

NOTĂ INFORMATIVĂ
la proiectul de lege pentru modificarea Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995

1. Denumirea autorului și, după caz, a participanților la elaborarea proiectului
Proiectul de lege pentru modificarea unor acte normative a fost elaborat de un grup de deputați în colaborare cu reprezentanți ai Ministerului Sănătății.
2. Condițiile ce au impus elaborarea proiectului de act normativ și finalitățile urmărite
<p>Prezentul proiect de lege a fost elaborat în scopul urgentării modernizării spitalelor care la moment au o infrastructură învechită, cu rețele inginerești vechi, fără ventilare, cu risc înalt de transmitere a infecțiilor nosocomiale, siguranță joasă a securității pacienților, cu lipsă de echipamente esențiale, nemaivorbind de echipamente performante, și în scopul îmbunătățirii accesului populației la servicii calitative spitalicești și asigurării unor condiții optime în spitale conform standardelor de activitate internaționale.</p> <p>În același timp modificările vin să susțină eficientizarea managementului spitalelor care a devenit defectuoasă, cu aspecte de influențe politice, or, se dorește depolitizarea sistemului de sănătate. La moment, într-o treime din spitalele raionale se află pe rol procese judiciare pe subiectul concursului pentru poziția de director, și aceasta atunci când multe din aceste spitale înregistrează datorii mari, iar unele sunt chiar aproape de falimentare.</p> <p>Conform prevederilor art.6 al Legii ocrotirii sănătății nr.411/1995, drept competență a autorităților administrației publice locale (APL) în domeniul asigurării sănătății populației este prevăzut că APL participă la consolidarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medico-sanitare (IMSP), fondate în condițiile legii. Astfel, având calitatea de Fondator, Consiliile raionale (CR) sunt obligate prin cadrul legislativ existent să investească în infrastructura spitalelor, însă, cu regret astăzi investițiile făcute de APL în spitale sunt derizorii. De exemplu în 2020 CR Basarabeasca a alocat 0,8% resurse în raport cu bugetul total al spitalului, CR Briceni – 0,9%, CR Cahul pentru un spital atât de mare – doar 1,5%, CR Cantemir – 0,9%, CR Căușeni – 0,9%, CR Dondușeni – 1,3%, CR Drochia – 0,8%. Doar câteva spitale raionale s-au putut bucura de investiții puțin mai mari ca altele – de circa 2-3% în raport cu bugetul total (Hâncești, Florești, Edineț, Orhei) dar departe de a fi suficiente. Total pentru a.2020 investițiile Consiliilor raionale au constituit 76 mln. lei, iar în 6 luni 2021 – 35 mln. lei. De la an la an aceste sume scad, necătând la indicele inflației. De exemplu în 2011 susținerea financiară din partea Fondatorilor a SR a constituit 64,3 mln. lei, iar în 2015 – 87,5 mln. lei, sau cu 11 mln. lei mai mult ca în 2020. Cel mai frecvent resursele financiare sunt acordate pentru reparații cosmetice, construcție de garduri, acoperișuri, întreținere și foarte puțin pentru echipamente moderne care sunt foarte costisitoare. Niciun spital nu a beneficiat de la Fondator de resurse pentru eficientizarea energetică a instituției, consumul de energie fiind unul absolut ineficient. Chiar sub Chișinău avem spital raional care se încălzește pe cărbune, APL nefiind în stare să treacă spitalul la alte surse de energie, mult mai curate și eficiente. Toate acestea, ca urmare influențează negativ calitatea și spectrul serviciilor medicale prestate populației.</p> <p>Totodată, nu putem să nu ținem cont de finanțarea disproporționată dintre raioane în funcție de teritorii, capacitatea diferită de finanțare a APL, dezvoltarea economică a</p>

raionului sau regiunii, etc., fapt care duce la o inechitate majoră a populației diferitor teritorii la serviciile medicale.

Spitalele se confruntă cu o **lipsă acută de echipamente și dispozitive**, dar și o utilizare ineficientă a acestora, lipsă de săli moderne de operații sau proceduri, în schimb în cadrul și pe teritoriul lor își desfășoară activitatea agenți economici privați care contrar cadrului legal, sub diferite forme de parteneriat, adesea nelegale și în detrimentul spitalelor, și-au instalat echipamentele chiar în centrul spitalelor raionale și obțin venituri din fondurile de asigurări obligatorii de asistență medicală. Veniturile ratate ale spitalelor raionale sunt enorme, subdiviziunile medicale spitalicești sunt puse în concurență neloială cu cele private și astfel, degradând cu încetul. Toate acestea duc la degradarea spitalelor, înrăutățirea calității serviciilor medicale, nemulțumirea pacienților, plecarea cadrelor medicale.

Până la urmă, în realitate, Ministerul Sănătății este autoritatea care investește în dezvoltarea spitalelor raionale, și nu autoritățile publice locale – Consiliile raionale. De exemplu doar în anii 2021-2022 spitalele raionale au fost asigurate centralizat de către Ministerul Sănătății cu următoarele echipamente: concentratoare de oxigen - 1065 unități; ventilatoare pulmonare – 215 unități; monitoare pentru pacienți – 420 unități; unități mobile de radiologie – 31 unități; generatoare de oxigen - 11 unități; paturi funcționale pentru terapie intensivă – 309 unități; electrocardiografe –56 unități; generatoare de electricitate – 5 unități; ultrasonografe - 21 unități; pulsoximetre – 670 unități; pompe pentru infuzii – 521 unități. În aceeași perioadă spitalele raionale au beneficiat de loturi de echipamente de protecție și medicamente utilizate în tratamentul Covid-19, cât și medicamente pentru acordarea asistenței medicale refugiaților din Ucraina.

Suma totală a bunurilor oferite instituțiilor medicale din raioane prin intermediul autorității centrale este circa de 1 401,6 milioane. lei.

În același timp, Fondatorul spitalelor raionale nu este cointerestat în a acorda servicii altor teritorii, spitalele raionale fiind puse în imposibilitatea de armonizare regională a acordării serviciilor, astfel ca să fie create centre subregionale, unele spitale de exemplu să preia unele domenii ca de exemplu serviciul perinatalogic, altele – oftalmologic, altele neurologie, etc., astfel creând un mecanism de distribuire rațională și uniformă a serviciilor care să producă venituri și să mențină spitalele. Potențialul uman al spitalelor este sub utilizat, tehnologiile moderne sunt departe de a fi prezente în practica lor, baza tehnico-materială neavând nici o perspectivă de a se dezvolta fără suportul Ministerul Sănătății. Un exemplu este că în Chișinău operațiile de cataractă sunt efectuate prin metoda laser, inofensivă, pe când în raioane – prin cea simplă, veche, agresivă, utilizată de zeci de ani, și aceasta doar din lipsa echipamentului modern. Sau domeniul chirurgiei – în spitalele raioane sunt o raritate operațiile mini-invazive, efectuate laparoscopic, care au o recuperare rapidă, o durată scurtă de spitalizare, și foarte puține complicații. Care este vina pacientului local în comparație cu cel din Chișinău să suporte consecințele unor operații realizate prin metode vechi? În așa condiții cadrele medicale de asemenea nu au nici o șansă să crească, să se dezvolte, iar tinerii medici nu vor dori niciodată să meargă în aceste localități. Într-un spital mic, care deservește un teritoriu mic, numărul de intervenții, manopere este unul de asemenea mic și aceasta duce la pierderea abilităților practice ale personalului medical.

Toate studiile efectuate până la momentul de față relevă un șir mare de probleme care se trag din an în an, fără a putea fi soluționate în formula administrativă actuală. Și dacă

În instituțiile terțiare, serviciile medicale sunt de o calitate mult mai înaltă, în cele raionale se atestă nu doar o altă calitate, dar mult mai frecvent este prezentă practica plăților neformale cât și formale, pentru serviciile acordate în spital (inclusiv pentru medicamente), dar și pentru servicii de ambulator, care tot serviciului spitalicesc sunt subordonate. (*“Își pot permite persoanele să achite serviciile de sănătate?” OMS; 2020*)

Pacienții sunt impuși foarte frecvent să-și procure singur medicamentele, dar și consumabile. Ponderea persoanelor care au achitat pentru servicii spitalicești și au raportat plăți informale s-a majorat substanțial în timp de la 60% în 2009 la 82% în 2012 (*Vian et al., 2015*).

Numărul de paturi de spital a rămas la același nivel cu anul 2000 și este în concordanță cu media pe regiune, dar este cu o pătrime mai mică decât media pe CSI. Între anii 2000 și 2013, numărul externărilor a crescut cu 35%, iar durata medie de ședere a scăzut cu 37%, atingând valori similare cu mediile regionale și rămânând cu 8% sub media CSI. (*Profile of health and wellbeing, WHO Regional Office for Europe, 2016*) și o așa structură a spitalelor atestă o ineficiență a utilizării mijloacelor financiare a Fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală (FAOAM), deoarece se atinge un efect de foarfece cu o medie de spitalizare pentru cazurile acute crescută și o durată medie de spitalizare scăzută, chirurgia de zi și tratamentul ambulatoriu fiind utilizate în volum minim. Cheltuielile financiare de întreținere a instituțiilor medicale spitalicești raionale sunt mari, dominate de costuri fixe, iar spațiul rămas, dedicat pentru prestarea serviciilor medicale care include tratamentul pacienților ca atare, procurarea medicamentelor și consumabilelor, mentenanța și dotarea fiind minim.

Unele studii spun că în gestionarea evenimentelor acute legate de boli non-transmisibile cronice sau de tratament al cancerului, sunt sprijinite instituțiile care efectuează proceduri extrem de complexe, centrele care se ocupă de un număr mare de cazuri, ele și înregistrând rezultate semnificativ mai bune decât cele cu un număr mic. Republica Moldova se află în proces de revizuire și definire a rolurilor administrative și tehnice pentru nivelurile raionale, regionale și centrale de decade întregi, fără a veni până acum cu careva strategii. În special, **nivelul regional și raional are nevoie de o definire mai clară**. Întârzierea acestui proces va afecta toate sectoarele, inclusiv furnizarea de servicii de sănătate.

Contribuțiile celor trei niveluri nu sunt bine definite pentru controlul îngrijirilor cronice de sănătate. Ca urmare, toate cele **34 de raioane au un anumit nivel de servicii**, dar există o variație considerabilă în funcție de disponibilitatea specialiștilor și a infrastructurii. Circa 8 ani în urmă a fost elaborat un plan de reformă a spitalelor care prevedea centralizarea serviciilor secundare selectate între trei și șapte centre, restul raioanelor având un portofoliu mai general de servicii, dar acest plan nu s-a mai regăsit în politicile ce au urmat. Pentru infarctul acut de miocard și accidentul vascular cerebral, accentul s-a pus pe consolidarea serviciilor de urgență, inclusiv a serviciilor de ambulanță, și pe definirea și consolidarea mecanismelor de trimitere, dar aceasta este insuficient pentru a salva vieți, deoarece nu se poate asigura intervenția rapidă în perioada numită “fereastra de aur”. Desigur, au fost realizate îmbunătățiri în sistemul de asistență medicală de urgență prespitalicească (ambulanța), cu investiții atât în echipamente, transport, cât și în personal. Dar la nivel de trasabilitate, transfer și fortificare a serviciului de neurologie intervenționistă pentru ACV (accident cerebrovascular) nu s-a făcut

aproape nimic, nu s-au creat centre subregionale, iar structura actuală a spitalelor nu a fost modificată niciodată.

La fiecare oră, un moldovean suportă un accident vascular cerebral, iar la fiecare o oră și jumătate cineva își pierde viața în urma acestei maladii. Anual, peste zece mii de moldoveni sunt diagnosticați cu această maladie, dintre care aproape 8.000 decedează. În cazul în care pacientul are acces la ajutor medical de urgență după accident în următoarele două ore, șansele de supraviețuire și de recuperare cresc semnificativ. La acest capitol, abia acum, în iunie 2021, Ministerul Sănătății a aprobat un mecanism bine pus la punct de acordare a asistenței medicale persoanelor cu ACV la nivel de țară și își propune de la 1 ianuarie 2023 să dezvolte inclusiv 9 Centre primare de AVC la nivel raional, care vor acoperi întreaga țară dar vor fi dislocate în spitalele următoarelor raioane - Edineț, Soroca, Orhei, Ungheni, Hîncești, Căușeni, Cahul, Comrat și în Spitalul Clinic Bălți, pe care Ministerul Sănătății le va asigura pe fiecare cu tomografe computerizate, medicamente, instruirea medicilor și toate protocoalele necesare, astfel ca fiecare caz de AVC să fie rezolvat într-un timp cât mai scurt, asigurând succesul terapeutic, supraviețuirea pacientului, cât și evitarea complicațiilor și invalidizării.

Totodată, imposibilitatea autorității sanitare centrale să intervină în managementul spitalelor raionale, a dus la înregistrarea înrăutățirii mai multor indicatori principali de sănătate publică importanți pentru țară și nerealizarea obiectivelor de țară, așa ca mortalitatea maternă, mortalitatea neonatală etc. Se constată nerespectarea strictă a regionalizării asistenței medicale acordate mamei și copilului pe niveluri: sarcinile și nașterile patologice de nivelul III se rezolvă la nivelele I și II, adică la nivel raional, ceea ce duce la complicații pentru mamă și făt. Majoritatea absolută a Centrelor Perinatale de nivelul I din cadrul spitalelor raionale se confruntă cu dificultăți în asigurarea asistenței medicale perinatale în regim nonstop 24/24 ore pentru a asigura un act medical de calitate, din cauza insuficienței cadrelor medicale de medici obstetricieni, neonatologi, anesteziologi, moașe și a dotărilor necesare cu utilaj medical (monitoare, USG, incubatoare, etc.). În unele Centre Perinatale (Ciadîr-Lunga, Căușeni, Hîncești, Soroca și Ungheni) la moment lucrează numai cîte 1-2 medici neonatologi sau medici pediatri care nu pot asigura asistența continuă pe parcurs a 24/24 ore. Și mai complicată este situația în Centrele Perinatale de nivelul I - la Vulcănești serviciul nu este asigurat cu medic obstetrician 24/24 ore; totodată, în Centrele Perinatale de nivelul I - Ialoveni și Cimișlia serviciul nu este asigurat cu medic anesteziolog 24/24 ore. La ora actuală cu medic neonatolog 24/24 ore serviciul este asigurat doar în un singur Centru Perinatal de nivelul I - Cantemir, în restul instituțiilor specialistul este chemat de la domiciliu sau înlocuit cu alt specialist (medic pediatru, sau alți specialiști). Nici o maternitate și nici un spital raional nu dispune de un sistem modern de ventilare. 20% din maternitățile raionale nu dispun de grupuri sanitare, unele nici de lavoare în salon.

În anul 2022, numărul cazurilor de mortalitate maternă este în creștere, cu înregistrarea deceselor din cauze obstetricale indirecte și directe, fapt ce a afectat negativ rata mortalității materne în Republica Moldova, care s-a triplat, comparativ cu nivelul anului 2020 (16,3 la 100 000 născuți vii), estimat de 55 la 100 000 născuți vii (media europeană 13 la 100 000 născuți vii). Majoritatea deceselor materne din cauze obstetricale directe care au avut loc, sau au fost condiționate de complicații severe, au debutat în maternitățile din cadrul spitalelor raionale unde au fost constatate multiple neconformități și greșeli în conduita clinică la nivel spitalicesc. Astăzi, din mai multe motive, aceste instituții nu pot asigura o asistență medicală perinatală în conformitate cu cerințele standardelor în

vigoare, iar în cazurile survenirii unor complicații obstetricale majore, nu dispun de capacități necesare de redresare a situației clinice, iar astfel, devin riscante, inclusiv pentru survenirea decesului matern.

Cazurile femeilor decedate în 2022 din cauze obstetricale directe, 7 la număr, sunt asemănătoare celor din anii precedenți, și majoritatea din ele au avut loc, sau au început în Centre Perinatale de nivel I din spitale raionale și la domiciliu, fiind provocate de hemoragii masive, și cu regret nu s-a reușit de rezolvat aceste cazuri în aceste instituții.

În 2012, Ministerul Sănătății a inițiat un proces de descentralizare și regionalizare a serviciilor de chimioterapie, care de asemenea nu a fost dus la final. Scopul final este de a aduce serviciile de chimioterapie, tratament IMA și ACV cât mai aproape de pacienți, prin crearea atât a spitalelor regionale în regiunile Nord (Bălți) și Sud (Cahul) pe lângă serviciile existente în prezent la Institutul Oncologic din capitală, dar și alte centre regionale și subregionale în domeniul neurologiei.

Deciziile privind centralizarea versus descentralizarea serviciilor trebuie să ia în considerare o serie de factori, inclusiv: volumul serviciilor care urmează să fie furnizat (de exemplu, screening-ul cancerului de col uterin are un volum mare, în timp ce intervențiile pentru IMA ar fi mai mici); costul și expertiza tehnică necesare pentru furnizarea serviciului (de exemplu, administrarea de trombolitice nu este solicitantă din punct de vedere tehnic sau cu cost ridicat, în timp ce angiografia coronariană și stentarea sunt scumpe); disponibilitatea resurselor umane (de exemplu, formarea de echipe pentru intervenții în ACV în spitalele inter-raionale sau raionale care este aproape imposibilă în mediul actual); fezabilitatea transportării pacienților la niveluri superioare de îngrijire unde pot fi furnizate servicii mai tehnologizate. Protocoalele clinice actuale nu conțin recomandări clare de trimitere care să reflecte regionalizarea furnizării de servicii pe baza criteriilor reflectate mai sus. Acest lucru are ca rezultat faptul că unii pacienți sunt gestionați la nivel regional, dar nu primesc serviciile de care au nevoie (de exemplu, tratament trombolitic), iar alții primesc servicii descentralizate de o calitate insuficientă (de exemplu, citologie de col uterin fără asigurarea calității sau mamografie efectuată de radiologi fără experiență folosind echipamente învechite).

Este un paradox, dar pentru a descentraliza serviciile medicale și a le aduce mai aproape de cetățeni este nevoie de centralizarea spitalelor locale.

Cheltuielile FAOAM pentru îngrijirea spitalicească reprezintă 50% din bugetul total al sănătății, însă populația, prin structura spitalicească existentă nu poate beneficia de servicii de calitate în conformitate cu contribuțiile și așteptările lor.

Referindu-ne la consolidarea managementului sistemului de sănătate, trebuie să recunoaștem că o serie de provocări ale sistemului sunt create de probleme privind furnizarea de medicamente, sisteme informaționale deficitare, lipsă de coordonare între furnizori, etc., care reflectă faptul că, atât la nivel instituțional, cât și la nivel de sistem, ele necesită un management mai bun. Administratorii unităților sanitare sunt responsabili în fața administrației locale, care conduce spitalele raionale. Directorii unităților sanitare sunt selectați pe bază de concurs de către o comisie din cadrul Ministerului Sănătății, de comun acord cu autoritățile locale și sunt numiți de APL. În mod tradițional, echipa de management dintr-o unitate sanitară are o interacțiune mai slabă cu tot ce se întâmplă în sistem, cu subdiviziunile ministerului și alte autorități centrale sau specializate sanitare, accent fiind pe relația lor cu APL care este mai mult o relație politică și nu este conectată la proceduri de management sau proceduri specifice pentru implementarea ghidurilor de

practică clinică, monitorizarea indicatorilor de performanță, așa cum se specifică în contractul de muncă pentru directori și aceste acțiuni nu sunt integrate într-un singur concept sau proces de management al calității, spitalele raionale rămânând niște **insule ancorate în modele vechi de gestionare**. (*Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems; WHO; 2014*) Astăzi multe spitale sunt practic blocate ani de zile în funcții de interimat a managerilor sau în procese judiciare în instanță, fapt care duce la destrămarea colectivelor, plecarea medicilor, nemulțumirea pacienților.

Astăzi, cu regret, Republica Moldova se confruntă cu o inechitate de acces la serviciile spitalicești, structura lor fiind foarte diferită, fragmentată, inechitabilă și de o calitate joasă. Spitalele raionale nu au nici o șansă de dezvoltare. Această situație critică determină necesitatea ca Ministerul Sănătății să preia calitatea de Fondator pentru IMSP spitalele raionale. Ministerul Sănătății are posibilități mult mai mari de a organiza sistemul de sănătate în cel mai eficient mod, prin alocarea unor fonduri suplimentare, identificarea resurselor financiare suplimentare, monitorizarea proceselor clinice, elaborarea Planurilor strategice de dezvoltare a spitalelor, etc., fapt care va asigura o îmbunătățire semnificativă a calității serviciilor medicale spitalicești acordate populației, dar și satisfacția lor.

Modificarea actuală va permite ministerului să dezvolte fondul de paturi paliative și geriatrie, îngrijiri de durată și cronice, boli acute contagioase, serviciul de reabilitare atât de necesare unor categorii largi de pacienți, luând în considerare îmbătrânirea populației și tendințele demografice. Spitalele raionale au șansa de a deveni spitale moderne. La moment este inițiată de către minister procesul de asigurare a spitalelor raionale cu TC, analizatoare, ecografe, generatoare, stații de oxigen, echipamente pentru maternități care conțin mese și lămpi de operație, incubatoare pentru nou-născuți, aspiratoare chirurgicale, monitoare, ventilatoare neonatale, laringoscoape, mese de resuscitare, paturi, etc.

Totodată, luând în considerare demararea tuturor procedurilor de creare a două spitale regionale în Bălți și Cahul și progresul activităților în acest domeniu, finalizarea ajustării de către expertul străin al studiului de fezabilitate pentru spitalul regional Bălți, identificarea terenului necesar construcției în mun. Bălți, inițierii pregătirii tuturor documentelor pentru semnarea Acordului de finanțare între Banca Consiliului Europei și Guvernului Republicii Moldova și inițierea studiului de fezabilitate pentru spitalul regional Cahul, este necesară introducerea în Legea ocrotirii sănătății a noțiunii „IMSP (spitale) regionale”.

În același timp, este necesară ajustarea prevederii legislative care prevede ca Nomenclatorul serviciilor de îngrijire paliativă, regulamentul privind organizarea și desfășurarea activității serviciilor care acordă îngrijire paliativă, precum și standardele minime de calitate pentru serviciile de îngrijire paliativă se aprobă de către Guvern. Or, în timp ce toate celelalte servicii – de asistență medicală primară, urgentă, spitalicești, de reabilitare etc. sunt aprobate prin Regulamente de către Ministerul Sănătății, nu poate fi un singur tip de servicii, în cazul dat cel de îngrijiri paliative aprobat de către Guvern și contrapus celorlalte tipuri de servicii medicale, mai superior.

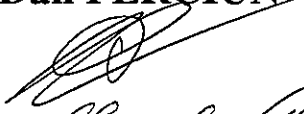
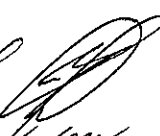







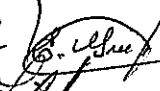

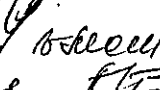


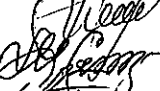
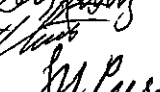

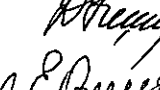



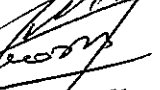
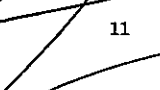


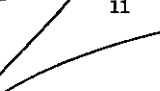
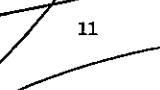
La dezvoltarea acestui proiect de inițiativă legislativă au fost luate în considerare concluziile și recomandările experților Organizației Mondiale a Sănătății, recomandările studiilor OMS realizate în Republica Moldova pe parcursul ultimilor ani, recomandărilor proiectului Asociației Internaționale pentru Dezvoltare “Modernizarea sectorului sănătății în Republica Moldova” ratificat prin Acordul de finanțare la 19.03.2015.

3. Descrierea gradului de compatibilitate, pentru proiectele care au ca scop armonizarea legislației naționale cu legislația Uniunii Europene
Proiectul respectiv nu are scop armonizarea legislației naționale cu legislația Uniunii Europene
4. Principalele prevederi ale proiectului și evidențierea elementelor noi
Principalele prevederi propuse în proiectul de lege: <ul style="list-style-type: none"> - transferul IMSP Spitale raionale, cu excepția celor fondate de Comitetul executiv al UTA Găgăuzia, în subordinea Ministerului Sănătății, care va exercita calitatea de Fondator al acestora; - transmiterea în proprietatea statului cu titlu gratuit a bunurilor și terenurilor IMSP Spitale raionale, cu excepția celor fondate de Comitetul executiv al UTA Găgăuzia; - introducerea noțiunii de „instituție medico-sanitară publică regională”; - intrarea în vigoare a prezentei legi la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.
5. Fundamentarea economico-financiară
Sub aspect financiar, implementarea prezentei legi va necesita mijloace financiare suplimentare pentru anul 2023 de circa 150 milioane lei din contul bugetului de stat, care vor fi identificate pe parcursul anului 2023. Totodată Ministerul Sănătății va precăuta și identifica mijloacele financiare necesare în vederea consolidării bazei tehnico-materiale a IMSP Spitale raionale și din contul altor surse permise de legislație, în special din sursele asistenței externe. Respectiv, cheltuielile ce țin de modernizarea și consolidarea bazei tehnico-materiale a IMSP, inclusiv a Spitalelor raionale, al căror fondator este Ministerul Sănătății, vor fi acoperite din contul și în limita mijloacelor financiare aprobate anual pentru acest scop.
6. Modul de încorporare a proiectului în sistemul actelor normative în vigoare
Prezentul proiect la moment nu prevede modificarea altor acte normative.
7. Avizarea și consultarea publică a proiectului
Potrivit Legii nr. 100/2017 cu privire la actele normative, anunțul privind inițierea procesului de elaborare a proiectului, precum și proiectul în cauză va fi plasat pe pagina web a Parlamentului. De asemenea va fi consultat și avizat de către Guvern și Centrul Național Anticorupție.
8. Constatările expertizei anticorupție
Proiectul va fi supus expertizei anticorupție.
9. Constatările expertizei de compatibilitate
Proiectul nu are ca scop armonizarea legislației naționale cu legislația Uniunii Europene.
10. Constatările expertizei juridice
Proiectul va fi supus expertizei juridice.
11. Constatările altor expertize
Proiectul nu conține prevederi de reglementare a activității de întreprinzător în sensul Legii nr. 235/2006 cu privire la principiile de bază de reglementare a activității de

întreprinzător, astfel decăzând necesitatea examinării acestuia de către Grupul de lucru pentru reglementarea activității de întreprinzător. Proiectul nu conține factori de risc, care pot genera apariția riscurilor de corupție. De asemenea, proiectul nu cade sub incidența altor expertize necesare a fi efectuate în condițiile Legii nr. 100/2017.

Deputați în Parlament:

Dan PERCIUN


Dorian Ibrăci 
Sinchevici Eugeniu 
Mudanu-Poșta A. 
Băbici Ion 
Olimpia Anu 
Oleg Canatui O. 
Karița Novac Ștef 
Borola Viorel 
Belsi Adrian 
Cojocari Eugenia 
Chin George 
Borbă Morcovă 
Măruț Valeriu 
Aghorghiesei George 
Popa, Bărbă 
Maria Pănce 
Maria Ponta 
Andrian Cheptanor 
Cusur Clărieș 
Dascălu Felia 
Dătrăuț Ersel 
Artemie Cătănoi 
ION SPAC 
Zarișcă Raluca 
Morozova Marina 
ION Găvruta 
Igor Găvruta 