii de servicii farmaceutice*, din categoria celor trei contracte-cadru, operaționale în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, a fost aprobat prin *Hotărârea Guvernului nr. 106 din 23.02.2022 „Cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie”* [13].

În afară de subiecții participanți, sub aspect structural acest raport juridic este format din conținut, materializat sub forma totalității drepturilor și obligațiilor participanților la raportul respectiv, apărute pe cale mixtă (normativ-contractuală) și din obiectul raportului, constituit din conduita participanților la raportul respectiv; adică din acțiunea la care este îndreptățit subiectul activ (eliberarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate persoanelor asigurate) și acțiunea la care este obligat subiectul pasiv (achitarea costului medicamentelor și/sau al dispozitivelor respective). Modificarea sau suspendarea raportului respectiv poate interveni în cazurile și condițiile, stipulate în sursa de apariție a raportului – în contractul privind eliberarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale, compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

Raportul juridic dintre asigurător și furnizorul de medicamente și dispozitive medicale

Această categorie de raporturi juridice a avut drept premiză juridică normativă reglementările, conținute în *Legea pentru modificarea unor acte normative nr. 119 din 16.09.2021* [14], și anume completarea Legii nr. 1585/27.02.1998 cu un nou articol - articolul 7² „Contractul privind livrarea medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate către prestatorii de servicii farmaceutice”. Evident că introducerea unui nou contract-cadru în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, a generat, în urma încheierii contractelor respective, și apariția unor noi raporturi juridice în sistem – a *raporturilor juridice de asigurare a existenței în stoc a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate, precum și de livrare a acestora către prestatorii de servicii farmaceutice, contractați de asigurător*. Astfel, sursa de apariție a acestor raporturi este, la fel ca și în cazul raporturilor juridice de eliberare către persoanele înregistrate la medicul de familie, a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale, compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, una cu caracter mixt – normativ-contractuală. Potrivit legii, prin intermediul încheierii acestui contract dintre asigurător și furnizorul de medicamente și dispozitive medicale, ultimul se obligă să asigure existența în stoc a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate, precum și livrarea acestora către prestatorii de servicii farmaceutice, contractați de asigurător.

Contractul-model în cauză, care servește în calitate de izvor direct al unui raport juridic concret în acest domeniu, se conține în Anexa nr. 2 la *Hotărârea Guvernului nr. 105 din 23.02.2022 „Cu privire la aprobarea mecanismului de negociere pentru includerea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”* [15].

Aici este important de a menționa și faptul că, spre deosebire de cazul raporturilor juridice de prestare a serviciilor medicale, care își au sursa în contractul-tip respectiv, aprobat prin *Hotărârea Guvernului nr. 770 din 09.11.2022*, în cazul raporturilor juridice de asigurare a existenței în stoc a medicamentelor și/sau a dispozitivelor medicale compensate, precum și de livrare a acestora către prestatorii de servicii farmaceutice, contractați de asigurător, Guvernul operează, în textul contractului-model cu formula de *rezoluțiune a raporturilor contractuale*, care poate interveni numai în prezența acordului comun al subiecților raportului respectiv.

Concluzii

Sub aspect general raporturile juridice, generate în interiorul sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală, indiferent de statutul juridic individual al participanților la raporturile respective, sunt raporturi juridice de drept public. În acest sens, chiar dacă scopul primar al mecanismului social complex al sistemului asigurărilor obligatorii de asistență medicală era deservirea unui interes de natură privată al celor mai importanți beneficiari ai acestui sistem – al pacienților cu statut juridic de persoană asigurată – realizarea acestuia a fost pusă în aplicare de către stat prin intermediul unor norme juridice cu caracter imperativ (de regulă). Normele în cauză generează, la rândul lor, prin intermediul elementelor utilizabile și aplicabile în toate raporturile juridice, o gamă diversă de raporturi juridice separate, dar plasate cumulativ sub umbrela celui mai important și complex raport juridic din domeniul ocrotirii sănătății – a raportului de asigurare obligatorie de asistență medicală.

Referințe:

1. *Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr. 1585 din 27.02.1998*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 1998, nr. 38-39. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=16154&lang=ro#
2. SADOVEI, Nicolae, *Drept Medical. Volumul I. Teoria Generală a Dreptului Medical*. Chișinău, CEP USM, 2020, 356 p.
3. *Hotărârea Guvernului nr. 156 din 11.02.2002 „Cu privire la organizarea și funcționarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină”*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2002, nr. 27-28. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=123552&lang=ro
4. MAZILU, Dumitru, *Teoria generală a dreptului*. București, Editura All Beck, 1999.
5. *Hotărârea Guvernului nr. 1387 din 10.12.2007 „Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală”*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2007, nr. 198-202. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=136680&lang=ro
6. *Codul Muncii al Republicii Moldova, nr. 154 din 28.03.2003*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2003, nr. 159-162. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138809&lang=ro
7. *Pentru detalii, a se consulta art. 30 din Legea cu privire la funcția publică și statutul funcționarului public, nr. 158 din 04.07.2008*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2008, nr. 230-232. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138899&lang=ro
8. *Codul Educației al Republicii Moldova, nr. 152 din 17.07.2014*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2014, nr. 319-324. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138940&lang=ro
9. *Lege cu privire la ajutorul social, nr. 133 din 13.06.2008*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2008, nr. 179. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=139102&lang=ro
10. *Hotărârea Guvernului nr. 770 din 09.11.2022 „Cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și modificarea unor hotărâri ale Guvernului”*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2022, nr. 363-373. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=134126&lang=ro

11. SADOVEI, Nicolae, *Dihotomia raportului juridic de muncă. Studiu monografic*. Chișinău, „Garomont-Studio”, 2011, 203 p.
12. *Codul Civil al Republicii Moldova, nr. 1107 din 06.06.2002*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2019, nr. 66-75. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=138259&lang=ro
13. *Hotărârea Guvernului nr.106 din 23.02.2022 „Cu privire la prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie”*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2022, nr. 61-67. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130165&lang=ro
14. *Legea pentru modificarea unor acte normative, nr. 119 din 16.09.2021*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2021, nr. 239-248. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=128046&lang=ro
15. *Hotărârea Guvernului nr. 105 din 23.02.2022 „Cu privire la aprobarea mecanismului de negociere pentru includerea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală”*. În: *Monitorul Oficial al Republicii Moldova*, 2022, nr. 61-67. Disponibil: https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130160&lang=ro

Notă: Acest articol a fost elaborat în cadrul Proiectului „Protecția consolidată a drepturilor pacientului în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală”, cifrul 20.80009.0807.30, Program de Stat (2020-2023), realizat în cadrul Centrului Interuniversitar de Drept Medical, Universitatea de Stat din Moldova.

Date despre autor:

Nicolae SADOVEI, doctor habilitat în drept, conferențiar universitar, Centrul Interuniversitar de Drept Medical, Departamentul Drept Privat, Facultatea de Drept, Universitatea de Stat din Moldova.

E-mail: nicolae.sadovei@gmail.com

Tel.: 067152260

ORCID: 0000-0003-2169-1851

Prezentat la 15.09.2023