

Dosarul nr.3ra-827/22
2-20117739-01-3ra-11082022

Prima instanță: Judecătoria Chișinău, sediul Râșcani (V. Dodon)
Instanța de apel: Curtea de Apel Chișinău (A. Minciuna, V. Negru, E. Palanciuc)

DECIZIE

01 februarie 2023

mun. Chișinău

Colegiul Civil, Comercial și de Contencios Administrativ lărgit
al Curții Supreme de Justiție

în componența:

Președintele ședinței, judecătorul
Judecători

Tamara Chișca-Doneva
Ala Cobăneanu
Iurie Bejenaru
Nicolae Craiu
Aliona Miron

examinând recursul depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină,
în cauza de contencios administrativ, la cererea de chemare în judecată depusă de
Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva Companiei Naționale de
Asigurări în Medicină cu privire la contestarea actelor administrative și încasarea
cheltuielilor de judecată,

împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, prin care a fost
admis apelul depus de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, s-a casat
hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani și s-a emis o nouă
decizie prin care s-a admis acțiunea formulată de Societatea cu Răspundere Limitată
„Denlenmed”,

c o n s t a t ă :

La 21 septembrie 2020, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a
formulat cererea de chemare în judecată în procedura contenciosului administrativ
împotriva Companiei Naționale de Asigurări în Medicină solicitând anularea raportului
de evaluare nr.05-06/01-61 din 21 august 2020, anularea pretenției nr.01-17/1572 din
02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu
Răspundere Limitată „Denlenmed”, precum și compensarea cheltuielilor de judecată.
Totodată, a solicitat suspendarea executării pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie
2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate, până la o hotărâre definitivă pe
prezentul litigiu pentru a nu perturba activitatea economică.

În susținerea acțiunii a invocat că este o instituție curativ-profilactică cu sediul în
mun. Cahul, strada Ștefan cel Mare 29A, în persoana administratorului Alexei Negru,
ce are la evidență 12 902 persoane în anul 2020. Societatea cu Răspundere Limitată
„Denlenmed” a încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină contractul

nr. XXXXX din XXXXX cu modificările operate prin acordurile adiționale din XXXX și XXXXX.

A indicat că urmare a Ordinului nr.202-A din 07 august 2020 a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, cu modificările operate prin ordinul nr.206-A din 12 august 2020, a fost efectuată evaluarea inopinată la prestatorul Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” privind respectarea prevederilor contractelor menționate, corectitudinea eliberării medicamentelor compensate din FAOAM și raportarea acestora, cu accent asupra veridicității datelor incluse în Rapoartele înaintate de Compania Națională de Asigurări în Medicină. Iar despre prevederile Ordinului nr.206-A din 12 august 2020 a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină conducerea instituției nu a fost înștiințată.

A menționat că la 22 august 2020, a luat cunoștință cu rapoartele de evaluare și după o analiză minuțioasă a fiecărui punct în parte, a constatat că nu s-a ajuns la examinarea cauzei în fond a fiecărui fapt constatat și prin urmare a considerat oportun de a fi făcute unele rectificări.

Astfel, a relatat că în municipiul Cahul se înregistrează un deficit natural al cadrelor medicale specializate, fapt care se încearcă a fi acoperit la minimul necesar pe fiecare segment de către prestator, fapt ce poate fi constatat și datorită creșterii cu 29,34% a numărului populației deservite de către Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” în anul 2020 față de anul precedent. Această creștere explică suplinirea responsabilității de evidență și distribuire a formularelor de rețete compensate de către asistenta superioară a cărei calificare și cunoștințe îi permite să își îndeplinească atribuțiile cu maxim profesionalism și care actualmente a fost deja aprobată în această poziție printr-un actual ordin intern, lucru care nu exclude responsabilitatea evidenței de returnare și a actelor de primire-predare, poziție ce urmează a fi suplinită ulterior identificării unei persoane calificate.

A susținut că pe lângă atribuțiile funcționale și responsabilitățile în calitate de director al instituției, Negru A. își exercită funcția de medic de familie, având la deservire 4 sate, care sunt amplasate la distanțe de până la 65 km, iar în perioada pandemiei, medicilor de familie le-a fost minimizat contactul cu potențialii bolnavi de Covid-19, riscul fiind asumat de directorul instituției și luând în considerație situația pandemică din țară și din întreaga lume a crescut considerabil fluxul de adresări a pacienților, respectiv a fost necesară implicare și în afara orelor de program a acestuia pentru a acoperi necesitățile minime ale pacienților.

Prin urmare, a invocat că toate acestea au dus și la creșterea numărului de rețete compensate prescrise de medicul Negru A. pentru a diminua rândul de așteptare la medicii de familie din instituție și, în același timp, pentru a face față cerinței prin implicarea întregului personal de medici din cadrul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

A remarcat că este neîntemeiată constatarea referitoare la neprezentarea tuturor cartelelor medicale, or, în luna mai anul 2020, în urma ploilor torențiale Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a fost inundată, totodată, a fost inundat și subsolul, în care se afla arhiva instituției. Astfel, cartelele medicale ale pacienților au fost inundate și deteriorate, o bună parte din ele fiind în proces de restabilire și renovare,

Însă multe au avut de suferit și din această cauză la solicitarea echipei de control nu a fost posibilă prezentarea imediată a acestora. Însă, indică că, la solicitare este disponibil să prezinte suplimentar toate materialele care confirmă incidentul, precum și actele oficiale emise de autoritățile competente.

Referitor la constatarea că au fost prescrise rețete neregulamentară cu depășirea cantității pentru 3 luni explică că populația celor 4 sate menționate sunt situate la o distanță de până la 65 km de municipiul Cahul, a invocat că, datorită perioadei sanitaro-epidemiologice incerte, care a cauzat o panică în rândul societății și accesul limitat la transportul public, care induce limitarea accesului la asistența farmaceutică din municipiul Cahul, menționând și lipsa farmaciilor în sate. Din motivele numite populația a solicitat eliberarea medicamentelor în surplus decât ar fi făcut-o anterior perioadei examinate. De altfel, și persoanele care sunt plecate peste hotarele țării și revin doar 1-2 ori pe an în țară, au solicitat prescrierea medicamentelor compensate pentru o perioadă mai mare de 3 luni.

Referitor la constatarea că un șir de pacienți pe parcursul perioadei evaluate au beneficiat de rețete compensate, a afirmat că conform prevederilor ordinului comun al MS și Compania Națională de Asigurări în Medicină nr.1087/721-A din 30 decembrie 2016 cu privire la aprobarea Regulamentului privind înregistrarea persoanei la medicul de familie din instituția medico-sanitară ce prestează asistență medicală primară în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, persoana are dreptul la libera alegere a medicului de familie precum și instituția medicală. Fiecărei persoane i se asigură accesul nelimitat și înregistrarea la un medic de familie, iar dacă este posibil și de alegere sau schimbare a acestuia, inclusiv schimbarea instituției medicale.

A notat că conform statisticii Republicii Moldova un număr mare de persoane zilnic emigrează din țară. În acest context, în ziua verificării persoanelor în baza de date perioada precedentă nu putea fi posibilă, deoarece unul din impedimente a servit drept temei lipsa energiei electrice în ziua respectivă. Toate acestea au dus la faptul că în ziua verificării persoanele cu IDNP menționat în raport nu au fost găsite pe lista medicilor de familie din instituție.

A considerat că controlul inopinat a fost efectuat contrar prevederilor legale în condițiile stării de urgență declarate de Parlamentul Republicii Moldova la 17 martie 2020. Comisia pentru Situații Excepționale a Republicii Moldova a instituit prin dispoziția nr.3 din 23 martie 2020 moratoriu asupra controlului de stat, până la data de 01 iunie 2020, moratoriul fiind prelungit prin dispoziția nr.10 din 15 mai 2020.

A subliniat că la 01 septembrie 2020, administratorul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, Alexei Negru, a depus contestație la raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină efectuat la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, însă, acest fapt nu este reflectat în pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, ceea ce consideră o încălcare de procedură admisă la emiterea pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020.

Sub acest aspect a insistat că raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 întocmit de Compania Națională de Asigurări în Medicină efectuat la Societatea

cu Răspundere Limitată „Denlenmed” și pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” emise de directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Valentina Buliga, sunt ilegale și neîntemeiate.

În scopul respectării procedurii prealabile, reclamanta a comunicat Companiei Naționale de Asigurări în Medicină despre faptul că în caz de nesoluționare a pretențiilor în termenul stabilit va fi nevoită să înainteze o acțiune în instanța de judecată pentru soluționarea litigiului. Cu toate acestea, s-a indicat că Compania Naționale de Asigurări în Medicină a lăsat fără răspuns cererea prealabilă adresată.

Prin încheierea din 27 octombrie 2020 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani, s-a respins, ca fiind neîntemeiată, cererea depusă de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” cu privire la suspendarea executării pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate, până la o hotărâre definitivă pe prezentul litigiu pentru a nu perturba activitatea economică.

Prin decizia din 01 martie 2021 a Curții de Apel Chișinău a fost respins recursul depus de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva încheierii din 27 octombrie 2020 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani.

Prin hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani, a fost respinsă, ca neîntemeiată, acțiunea depusă de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la anularea raportului de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 și a Pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării.

Invocând ilegalitatea hotărârii instanței de fond, la 03 august 2021, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a depus cerere de apel împotriva hotărârii din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani, iar la 29 decembrie 2021, a depus apelul motivat împotriva hotărârii instanței de fond, solicitând admiterea cererii, casarea integrală a hotărârii primei instanțe, cu pronunțarea unei noi hotărâri privind admiterea integrală a acțiunii formulate de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

Prin decizia din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, a fost admis apelul depus de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, s-a casat hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani și s-a emis o nouă decizie prin care s-a admis acțiunea formulată de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

S-a anulat Raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină efectuat la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” și pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

La 30 iunie 2022, Compania Națională de Asigurări în Medicină a depus recurs nemotivat împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, iar, la 24 august 2022, prin intermediul Direcției de evidență și documentare procesuală a Curții Supreme de Justiție, a depus recursul motivat împotriva deciziei instanței de apel, solicitând admiterea recursului, casarea deciziei instanței de apel, cu menținerea hotărârii instanței de fond.

În susținerea recursului a indicat că Compania Națională de Asigurări în Medicină a contractat servicii medicale de la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” în temeiul Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Compania Națională de Asigurări în Medicină conform atribuțiilor funcționale contractează atât prestatori publici cât și prestatori privați de servicii medicale și farmaceutice întru asigurarea beneficiarii de servicii medicale de către persoanele încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală care au dreptul la asistență medicală în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Or, Centrul Medicilor de Familie Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” anual înaintează oferta pentru a fi contractată de Compania Națională de Asigurări în Medicină întru prestarea serviciilor de asistență primară, raportat la numărul persoanelor înregistrate în cadrul instituției medicale, pe un teritoriu arendat.

Astfel, în perioada anilor XXXX Compania Națională de Asigurări în Medicină a semnat Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală cu prestatorul Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, nr.XXXXX din XXXX și ulterior Contractul nr.XXXX din XXXX.

Realmente, Compania Națională de Asigurări în Medicină potrivit contractului este obligată să verifice în corespundere cu clauzele contractului, prestarea de către instituția medicală a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate.

În rezultatul evaluării efectuate de medicii experți din cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, Centrul Medicilor de Familie Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” nu s-a conformat angajamentelor contractuale și a utilizat mijloacele financiare provenite din fondurile AOAM în alte scopuri decât cele indicate în contract.

Prestatorul Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” este obligat să asigure respectarea prevederilor actelor normative cu incidență la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (AOAM), să respecte condițiile contractuale, a ordinii de eliberare a medicamentelor compensate, a actelor de achiziție și a altor acte relevante pentru evidența, stocarea și decontarea medicamentelor compensate.

În consecință, Compania Națională de Asigurări în Medicină a expediat în adresa Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” Pretenția cu nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020, solicitând respectarea pct.3.1. al Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.XXXXX din XXXX și nr.XXXX din XXXX mijloace parvenite din fondurile AOAM, care au fost utilizate în alte scopuri decât obiectul Contractului. Din acest considerent, în temeiul art.14 alin.(5) a Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585 din 27 februarie 1998, Compania Națională de Asigurări în Medicină a solicitat Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” restituirea sumei de XXXX lei, drept mijloace financiare dezafectate din fondurile AOAM.

Prezenta sumă s-a format din: XXXX lei (prescrierea nejustificată a medicamentelor compensate) + XXXX lei (prescrierea rețetelor cu depășirea dozei medicamentului) + XXXX lei (prescrierii rețetelor în lipsa indicării informației în fișa medicală a pacientului) = XXXX lei - XXXXX lei (diminuarea sumei din factura fiscală rectificată și prezentată spre achitare) = XXXXX lei.

Subsidiar, Compania Națională de Asigurări în Medicină la 30 septembrie 2020, a sesizat Procuratura Generală a Republicii Moldova cu privire la examinarea exhaustivă a acțiunilor reprezentanților și angajaților Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” și Societății cu Răspundere Limitată „Cosgalmed” ce au prejudiciat fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală gestionate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

În rezultatul examinării sesizării, Procuratura a informat Compania Națională de Asigurări în Medicină privind transmiterea materialelor dosarului către unitatea responsabilă din cadrul organului Procuraturii privind demararea procesului penal în privința Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

Subsecvent, la data de 15 martie 2022, Compania Națională de Asigurări în Medicină prin Ordonanță a fost recunoscută în calitate de parte vătămată în cauza penală nr. XXXX, de către Procuratura pentru Combaterea Criminalității Organizate și Cauze Speciale Oficiul Sud, mun. Cahul.

Până la momentul depunerii cererii de chemare în judecată, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” nu a informat Compania Națională de Asigurări în Medicină în contextul înlăturării iregularităților depistate în rezultatul evaluării sau a transferării sumelor pretinse la contul Ministerului Finanțelor - Trezoreria de Stat.

Consideră că, instanța de apel neîntemeiat a anulat Raportul de evaluare nr. 05-09/01-61 din 21 august 2020 emis de echipa de control al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

Precizează că Compania Națională de Asigurări în Medicină nu este în drept să ofere instituțiilor medicale unele facilități din contul fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, deoarece potrivit actelor normative Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată să protejeze fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, evitând orice situație de achitare nejustificată a surselor financiare, întrucât orice prestator este obligat să se conducă de art. 7 alin. (1) din Legea nr. 1585/1998.

Echipa de evaluare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a estimat nivelul executării angajamentelor contractuale de către Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, a evaluat nivelul de corespundere cu clauzele Contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, cu acordul și în prezența administratorului instituției Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, Alexei Negru.

Scopul evaluării a urmărit oferirea unei asigurări rezonabile privind autenticitatea eliberării medicamentelor compensate și respectarea legislației în domeniu. Procesul de prescriere a medicamentelor compensate din fondurile AOAM este reglementat de prevederile Hotărârii Guvernului cu privire la modul de compensare a medicamentelor

în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală, nr.1372 din 23 decembrie 2005, a Ordinului Ministerului Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină cu privire la medicamentele compensate din fondurile AOAM, nr.492/139-A din 22 aprilie 2013 și a Ordinului Ministerului Sănătății și Compania Națională de Asigurări în Medicină nr.727/494-A din 21 septembrie 2016 „Despre aprobarea Regulamentului cu privire la organizarea tratamentului episodic în sala de tratamente/staționar de zi, cabinete de proceduri și la domiciliu, cu medicamente compensate din FAOAM a unor maladii frecvent întâlnite în practica medicului de familie” cu modificările și completările ulterioare.

Sub rezerva condițiilor prevăzute de legislația în vigoare, se impune a fi precizat că potrivit pct.5.1., 5.2., 5.21. și 5.31. din Contractele de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.XXXXX din XXXX și nr.XXXX din XXXX, Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept să rețină suma prejudiciului din contul transferurilor pentru luna imediat următoare sau, în cazul rezilierii Contractului, să acționeze Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” în judecată pentru încasarea forțată a acestor sume.

Or, se prezumă obligativitatea respectării condițiilor contractuale și ale actelor normative în vigoare din partea Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, însă, temei juridic de anulare a Raportului de evaluare efectuat în cadrul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” este nejustificat în lipsa trimiterilor la actul legislativ prezumat a fi încălcat de către echipa de evaluare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină la emiterea acestuia, în lipsa probelor concludente ce ar putea combate cele constatate în procesul evaluării în cadrul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, *per se* nu-și regăsește suport juridic pentru anularea constatărilor prenotate în Raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020.

Ținând cont de faptul că după recepționarea Raportului de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 de către Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, prestatorul nu a transferat benevol la contul Ministerului Finanțelor – Trezoreria de Stat sumele primite nejustificat din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, Compania Națională de Asigurări în Medicină a expediat în adresa prestatorului Pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020, solicitând în temeiul pct.5.32 din Contractul pre notat, să fie transferate sumele financiare primite nejustificat din partea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

În continuare menționează că instanța de apel a desconsiderat argumentele Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, precum că prestatorul medical în perioada 2019 – 31 iulie 2020 a prescris nejustificat preparatele Acidum ursodeoxycholicum și Silymarinum pentru pacienții diagnosticați cu Hepatită sau Ciroză hepatică.

Pentru evaluarea corectitudinii și argumentării prescrierii medicamentelor compensate cu Denumiri Comune Internaționale (DCI) - Acidum ursodeoxycholicum cu dozele 150, 250, 300 mg și Silymarinum cu dozele 140, 150 mg au fost evaluate registrele de evidență a populației (Formularul 166/e boli cronice) pe fiecare medic, în contextul identificării numărului persoanelor cu diagnosticul de Hepatită și Ciroză hepatică. Drept rezultat, s-a constatat că în total sunt la evidență 90 persoane cu

patologiile respective, însă, medicii de familie din cadrul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” au prescris cca 4 000 de rețete pacienților, în lipsa fișele medicale de ambulator și a înscripițiilor în cartelele medicale.

În acest context a punctat că potrivit datelor statistice în total pe țară sunt cca 48 000 persoane diagnosticate cu hepatite și ciroză (sursă Programul Național de Combatere a Hepatitelor Virale B, C și D pentru anii 2017-2021, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.342 din 26 mai 2017). Respectiv, reiese că aproximativ 10% din rețetele prescrise sunt la evidență la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” (pag.4 din Raportul de evaluare emis de Compania Națională de Asigurări în Medicină), deoarece Acidum ursodeoxycholicum și Silymarinum conform prevederilor Ordinului MS și Compania Națională de Asigurări în Medicină nr.492/139-A se prescriu doar pacienților cu diagnosticul stabilit de hepatită sau ciroză hepatică.

Drept rezultat, echipa de evaluare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a constatat că contrar prevederilor pct.13 a Hotărârii Guvernului nr.1372 din 23 decembrie 2005 cu modificările ulterioare, inclusiv contrar prevederile Schemelor de tratament din Anexa nr.3 a Ordinului nr.727/494-A din 21 septembrie 2016, au fost prescrise rețete neregulamentar cu depășirea cantității pentru 3 luni pentru medicamentul compensat Acidum ursodeoxycholicum și cu depășirea de 30 zile pentru prescrierea medicamentului compensat Silymarinum, astfel prejudiciind fondurile AOAM gestionate de Compania Națională de Asigurări în Medicină cu suma totală de 4 470871,34 lei.

Instanța de apel a desconsiderat argumentele Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, precum că prestatorul medical nu a prezentat echipei de evaluare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină fișele medicale de ambulator a pacienților.

În perioada evaluării prestatorului medical Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, echipa de evaluare a solicitat verbal și în scris prezentarea cartelelor pacienților cărora au fost prescrise rețetele cu DCI-urile selectate Acidum ursodeoxycholicum și Silymarinum, fiind prezentate doar 120 fișe medicale de ambulator.

Administratorul instituției medicale Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, Alexei Negru a depus în scris o explicație către echipa de evaluare, comunicând că neprezentarea în termen a celorlalte fișe medicale se explică prin faptul că personalul medical este încadrat în orele de primire și nu se reușește fizic, iar alte fișe medicale sunt în satele deservite sau la pacienți, or, în final vor fi prezentate echipei de evaluare (a se vedea anexa). Totodată, administratorul instituției medicale a invocat suplimentar că o bună parte din fișele medicale se află la o distanță de aproximativ 65 km, însă pe perioada de evaluare fișele medicale nu au fost prezentate.

A mai notat că la etapa evaluării din 10-14 august 2020, administratorul instituției medicale – Alexei Negru nu a invocat imposibilitatea prezentării fișelor medicale din cauza inundației provocate de ploaia din data de 19 iunie 2020, ulterior, doar prin Contestația înregistrată la data de 01 septembrie 2020 privind anularea Raportului de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020, s-a invocat inundația subsolului unde se

afla arhiva documentației medicale.

În opinia recurentei, se trezesc dubii că Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” deservind 14 279 de persoane au prezentat echipei medicilor experți pe parcursul a 5 zile de evaluare doar 120 fișe medicale ale pacienților.

Subsidiar, a mai menționat că prin Ordinul nr.17 din 19 iunie 2020 prezentat în cadrul ședinței Curții de Apel Chișinău, s-a dispus la pct.1 „restabilirea documentației medicale distruse în rezultatul inundației de ploaie din 19 iunie 2020”, însă, până în prezent nu au fost prezentate materialele foto/video care confirmă incidentul prenotat și nici fișele medicale restabilite, registrele medicale și blanchetele medicale sau concluziile organelor abilitate prin lege privind imposibilitatea de restabilire a lor.

Consideră că administratorul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, Alexei Negru, a inventat calamitatea naturală post factum, dat fiind faptul că în lipsa documentației medicale administratorul instituției nu poate justifica: prescrierea medicamentelor compensate în sumă de XXXX lei; la inițierea tratamentului episodic în sala de tratament, cabinetele de proceduri și la domiciliu lipsește Acordul informat al pacientului (aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății nr.303 din 06 mai 2010 cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat; în lipsa documentației medicale în cadrul tratamentului de susținere (de durată) în condiții de ambulator și a tratamentului episodic lipsește diagnosticul, indicația, doza medicamentului ținând cont de indicațiile medicale și necesitățile de tratament, cantitatea, numărul rețetei etc.; unii din pacienți au beneficiat de rețete compensate nefiind înregistrați pe lista medicului de familie în cadrul prestatorului medical, respectiv nici dovezi confirmative din partea Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” privind argumentarea achitării serviciilor respective în sumă totală de XXXX lei.

A mai invocat recurenta că instanța de apel a desconsiderat argumentul precum că prestatorul medical a utilizat în alte scopuri decât realizarea Contractului mijloace financiare alocate exclusiv pentru prestarea serviciilor medicale.

În acest context a indicat că mijloacele financiare parvenite din fondurile AOAM au fost utilizate în alte scopuri decât realizarea Contractului și a prevederilor Programului unic, în sumă totală de XXXX lei, formată din procurarea unui teren destinat pentru construcție cu suprafața de XXXX ha, cu construcție din 01 – casă de locuit individuală și 3 construcții adiacente.

Conform art.244 alin.(1) din Codul administrativ, hotărârile curții de apel ca instanță de fond, precum și deciziile instanței de apel pot fi contestate cu recurs.

În conformitate cu art.245 alin.(1) și (2) Cod administrativ, recursul se depune la instanța de apel în termen de 30 de zile de la notificarea deciziei instanței de apel, dacă legea nu stabilește un termen mai mic. Instanța de apel transmite neîntârziat Curții Supreme de Justiție recursul împreună cu dosarul judiciar. Motivarea recursului se prezintă Curții Supreme de Justiție în termen de 30 de zile de la notificarea deciziei instanței de apel. Dacă se depune împreună cu cererea de recurs, motivarea recursului se depune la instanța de apel.

Curtea de Apel Chișinău a pronunțat decizia contestată la 22 iunie 2022 (f.d.239,

240-248, vol.I).

Materialele cauzei atestă că, la 28 iunie 2022, prin intermediul poștei electronice, Curtea de Apel Chișinău a notificat recurentei dispozitivul deciziei recurate (f.d.3, vol.II).

La 30 iunie 2022, Compania Națională de Asigurări în Medicină a depus recurs nemotivat împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău solicitând casarea deciziei instanței de apel și menținerea hotărârii din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani (f.d.5, 6-7, vol.II).

La 28 iulie 2022, prin intermediul poștei electronice, Companiei Naționale de Asigurări în Medicină i-a fost notificată decizia motivată a instanței de apel (f.d.11, vol.II).

La 24 august 2022, prin intermediul Direcției de evidență și documentare procesuală a Curții Supreme de Justiție, Compania Națională de Asigurări în Medicină a depus recursul motivat împotriva deciziei instanței de apel, solicitând admiterea recursului, casarea deciziei instanței de apel, cu menținerea hotărârii instanței de fond (f.d.13-23, vol.II).

Astfel, completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție conchide că, cererea de recurs a fost depusă cu respectarea termenului prevăzut de art.245 din Codul administrativ.

La 24 august 2022, Curtea Supremă de Justiție a expediat în adresa Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, reprezentată de lichidatorul Veaceslav Stejar, copia recursului depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, cu înștiințarea despre necesitatea prezentării referinței.

La 19 septembrie 2022, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, reprezentată de lichidatorul Veaceslav Stejar, a depus referință la recursul declarat de Compania Națională de Asigurări în Medicină împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, solicitând declararea recursului inadmisibil sau subsidiar, respingerea acestuia, ca nefondat.

În susținerea referinței a reiterat circumstanțele de fapt invocate în cererea de chemare în judecată, precum și în cererea de apel.

Consideră că obiecțiile invocate de recurentă constituie o cumulare de norme și argumente generale care nu se încadrează în limitele acțiunii înaintate de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”. Recurenta nu a invocat nici o încălcare a normelor juridice de către instanța de apel, fiind invocate alegații care pe de o parte nu au răsturnat ilegalitatea Raportului de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 și Pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020, pe de altă parte nu pot constitui temei de examinare în recurs și casare a unei decizii judecătorești legale și întemeiate.

La 15 noiembrie 2022, Curtea Supremă de Justiție a expediat în adresa Companiei Naționale de Asigurări în Medicină copia referinței depuse de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, la recursul depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, pentru informare.

Prin încheierea din 16 noiembrie 2022 a Curții Supreme de Justiție s-a declarat admisibil recursul depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău și s-a numit spre examinare în complet de cinci judecători.

În conformitate cu prevederile art.247 Cod administrativ, Curtea Supremă de Justiție examinează și soluționează recursul fără ședință de judecată. Dacă consideră necesar, Curtea Supremă de Justiție poate decide citarea participanților la proces.

La caz, completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție a considerat inoportun de a cita participanții la proces pentru a se pronunța cu privire la problemele invocate în recurs, deoarece criticele recurentului, au fost expuse cu suficientă claritate, părților fiindu-le create condiții egale de a cunoaște modul de derulare a procedurii în recurs, iar întru asigurarea respectării principiilor contradictorialității și disponibilității în drepturi, părțile au avut posibilitatea de depunere a referinței.

Aici, se impune a învedera că, examinarea cauzei în ordine de recurs în lipsa participanților la proces, nu poate fi calificată ca o limitare a dreptului de apărare și dreptului de acces la justiție, în condițiile în care participanții la proces beneficiază de un ansamblu de pârghii legale întru realizarea drepturilor sale.

Verificând argumentele invocate în recurs, în raport cu materialele cauzei, completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție conchide necesar de a admite recursul, a casa integral decizia din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, și emite o nouă decizie de menținere a hotărârii din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani, din considerentele ce urmează.

Potrivit art.248 alin.(1) lit.c) din Codul administrativ, examinând recursul, Curtea Supremă de Justiție adoptă decizie prin care casează integral decizia instanței de apel și emite o nouă decizie.

În conformitate cu prevederile art.194 alin.(2) coroborat cu prevederile art.21 și art.36 din Codul administrativ, în procedura de examinare a cererilor de recurs, hotărârile și deciziile contestate se examinează din oficiu în privința existenței greșelilor procedurale și aplicării corecte a dreptului material.

În corespundere cu art.21 alin.(1) din Codul administrativ, autoritățile publice și instanțele de judecată competente trebuie să acționeze în conformitate cu legea și alte acte normative.

În corespundere cu art.22 alin.(1) din Codul administrativ, autoritățile publice și instanțele de judecată competente cercetează starea de fapt din oficiu.

Acestea stabilesc felul și volumul cercetărilor și nu sunt legate nici de expunerile participanților, nici de cererile lor de reclamare a probelor.

La fel, aplicabile sunt și prevederile art.244 alin.(2) coroborate cu art.231 alin.(2) din Codul administrativ, conform cărora pentru procedura de recurs se aplică corespunzător prevederile cap.III din cartea a treia, dacă din prevederile prezentului capitol nu rezultă altceva. Pentru procedura în apel se aplică corespunzător prevederile cap.II din cartea a treia, dacă din prevederile prezentului capitol nu rezultă altceva.

În sensul art.219 alin.(1) din Codul administrativ, instanța de judecată este obligată să cerceteze starea de fapt din oficiu în baza tuturor probelor legal admisibile, nefiind legată nici de declarațiile făcute, nici de cererile de solicitare a probelor înaintate de participanți.

Prin prisma alin.(2) și (3) al aceluiași articol, instanța de judecată depune eforturi pentru înlăturarea greșelilor de formă, explicarea cererilor neclare, depunerea corectă a cererilor, completarea datelor incomplete și pentru depunerea tuturor declarațiilor necesare constatării și aprecierii stării de fapt. Instanța de judecată indică asupra aspectelor de fapt și de drept ale litigiului care nu au fost discutate de participanții la proces. Instanța de judecată nu are dreptul să depășească limitele pretențiilor din acțiune, însă, totodată, nu este legată de textul cererilor formulate de participanții la proces.

Colegiul lărgit notează că unul dintre principiile procedurii de contencios administrativ potrivit art.36 din Codul administrativ, constituie principiul supremației dreptului, care prevede că instanța de judecată competentă să soluționeze acțiunile în contencios administrativ este obligată să respecte principiul supremației dreptului, în conformitate cu care demnitatea omului, drepturile și libertățile lui sunt considerate valori supreme și sunt garantate de stat. Instanțele de judecată competente aplică principiul supremației dreptului cu luarea în considerare a jurisprudenței Curții Europene pentru Drepturile Omului.

Conform jurisprudenței Curții Europene pentru Drepturile Omului instanța de judecată, potrivit regulilor unui proces echitabil pornind de la aprecierea rolului determinant al concluziilor sale, are obligația să examineze efectiv problemele esențiale care îi sunt supuse aprecierii (*cauza Hirro Balani c. Spaniei, nr.18064/91 din 09 decembrie 1994 §27*).

În conformitate cu art.220 din Codul administrativ, obținerea probelor în procedura contenciosului administrativ are loc conform art.87–93. O cerere de solicitare a probei depusă în ședința de dezbateri judiciare se respinge printr-o încheiere care se pronunță în aceeași ședință. Încheierea se motivează verbal. Argumentele esențiale ale motivării se consemnează în procesul-verbal al ședinței. Probele obținute cu încălcarea legii nu au forță probantă și nu pot fi puse la baza hotărârii judecătorești.

De asemenea, articolul 93 din Codul administrativ stipulează că, fiecare participant probează faptele pe care își întemeiază pretenția. Prin derogare de la prevederile alin.(1), fiecare participant probează faptele atribuite exclusiv sferei sale. Reglementări suplimentare sau derogatorii sunt admisibile doar în baza prevederilor legale.

Recapitulând esența litigiului în scopul verificării aplicării corecte a dreptului material și procedural, instanța de recurs reține următoarea stare de fapt.

Din cumulul probatoriu administrat speței, Completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție reține că, obiect al contenciosului administrativ în prezenta cauză îl constituie verificarea legalității actului administrativ individual defavorabil – Raportul de evaluare nr.05-06/01-61 din

21 august 2020, precum și pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

După cum rezultă din materialele cauzei, în baza ordinului directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.202-A din 07 august 2020, cu modificările operate prin ordinul nr.206-A din 12 august 2020, s-a dispus efectuarea evaluării inopinate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, cu tematica evaluarea calității serviciilor medicale prin prisma accesului tuturor persoanelor eligibile la medicamente compensate, inclusiv argumentarea prescrierii medicamentelor compensate, precum și utilizarea mijloacelor financiare din FAOAM.

Urmare a efectuării evaluării calității serviciilor medicale prin prisma accesului tuturor persoanelor eligibile la medicamente compensate, inclusiv argumentarea prescrierii medicamentelor compensate, precum și utilizarea mijloacelor financiare din FAOAM, la 21 august 2020, Direcția evaluare și monitorizare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a întocmit Raportul de evaluare nr.05-09/01-61, în conținutul căruia s-a indicat că au fost constatate următoarele: la inițierea tratamentului episodic în sala de tratamente, cabinete de proceduri și la domiciliu, lipsește Acordul informat, aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr.303 din 06 mai 2010 „Cu privire la asigurarea accesului la informația privind propriile date medicale și lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat”; în majoritatea cazurilor în documentația medicală de ambulatoriu prezentată cu derogare de la prevederile pct.12 și 14 din Hotărârea Guvernului nr.1372 și Anexei nr.1 la Ordinul comun al Ministerului Sănătății și al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.492/139-A din 22 aprilie 2013, în cadrul tratamentului de susținere (de durată) în condiții de ambulator și a Ordinului Ministerului Sănătății și a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.727/494-A din 21 septembrie 2016 în cadrul tratamentului episodic lipsește diagnosticul, indicația, doza medicamentului, cantitatea, numărul rețetei, nemaivorbind deja de evoluția maladiei în dinamică și/sau evoluția parametrilor clinico-paraclinici după caz și după administrarea tratamentului precum și consultația specialistului. Astfel, au fost prescrise medicamente compensate nejustificat, adică în lipsa confirmării maladiei sau condițiilor speciale sau fără a fi prezentată dovada în cartelă în sumă totală de XXXXX lei. Totodată, contrar prevederilor pct.13 a Hotărârii Guvernului nr.1372 și a prevederilor Schemelor de tratament din Anexa nr.3 la Ordinul nr.727/494-A din 21 septembrie 2016, au fost prescrise rețete neregulamentare cu depășirea cantității pentru 3 luni (Acidum ursodeoxycholicum) și pentru 30 zile (Silymarinum) în sumă totală de XXXX lei; pentru majoritatea rețetelor facturate în perioada evaluată nu au fost prezentate cartelele pacienților, respectiv nici dovezi confirmative privind argumentarea achitării serviciilor respective în sumă totală de XXXX lei; un șir de pacienți pe parcursul perioadei evaluate au beneficiat de rețete compensate contrar prevederilor pct.9 din Hotărârea Guvernului nr.1372, nefiind înregistrați la medicul de familie în cadrul prestatorului cum ar fi persoanele cu IDNP: XXXXX, XXXXXX, XXXXXX, XXXXX, XXXXXX, XXXXX, XXXXX, XXXXX, XXXXXX, XXXXX, XXXXX, XXXXXX ș.a. (f.d.10-14, vol.I).

La 01 septembrie 2020, Societatea cu Răspundere Limitată „Cosgalmed” și Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” au depus contestație asupra

raportului de evaluare nr.05-09/01-60 din 21 august 2020, prin care au solicitat anularea raportului de evaluare (f.d.23-28, vol.I).

La 02 septembrie 2020, în scopul asigurării unei asistențe medicale oportune și calitative, precum și gestionării eficiente a resurselor provenite din FAOAM, Compania Națională de Asigurări în Medicină a emis pretenția nr.01-17/1572, prin care, în adresa directorului S.R.L. „Denlenmed” au fost înaintate următoarele cerințe: a ține sub control respectarea prevederilor Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală; a asigura utilizarea mijloacelor FAOAM strict pentru acoperirea cheltuielilor necesare realizării prevederilor Programului unic, în conformitate cu legislația în vigoare din domeniu; în conformitate cu prevederile art.14 alin.(5) al Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, a transfera mijloacele financiare dezafectate în sumă de XXXXX lei și penalitatea în sumă de XXXXX lei; în conformitate cu prevederile pct.5.2¹ a Contractului, a transfera la contul beneficiar indicat mijloacele financiare în sumă de XXXX lei pentru prescrierea neregulamentară/neargumentată a rețetelor pentru medicamente compensate în cadrul tratamentului de susținere (de durată) și în cadrul tratamentului episodic, iar XXXX lei vor fi excluse din factura prezentată de Societatea cu Răspundere Limitată „Cosgalmed” pentru luna iulie 2020; în termen de 20 de zile de la data emiterii Pretenției a prezenta Companiei Naționale de Asigurări în Medicină informația despre măsurile întreprinse în rezultatul evaluării, cu anexarea documentelor justificative și alte dovezi în acest sens (f.d.15-19, vol.I).

Nefiind de acord cu raportul de evaluare și pretenția menționată mai sus, la 04 septembrie 2020, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a depus la Compania Națională de Asigurări în Medicină cerere prealabilă prin care a solicitat anularea raportului de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 și anularea Pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” (f.d.20-22, vol.I).

Prin decizia emisă în procedură prealabilă nr.01-05/1594 din 07 septembrie 2020, Compania Națională de Asigurări în Medicină a respins cererile prelabile depuse de Societatea cu Răspundere Limitată „Cosgalmed” și Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

Invocând ilegalitatea actelor administrative enunțate supra, la 21 septembrie 2020, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a înaintat în instanța de contencios administrativ acțiune prin care a solicitat anularea Raportului de evaluare nr.05-06/01-61 din 21 august 2020 emis de Compania Națională de Asigurări în Medicină, anularea Pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, precum și compensarea cheltuielilor de judecată.

Fiind investită cu judecarea cauzei în fond, Judecătoria Chișinău, sediul Râșcani, prin hotărârea din 06 iulie 2021 a respins, ca neîntemeiată, acțiunea formulată de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la anularea Raportului de evaluare nr.05-09/01-61 din

21 august 2020 și a Pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

Instanța de fond a reținut că deși, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a contestat Raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 și Pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării, invocând ilegalitatea acestora, nu a anexat acte doveditoare suplimentare care să fie contrapuse constatărilor.

Prin urmare, prima instanță a constatat că Raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 și Pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 au fost emise de autoritatea publică competentă conform procedurii stabilite de lege, considerente din care acțiunea formulată de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a fost respinsă.

Nefiind de acord cu soluția instanței de fond, la 03 august 2021, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, a depus cerere de apel împotriva hotărârii din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani, iar la 29 decembrie 2021, a depus apelul motivat împotriva hotărârii instanței de fond, solicitând admiterea cererii, casarea integrală a hotărârii primei instanțe, cu pronunțarea unei noi hotărâri privind admiterea integrală a acțiunii formulate de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

La rândul său, instanța de apel verificând legalitatea hotărârii primei instanțe, prin decizia din 22 iunie 2022 a admis apelul depus de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, a casat hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani și a emis o nouă decizie prin care a admis acțiunea formulată de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”. A anulat Raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină efectuat la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” și Pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

Instanța de apel a apreciat că, prima instanță just a stabilit circumstanțele cauzei, însă, a aplicat și interpretat eronat normele de drept material și a dat o apreciere eronată probatoriului administrat cauzei, ajungând la o soluție neîntemeiată.

Cu referire la prevederile Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr.1585 din 27 februarie 1998 precum și la prevederile Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, nr.71-A din 23 februarie 2018, instanța de apel a desconsiderat argumentele Companiei Naționale de Asigurări în Medicină care a susținut că prestatorul ar fi prescris nejustificat preparatele acidum ursodeoxycholicum și Silymarinum, punctând în acest context că, s-a stabilit, că în anul 2020 numărul populației deservite de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, a crescut cu 29,34 %, această creștere fiind justificată inclusiv de pandemia provocată de virusul COVID-19, care a afectat și Republica Moldova.

Instanța ierarhic inferioară a mai subliniat că creșterea numărului populației deservite pe parcursul anului 2020, justifică suplینirea responsabilității de evidență și

distribuire a formularelor de rețete compensate de către asistenta superioară, a cărei calificare și cunoștințe îi permite să-și îndeplinească atribuțiile și care ulterior, a fost deja aprobată în această poziție printr-un ordin intern al directorului Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

Instanța de apel a reținut, ca întemeiate, argumentele Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, care a susținut, că majorarea semnificativă a numărului populației deservite și pandemia de COVID-19, a dus la creșterea numărului de rețete compensate scrise de medicul de familie Negru A., pentru a diminua rândul de așteptare la medicii de familie din instituție și în același timp, pentru a face față cerințelor populației prin implicarea întregului personal de medici din cadrul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

Concomitent, au fost apreciate, ca fiind neîntemeiate constatările echipei de evaluatori din cadrul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină referitoare la neprezentarea tuturor fișelor medicale de ambulatoriu a pacienților, reținând sub acest aspect că, în luna mai 2020, în urma ploilor torențiale, oficiile instituției au fost inundate, fiind inundat inclusiv și subsolul instituției, în care se afla arhiva. Astfel, în urma inundării subsolului, cartelele medicale ale pacienților au fost inundate și deteriorate, o bună parte din ele fiind ulterior restabilite de instituție.

Inundarea arhivei instituției medicale, justifică imposibilitatea temporară a Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” de a prezenta toate fișele medicale ale pacienților.

Referitor la constatarea echipei de evaluatori cu privire la prescrierea rețetelor neregulamentară, cu depășirea cantității pentru 3 luni, instanța de apel a constatat că începutul anului 2020, a fost marcat de pandemia provocată de virusul COVID-19, iar această pandemie, în mod cert a majorat numărul persoanelor care s-au adresat la medic pentru prescrierea medicamentelor. Totodată, a stabilit că, în anul 2020, numărul persoanelor deservite de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a crescut semnificativ, iar toate aceste circumstanțe obiective, luate în cumul, justifică majorarea volumului de rețete eliberate.

În această ordine de idei, instanța ierarhic inferioară a conchis asupra temeiniciei acțiunii depuse de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, prin urmare a concluzionat rezonabil de a anula Raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020, precum și Pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020, aceasta fiind subsecventă pretenției de anulare a raportului.

Efectuând controlul judiciar al deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău și a hotărârii din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani, colegiul lărgit al instanței de recurs a constatat că, hotărârea primei instanțe este legală și întemeiată, iar decizia instanței de apel a fost emisă cu interpretarea în mod eronat a normelor de drept material, nu a elucidat toate circumstanțele importante ale cauzei, din următoarele considerente.

Completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție relevă că, instanța judecătorească apreciază probele după intima ei convingere, bazată pe cercetarea multiaspectuală, completă, nepărtinitoare și nemijlocită a tuturor

probelor din dosar în ansamblul și interconexiunea lor, călăuzindu-se de lege. Nici un fel de probe nu au pentru instanța judecătorească o forță probantă prestabilită fără aprecierea lor.

Fiecare probă se apreciază de instanță privitor la relevanța, admisibilitatea, veridicitatea ei, iar toate probele în ansamblu, privitor la legătura lor reciprocă și suficientă pentru soluționarea cauzei.

Ca rezultat al aprecierii probelor, instanța judecătorească este obligată să reflecte în hotărâre motivele concluziilor sale privind admiterea unor probe și respingerea altor probe, precum și argumentarea preferinței unor probe față de altele. Proba este declarată ca fiind veridică dacă instanța constată prin cercetare și comparare cu alte probe că datele pe care le conține corespund realității.

În aceeași ordine de idei, potrivit jurisprudenței stabilite, CEDO a învederat că unul din principiile legate de administrarea corectă a justiției se referă la hotărârile instanțelor de judecată, care ar trebui să explice în mod adecvat raționamentele pe care se bazează. Măsura în care se aplică această obligație de motivare poate varia în funcție de natura deciziei și trebuie determinată în funcție de circumstanțele cauzei (a se vedea *Moreira Ferreira*, ibidem, parag. 84; *Orlen Lietuva LTD. vs Lituania*, 29 ianuarie 2019, parag. 82).

Conform art.189 alin.(1) Cod administrativ, orice persoană, care revendică încălcarea unui drept al său prin activitatea administrativă a unei autorități publice, poate înainta o acțiune în contencios administrativ.

Potrivit prevederilor art.208 alin.(1) și alin.(3) Cod administrativ, în cazurile prevăzute de lege, până la înaintarea acțiunii în contencios administrativ, se va respecta procedura prealabilă. Dacă procedura prealabilă nu este prevăzută de lege, acțiunea în obligare se admite numai în cazul în care reclamantul a depus anterior la autoritatea publică competentă o cerere de emitere a actului administrativ individual.

Conform art.19 Cod Administrativ, cererea prealabilă este instituția care oferă o cale de soluționare prejudiciară a litigiilor administrative.

Conform art.162 Cod administrativ, procedura prealabilă urmărește scopul de a verifica legalitatea actelor administrative individuale. Dacă autoritatea publică nu soluționează petiția în termenele prevăzute de prezentul cod, persoana afectată este în drept să depună cerere prealabilă. Cererea prealabilă poate fi îndreptată spre: a) anularea în tot sau în parte a unui act administrativ individual ilegal sau nul; b) emiterea unui act administrativ individual.

În corespundere cu art.164 alin. (1) Cod Administrativ, cererea prealabilă se depune în scris la autoritatea publică emitentă.

Conform art.209 alin.(1) Cod administrativ, acțiunea în contestare și acțiunea în obligare se înaintează în decurs de 30 de zile, dacă legea nu prevede altfel. Acest termen începe să curgă de la: a) data comunicării sau notificării deciziei cu privire la cererea prealabilă sau data expirării termenului prevăzut de prezentul cod pentru soluționarea acesteia; b) data comunicării sau notificării actului administrativ individual, dacă legea nu prevede procedura prealabilă.

Astfel, reieșind din circumstanțele cauzei, Completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de

contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție concluzionează că, instanțele ierarhic inferioare corect au stabilit că, cererea de chemare în judecată în procedura contenciosului administrativ formulată de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a fost depusă cu respectarea procedurii prealabile, iar instanța sesizată era competentă să soluționeze litigiul în fond.

Completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție reține ca fiind aplicabile speței prevederile Legii nr.1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, prin prisma căreia legiuitorul a prevăzut că volumul asistenței medicale, acordate în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, se prevede în Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, denumit în continuare Program unic, care este elaborat de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale și aprobat de Guvern. Totodată, obiectul asigurării obligatorii de asistență medicală este riscul asigurat, legat de cheltuielile pentru acordarea volumului necesar de asistență medicală și farmaceutică, prevăzută în Programul unic.

În conformitate cu prevederile art.7 din Legea nr.1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, 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. Modelul contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă de Guvern.

Conform art.4 alin.(7)-(8) a Legii nr.1585 din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, asigurător este Compania Națională de Asigurări în Medicină și agențiile ei teritoriale (ramurale). Prestatorii de servicii medicale din sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală, denumiți în continuare prestatori de servicii medicale, sunt 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).

Potrivit art.12 alin.(1)-(2) lit.e) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Compania Națională de Asigurări în Medicină este organizație de stat autonomă, inclusiv cu autonomie financiară, nonprofit, și se înființează de Guvern. Compania Națională de Asigurări în Medicină este în drept să gestioneze fondurile stabilite de prezenta lege și să constituie suplimentar alte fonduri care au atribuție la medicină și sănătate.

În conformitate cu prevederile art.14 alin.(3)-(5) din Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, asigurătorul achită serviciile prestate de prestatorii de servicii medicale și farmaceutice în modul și în termenele prevăzute în contractele încheiate cu ei, dar nu mai târziu decât la expirarea unei luni de la data prezentării facturii de plată. Răspunderea pentru achitarea cu întârziere este stipulată în

contract. Prestatorii de servicii medicale răspund pentru serviciile medicale prestate contrar prevederilor legislației și clauzelor contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, pentru refuzul de a acorda asistență medicală persoanelor asigurate, pentru gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală contrar prevederilor clauzelor contractuale, precum și pentru împiedicarea monitorizării de către asigurator a executării contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale). Nu se admite dezafectarea de către prestatorii de servicii medicale a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sânt stabilite conform legislației și contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Pentru suma dezafectată, depistată în urma evaluărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată și o penalitate în mărime de 0,1% din suma depistată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care se vor transfera la conturile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

Colegiul lărgit al instanței de recurs notează că în scopul executării Legii nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.156 din 11 februarie 2002, Hotărârii Guvernului cu privire la aprobarea Contractului-tip de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.1636 din 18 decembrie 2002, a fost aprobat Regulamentul privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei. Direcția de evaluare și monitorizare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină va desfășura acțiunile de monitorizare și evaluare a prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, în conformitate cu prezentul Regulament.

Conform pct.4 al Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Ordinul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.71-A din 23 februarie 2018, în sensul prezentului Regulament, se definesc următoarele noțiuni principale: evaluare inopinată – evaluare neplanificată care se efectuează în scopul constatării efective a activității Prestatorului; raport de evaluare – document întocmit de membrii echipei de evaluare/reprezentantul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, care cuprinde constatări referitoare la aspectele evaluate; pretenție - cerință legală, înaintată Prestatorului în cazul constatării neexecutării obligațiilor contractuale, pentru înlăturarea iregularităților constatate ca urmare a evaluării și restituirea prejudiciului cauzat FAOAM.

Conform pct.22 al Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, raportul de evaluare va conține, în mod obligatoriu: 1) denumirea completă a Prestatorului, adresa, rechizitele bancare, cod fiscal și nr.de

contact ale Prestatorului; 2) tipul evaluării; 3) obiectul și temeiul efectuării evaluării; 4) date privind aspectele, documentele, care au fost supuse evaluării relevante scopului; 5) constatările și rezultatele evaluării; 6) referința expresă la prevederile actelor legislative și normative pe care le-a încălcat Prestatorul; 7) copiile documentelor examinate care confirmă încălcarea actelor normative în vigoare; 8) date privind durata și perioada supusă evaluării; 9) explicațiile în scris ale persoanelor responsabile și/sau ale angajaților; 10) numele complet și funcția persoanelor care au efectuat evaluarea.

Potrivit pct. pct.25-28 al Regulamentului privind monitorizarea și evaluarea prestatorilor de servicii medicale și farmaceutice, încadrați în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, prestatorul are dreptul, în termen de 5 zile lucrătoare de la recepționarea raportului de evaluare, în cazul dezacordului cu constatările efectuate de echipa de evaluare/reprezentantul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină să prezinte probe suplimentare argumentate documentar. Dezacordul se examinează de către Compania Națională de Asigurări în Medicină în comun cu membrii echipei de evaluare/reprezentantul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în termen de 5 zile lucrătoare. Urmare a evaluării se elaborează proiectul Pretenției și Dispoziției, care se prezintă directorului/vicedirectorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină spre semnare. Pretenția va stabili: 1) expres și clar, neregularitățile comise de Prestatorul supus evaluării, cu referințe directe la prevederile legale încălcate; 2) cerințele legale privind înlăturarea încălcărilor depistate și restituirea mijloacelor dezafectate inclusiv penalitățile conform prevederilor contractuale; 3) termenul în care urmează a fi înlăturate neregularitățile.

În asemenea circumstanțe, reieșind din conținutul normelor legale pre citate, colegiul lărgit al instanței de recurs apreciază ca fiind justă concluzia instanței de fond care a constatat că Raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 și Pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 au fost emise de autoritatea publică competentă conform procedurii stabilite de lege, iar Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, invocând ilegalitate acestora, nu a anexat suport probatoriu cert și verosimil care să răstoarne faptele constatate de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Sub acest aspect colegiul lărgit al instanței de recurs reține că la XXXX, între Compania Națională de Asigurări în Medicină și Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, a fost încheiat contractul nr.XXXXX de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, obiect al căruia l-a constituit acordarea asistenței medicale de către prestator, în volumul și de calitate prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, normele metodologice de aplicare a acestuia și de contract. S-a stabilit, că suma contractuală anuală este stabilită în mărime de XXXX lei, volumul anual de servicii medicale fiind specificat în anexele nr.1-2 la contract.

La XXXX, între Compania Națională de Asigurări în Medicină și Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, a fost încheiat contractul nr.XXXX de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, obiect al căruia l-a constituit acordarea asistenței medicale de

către Prestator, în volumul și de calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, normele metodologice de aplicare a acestuia și de contract. S-a stabilit, că suma contractuală anuală este stabilită în mărime de XXXX lei, volumul anual de servicii medicale fiind specificat în anexele nr.1-2 la contract.

Potrivit pct.2.1 din Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.XXXXX din XXXX și nr.XXXXX din XXXX, obiect al prezentului Contract îl constituie acordarea asistenței medicale de către Prestator, în volumul și de calitatea prevăzute de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - Programul unic), normele metodologice de aplicare a acestuia și de prezentul Contract.

Potrivit contractului prenotat, Compania Națională de Asigurări în Medicină este obligată să verifice în corespundere cu clauzele contractului prestarea de către instituția medicală a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate.

Din conținutul pct.3.1. al Contractului de prestare a serviciilor medicale, instanța de recurs reține că, Prestatorul se obligă să utilizeze mijloacele financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală numai pentru acordarea serviciilor medicale persoanelor încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și persoanelor neasigurate care au dreptul la asistență medicală specificată în Normele metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

Totodată, potrivit aceluiași punct al Contractului de prestare a serviciilor medicale, Prestatorul se obligă să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu legislația în vigoare.

În conformitate cu pct.5.3¹ din Contractul de prestare a serviciilor medicale, nu se admite dezafectarea de către Prestatori a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sunt stabilite conform legislației și prezentului Contract. Pentru sumele dezafectate, depistate în urma evaluărilor și monitorizărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată și se va aplica o penalitate în mărime de 0,1% din sumă pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care se va transfera la conturile Companiei.

Despre neadmiterea dezafectării de către Prestatori a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sunt stabilite conform legislației se reține și din conținutul prevederilor art.14 alin.(5) din Legea nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală.

Colegiul lărgit al instanței de recurs reiterează că în baza Ordinului directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr.202-A din 07 august 2020, cu modificările operate prin ordinul nr.206-A din 12 august 2020, s-a dispus efectuarea evaluării inopinate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, cu tematica evaluarea calității serviciilor medicale prin prisma accesului tuturor

persoanelor eligibile la medicamente compensate, inclusiv argumentarea prescrierii medicamentelor compensate, precum și utilizarea mijloacelor financiare din FAOAM.

Urmare a efectuării evaluării calității serviciilor medicale prin prisma accesului tuturor persoanelor eligibile la medicamente compensate, inclusiv argumentarea prescrierii medicamentelor compensate, precum și utilizarea mijloacelor financiare din FAOAM, la 21 august 2020, Direcția evaluare și monitorizare a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină a întocmit raportul de evaluare nr.05-09/01-61, iar la 02 septembrie 2020, în temeiul Raportului de evaluare nr.05-09/01-61, Compania Națională de Asigurări în Medicină a înaintat prestatorului Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” Pretenția nr.01-17/1572 cu privire la rezultatele evaluării efectuate.

Colegiul lărgit al instanței de recurs notează că prin formularea cererii de chemare în judecată, în procedura contenciosului administrativ, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” își manifestă dezacordul vis-a-vi de Raportul de evaluare nr.05-06/01-61 din 21 august 2020 emis de Compania Națională de Asigurări în Medicină precum și față de Pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” înaintată de Compania Națională de Asigurări în Medicină, invocând că în luna iunie 2020 în urma ploilor torențiale oficiile instituției au fost inundate, fiind inundat inclusiv și subsolul unde se afla arhiva, iar acest fapt justifică imposibilitatea prezentării cartelelor medicale ale pacienților. Tot, din motivul că spațiul în care se prestau serviciile medicale a fost inundat, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” invocă faptul că bunul imobil a fost procurat în scopul de a presta serviciile medicale, iar despre acest fapt a comunicat recurentei Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Examinând cumulul probatoriu administrat speței colegiul lărgit al instanței de recurs punctează că prin prisma contractelor de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.XXXXX din XXXX precum și nr.XXXXX din XXXX, părțile contractante au prevăzut clauzele contractuale cu privire la responsabilitatea părților contractante în caz de forță majoră.

Astfel, potrivit pct.5.5 din Contractele pre notate, în caz de forță majoră, partea care o invocă este exonerată de răspundere în baza prezentului Contract: Partea nominalizată trebuie să anunțe cealaltă Parte, în termen de 5 zile, despre apariția respectivului caz de forță majoră, precum și despre încetarea acestuia; dacă nu procedează la anunțarea, în termenele prevăzute mai sus, a începerii și încetării cazului de forță majoră, Partea care îl invocă suportă toate daunele provocate celeilalte Părți prin neanunțarea în termen.

Reieșind din conținutul clauzelor contractuale pre citate, colegiul lărgit al instanței de recurs reține că în cazul intervenirii forței majore, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în scopul exonerării de răspundere, urma să întreprindă măsurile stipulate prin prisma pct.5.5 din Contractele nr.XXXXX din XXXX precum și nr.XXXXX din XXXXX și anume, să anunțe Compania Națională de

Asigurări în Medicină despre eventualele consecințe suportate în urma ploilor torențiale.

Or, la materialele cauzei nu se regăsesc asemenea probe certe și concludente prin care s-ar confirma că Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a informat Compania Națională de Asigurări în Medicină în termen de 5 zile de la apariția respectivului caz excepțional, de inundare a spațiului și deteriorare a cartelelor medicale a pacienților.

În acest context, colegiul lărgit al instanței de recurs apreciază critic argumentul invocat de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” precum că despre acest fapt a fost sesizat Inspectoratul de Poliție Cahul, anexând în acest sens cererea nr.5519 din 18 iunie 2020 adresată Inspectoratului de Poliție Cahul; procesul-verbal de audiere a victimei din 18 iunie 2020 întocmit de Inspectoratul de Poliție Cahul; procesul-verbal de audiere a martorului Iraida Hamic din 19 iunie 2020 întocmit de Inspectoratul de Poliție Cahul; procesul-verbal de audiere a martorului Taganschi Marcela din 19 iunie 2020 întocmit de Inspectoratul de Poliție Cahul; încheierea privind rezultatul controlului materialului examinat de Inspectoratul de Poliție Cahul; răspunsul emis de Inspectoratul de Poliție Cahul la cererea de examinare nr.5519 din 18 iunie 2020, unele fotografii.

Sub acest aspect, instanța de recurs ține să noteze că deși potrivit contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.XXXXX din XXXX precum și nr.XXX din XXXX, părțile contractante au stipulat procedura de acțiune a părților în cazul intervenirii forței majore, precum și riscurile asumate în cazul inacțiunii acestora în termenul stipulat în pct.5.5 al Contractului menționat mai sus, reclamanta/intimata Societatea cu Răspundere Limitată s-a limitat doar la sesizarea Inspectoratului de Poliție Cahul cu privire la constatarea faptului inundării bunului imobil în urma ploilor torențiale, nu și anunțarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, or, aceasta în mod prioritar urma a fi informată, cu respectarea termenului de 5 zile.

În acest context, urmează a fi reținut faptul că Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a informat Compania Națională de Asigurări în Medicină despre faptul că arhiva instituției a fost inundată doar la înaintarea contestației din 01 septembrie 2020 și ulterior la depunerea cererii prealabile din 04 septembrie 2020, cu o depășire evidentă a termenului de 5 zile stipulat la pct.5.5 al Contractului pre citat.

În asemenea circumstanțe, colegiul lărgit al instanței de recurs apreciază ca fiind eronată concluzia instanței de apel care a reținut ca fiind plauzibil argumentul invocat de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” în justificarea imposibilității prezentării tuturor fișelor medicale de ambulatoriu a pacienților, precum că oficiile instituției, inclusiv și subsolul în care se afla arhiva, au fost inundate în urma ploilor torențiale.

În altă ordine de idei, urmează a fi reținut ca fiind plauzibil argumentul invocat de Compania Națională de Asigurări în Medicină, deoarece în arhivă se păstrează fișele medicale de ambulator epuizate, a persoanelor decedate, etc., care, conform Ordinului cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară nr.828 din 31 octombrie 2011 se păstrează 25 ani. Iar evaluarea a fost efectuată în baza

documentației medicale curente, care se află în registratura instituției. Conform Normelor metodologice de aplicare a Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală aprobate prin Ordinul MSMPS nr.596/404 din 21 iulie 2016, instituția medico-sanitară primară asigură persoanele înregistrate la medicul de familie cu documentația medicală primară necesară și este responsabilă de completarea acestora cu date și informații relevante privind dinamica stării de sănătate și serviciile medicale prestate, garantând păstrarea lor și confidențialitatea informației în modul stabilit de actele normative în vigoare.

Mai mult, după cum rezultă din Actul de constatare a pagubei cauzate de ploaie Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, întocmit la 20 iunie 2020, s-au depistat următoarele pagube materiale: au fost îmbibate cu apă șase scaune la preț de 300 lei, total 1800 lei; placa din gips-carton 23 bucăți, în total 1 607,93 lei; cartele medicale forma nr.025 în număr de 3 502 (îmbibate cu apă și și-au pierdut forma fizică și estetică, nu pot fi folosite); registre medicale; blanchete medicale (f.d.233, vol.I).

Prin urmare, colegiul lărgit al instanței de recurs constată o incertitudine referitor la prezentarea fișelor medicale a pacienților, care au fost prezentate în număr de 120 fișe din numărul total de 14 279 de persoane ce sunt deservite de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, dintre care 3 502 cartele medicale au fost deteriorate și nu mai pot fi folosite. Or, sub acest aspect, reclamanta/intimata s-a limitat doar la prezentarea unor probe cu privire la constatarea faptului inundării instituției medicale și a pagubei cauzate de ploaie, nu și întreprinderea măsurilor ulterioare, asumate, în vederea prezentării și a altor fișe medicale ale pacienților.

Referitor la argumentul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, invocat în susținerea eliberării într-un număr majorat a rețetelor compensate scrise de medicul de familie Negru A. prin care au fost prescrise preparatele acidum ursodeoxycholicum și Silymarinum precum și a depășirii perioadei de prescriere a acestora, în contextul pandemiei provocate de virusul COVID-19, colegiul lărgit al instanței de recurs îl reține doar sub aspect declarativ.

Or, deși s-a invocat pandemia provocată de virusul COVID-19, ținea de diligența reclamantei/intimatei să respecte prevederile standardelor medicale de diagnostic și tratament și ale protocoalelor clinice aprobate de Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale; să asigure veridicitatea datelor incluse în facturile și dările de seamă prezentate Companiei; să asigure respectarea Regulamentului privind prescrierea medicamentelor compensate pentru tratamentul în condiții de ambulator al persoanelor înregistrate la medicul de familie, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr.1372 din 23 decembrie 2005; să asigure completarea formularului de rețetă pentru prescrierea și eliberarea medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în conformitate cu Instrucțiunea de completare a rețetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobată prin ordinul comun al organului central de specialitate al administrației publice în domeniul respectiv și Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Totodată, instanța de recurs respinge și argumentul invocat de reclamantă/intimată precum că Compania Națională de Asigurări în Medicină a dispus efectuarea controlului inopinat contrar prevederilor legale în condițiile stării de urgență

declarate de Parlamentul Republicii Moldova la 17 martie 2020, fiind instituit moratoriu asupra controlului de stat.

Sub acest aspect, colegiul lărgit al instanței de recurs reiterează că Compania Națională de Asigurări în Medicină se află în raporturi contractuale cu Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, fapt ce se confirmă prin Contractul de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală nr.XXXXXX din XXXX și nr.XXXX din XXXX, prin urmare, controlul inopinat efectuat de Compania Națională de Asigurări în Medicină nu cade sub incidența Legii nr.131 din 08 iunie 2012 cu privire la controlul de stat asupra activității de întreprinzător.

Potrivit Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală menționate mai sus, Compania se obligă să verifice corespunderea cu clauzele Contractului a volumului, termenelor, calității și costului asistenței medicale acordate persoanelor, precum și gestionarea mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor contractate, iar prestatorul, la caz Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, se obligă să prezinte materialele/documentele și să creeze condițiile necesare, inclusiv prin asigurarea accesului în încăperile de serviciu, în vederea evaluării și monitorizării din partea Companiei a volumului și modului de acordare a asistenței medicale, în temeiul prezentului Contract, precum și gestionării mijloacelor financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate.

Din conținutul Raportului de evaluare nr.05-06/01-61 din 21 august 2020 instanța de recurs reține că Compania Națională de Asigurări în Medicină a constatat un șir de nereguli, printre care și faptul că mijloacele provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală au fost utilizate în alte scopuri decât realizarea Contractului și Programului unic, în sumă totală de XXX lei, în acest context menționându-se suma de XXXX lei pentru procurarea unui teren pentru construcții cu suprafața de XXXX ha, cu construcție din 01 – casă de locuit individuală și 3 construcții adiacente.

În contextul procurării terenului pentru construcții din 01 – casă de locuit individuală și 3 construcții adiacente, Compania Națională de Asigurări în Medicină a constatat că la 15 iunie 2020 în baza Dispoziției de plată nr.1 lui Alexei Negru i-au fost eliberate în gestiune mijloace bănești în sumă de XXXX lei, care au fost utilizate pentru procurarea unui teren pentru construcții, referindu-se în acest sens la Contractul din XXXXX, conform căruia Olga Platon a vândut dreptul de proprietate, iar Alexei Negru a procurat teren pentru construcții cu suprafața de XXXXX ha, cu construcție din 01- casă de locuit individuală și 3 construcții accesorii în sumă totală de XXXX lei, inclusiv: valoarea bunului imobil - XXXX lei; taxa de stat – XXXX lei; plata pentru asistență notarială – XXXXX lei.

În justificarea poziției, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, a invocat faptul că bunul imobil a fost procurat în scopul de a presta serviciile medicale, din motivul că spațiul în care se prestau serviciile medicale a fost inundat, făcând referire în acest context la prevederile pct.3.1

din Contractul de acordare a asistenței medicale încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină, potrivit căruia prestatorul se obligă să-și reînnoiască baza tehnico-materială, după caz, din alocațiile fondatorului și mijloacele financiare obținute în conformitate cu legislația în vigoare.

Colegiul lărgit al instanței de recurs nu poate reține argumentul invocat mai sus de reclamanta/intimată, or acesta vine în contradicție cu pct.2.1, 3.1 al Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală, prin prisma căroră Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” și-a asumat responsabilitatea de a acorda asistență medicală în volumul și de calitatea prevăzută de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală, normele metodologice de aplicare a acestuia și cerințelor Protocolare Clinice Naționale, precum și să gestioneze mijloacele financiare provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, în limita serviciilor medicale contractate.

Deși, intimata Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, invocă faptul că achiziționarea terenului pentru construcții cu suprafața de XXXX ha, cu construcție din 01- casă de locuit individuală și 3 construcții accesorii cade sub incidența pct.3.1 al Contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală și anume, reînnoirea bazei tehnico-materială, ultima urma să convină această circumstanță cu partea contractantă, la caz Compania Națională de Asigurări în Medicină, în vederea încadrării achiziției menționate la rubrica „bază tehnico-materială”. Or, această procedură nu a fost respectată.

În această ordine de idei, urmează a fi reținute și prevederile art.14 alin.(5) al Legii nr.1585-XIII din 27 februarie 1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nu se admite dezafectarea de către prestatorii de servicii medicale a sumelor provenite din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru alte scopuri decât cele pentru care sunt stabilite conform legislației și contractului de acordare a asistenței medicale (de prestare a serviciilor medicale) în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală. Pentru suma dezafectată, depistată în urma evaluărilor efectuate, se va percepe suma dezafectată și o penalitate în mărime de 0,1% din suma depistată pentru fiecare zi de utilizare a mijloacelor fondurilor în alte scopuri decât cele stabilite de legislație, care se vor transfera la conturile Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

Alte argumente invocate de intimata Societatea cu Răspundere Limitată „Denlemed”, în procedură simplificată a falimentului, urmează a fi reținute doar sub aspect declarativ, or, acestea sun lipsite de suport probatoriu.

În conformitate cu art.195 Cod administrativ, procedura acțiunii în contencios administrativ se desfășoară conform prevederilor prezentului cod. Suplimentar se aplică corespunzător prevederile Codului de procedură civilă, cu excepția art.169-171.

Potrivit prevederilor art.442 alin.(1) din Codul de Procedură civilă, judecând recursul declarat împotriva deciziei date în apel, instanța verifică, în limitele invocate în recurs și în baza referinței depuse de către intimat, legalitatea hotărârii atacate, fără a administra noi dovezi.

Sub acest aspect, colegiul lărgit al instanței de recurs notează că la judecarea recursului nu se administrează probe noi, cu excepția când se demonstrează că au fost în imposibilitate să le prezinte la examinarea cauzei în instanța de apel sau li s-a refuzat în administrarea acestora. Or, intimata nu a demonstrat că a fost în imposibilitate sau a întâmpinat impedimente în administrarea probelor pe parcursul examinării cauzei de instanțele ierarhic inferioare.

În același sens, potrivit pct.135 din Avizul nr.6 (2004) al Consiliului Consultativ al Judecătorilor Europeni (CCJE) asupra procesului echitabil într-un termen rezonabil și rolul judecătorilor în acest proces, luând în considerare mijloacele alternative de soluționare a disputelor, adoptat la 22-24 noiembrie 2004, la Strasbourg, ar trebui să existe limitări ale dreptului unei părți de a prezenta noi probe sau de a aborda noi puncte de lege. Recursul nu ar trebui să fie privit, ca o posibilitate nelimitată de a efectua corecturi, în privința unor chestiuni factice sau întemeiate pe lege, pe care o parte ar fi putut și ar fi trebuit să le înfățișeze în fața unui judecător de primă instanță.

Colegiul lărgit al instanței de recurs reține din conținutul cererii de chemare în judecată că, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” solicită încasarea din contul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cheltuielilor de judecată, nefiind specificat cuantumul acestora.

Conform art.82 din Codul de procedură civilă, cheltuielile de judecată se compun din taxa de stat și din cheltuielile de judecare a pricinii.

Potrivit art.94 alin.(1) Cod de procedură civilă, instanța judecătorească obligă partea care a pierdut procesul să plătească, la cerere, părții care a avut câștig de cauză cheltuielile de judecată. Dacă acțiunea reclamantului a fost admisă parțial, acestuia i se compensează cheltuielile de judecată proporțional părții admise din pretenții, iar pârâtului – proporțional părții respinse din pretențiile reclamantului.

În conformitate cu prevederile art.96 alin.(1) și (1¹) din Codul procedură civilă, instanța judecătorească obligă partea care a pierdut procesul să compenseze părții care a avut câștig de cauză cheltuielile ei de asistență juridică, în măsura în care acestea au fost reale, necesare și rezonabile. Cheltuielile menționate la alin.(1) se compensează părții care a avut câștig de cauză dacă aceasta a fost reprezentată în judecată de un avocat.

Referitor la pretenția Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” cu privire la încasarea cheltuielilor de judecată, Completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție conchide că urmează a fi respinsă, or, aceasta este subsecventă pretențiilor cu privire la anularea actelor administrative individuale defavorabile, care au fost respinse, ca neîntemeiate.

Analizând, sub acest aspect, decizia instanței de apel contestată cu recurs de Compania Națională de Asigurări în Medicină, completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție conchide că instanța de apel nu a dat o apreciere multiaspectuală, completă, nepărtinitoare tuturor probelor din dosar în ansamblu și interconexiunea lor, motiv din care a emis o decizie cu o soluție

pripită, iar instanța de fond, prin respingerea pretențiilor formulate de reclamantă/intimată, a emis o soluție justă și întemeiată.

Astfel fiind, conjunctura descrisă supra indică cu certitudine asupra netemeinicii deciziei instanței de apel cu privire la admiterea acțiunii formulată de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

În conformitate cu art.6 alin.(1) din CEDO, orice persoană are dreptul la judecarea în mod echitabil, în mod public și într-un termen rezonabil a cauzei sale, de către o instanță independentă și imparțială, instituită de lege, care va hotărî, fie asupra încălcării drepturilor sale cu caracter civil, fie asupra temeinicii oricărei acuzații în materie penală îndreptate împotriva sa.

Drept rezultat al aprecierii probelor, instanța judecătorească este obligată să reflecte în hotărâre motivele concluziilor sale privind admiterea unor probe și respingerea altor probe, precum și argumentarea preferinței unor probe față de altele.

Instanța nu se expune asupra fiecărui argument invocat de participanții la proces, ținând cont de Avizul nr.11 din 2008 al Consiliului Consultativ al Judecătorilor Europeni, în atenția Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei, din care rezultă că, motivarea hotărârii nu trebuie înțeleasă ca necesitând un răspuns la fiecare argument invocat.

Or, potrivit jurisprudenței Curții Europene, pentru a răspunde cerințelor procesului echitabil, motivarea trebuie să evidențieze că, judecătorul a examinat chestiunile esențiale prezentate și nu trebuie interpretată ca impunând un răspuns detaliat la fiecare argument (Van de Hurk vs Țările de Jos, 19 aprilie 1994 , pct.61, seria A, nr.288).

Aici, colegiul lărgit al instanței de recurs notează că, potrivit recomandărilor avizului nr.11 din 2008 al Consiliului Consultativ al Judecătorilor Europeni (CCJE) în atenția Comitetului de Miniștri al Consiliului Europei privind calitatea hotărârilor judecătorești, o motivație și o analiză clară sunt cerințele fundamentale ale hotărârilor judecătorești și un aspect important al dreptului la un proces echitabil. Pentru a răspunde cerințelor procesului echitabil, motivarea ar trebui să evidențieze, că judecătorul a examinat cu adevărat chestiunile esențiale ce i-au fost prezentate.

Colegiul menționează că, art.6 din Convenția Europeană a Drepturilor Omului garantează dreptul justițiabilului la o hotărâre motivată sub aspectul instituirii obligației instanțelor de judecată de a-și argumenta hotărârile adoptate din perspectiva unei analize ample a circumstanțelor pricinii.

Circumstanțele descrise determină Completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție să conchidă că, soluția instanței de apel este neîntemeiată, deoarece a fost emisă cu aplicarea și interpretarea eronată a normelor de drept material, dând o apreciere eronată a probatoriului administrat speței, din care considerente aceasta nu poate fi menținută.

Dat fiind că instanța de apel a emis o decizie neîntemeiată, bazată pe interpretarea eronată a normelor de drept material și a probatoriului administrat speței, iar prima instanță a dat o apreciere corectă a argumentelor invocate de părți, prin prisma unei interpretări corecte a legii aplicabile speței, Colegiul lărgit al instanței de recurs ajunge

la concluzia de a admite recursul depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină, de a casa integral a decizia din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău și a menține hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătorei Chișinău, sediul Râșcani.

În conformitate cu prevederile art. art.247, 248 alin.(1) lit.c) și alin.(2) din Codul administrativ, Completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție,

d e c i d e:

Se admite recursul depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină.

Se casează integral decizia din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău și se emite o nouă decizie, prin care se menține hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătorei Chișinău, sediul Râșcani, emisă în cauza de contencios administrativ la cererea de chemare în judecată depusă de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la contestarea actelor administrative și încasarea cheltuielilor de judecată.

Decizia este irevocabilă.

Președintele ședinței,
judecătorul

Tamara Chișca-Doneva

judecătorii

Ala Cobăneanu

Iurie Bejenaru

Nicolae Craiu

Aliona Miron

Dosarul nr.3ra-827/22
2-20117739-01-3ra-11082022

Prima instanță: Judecătoria Chișinău, sediul Râșcani (V. Dodon)
Instanța de apel: Curtea de Apel Chișinău (A. Minciuna, V. Negru, E. Palanciuc)

Î N C H E I E R E

01 februarie 2023

mun. Chișinău

Colegiul Civil, Comercial și de Contencios Administrativ lărgit
al Curții Supreme de Justiție

în componența:

Președintele ședinței, judecătorul
Judecători

Tamara Chișca-Doneva
Ala Cobăneanu
Iurie Bejenaru
Nicolae Craiu
Aliona Miron

Examinând cererea formulată de Compania Națională de Asigurări în Medicină cu privire la amânarea examinării recursului,

în cauza de contencios administrativ, la cererea de chemare în judecată depusă de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la contestarea actelor administrative și încasarea cheltuielilor de judecată,

împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, prin care a fost admis apelul depus de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, s-a casat hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani și s-a emis o nouă decizie prin care s-a admis acțiunea formulată de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”,

c o n s t a t ă:

La 21 septembrie 2020, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a formulat cererea de chemare în judecată în procedura contenciosului administrativ împotriva Companiei Naționale de Asigurări în Medicină solicitând anularea raportului de evaluare nr.05-06/01-61 din 21 august 2020, anularea pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, precum și compensarea cheltuielilor de judecată. Totodată, a solicitat suspendarea executării pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate, până la o hotărâre definitivă pe prezentul litigiu pentru a nu perturba activitatea economică.

Prin încheierea din 27 octombrie 2020 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani, s-a respins, ca fiind neîntemeiată, cererea depusă de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” cu privire la suspendarea executării pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate, până la o hotărâre definitivă pe prezentul litigiu pentru a nu perturba activitatea economică.

Prin decizia din 01 martie 2021 a Curții de Apel Chișinău a fost respins recursul depus de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva încheierii din 27 octombrie 2020 a Judecătoriei Chișinău, sediul Râșcani.

Prin hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătoria Chișinău, sediul Râșcani, a fost respinsă, ca neîntemeiată, acțiunea depusă de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la anularea raportului de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 și a Pretenției nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării.

Invocând ilegalitatea hotărârii instanței de fond, la 03 august 2021, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” a depus cerere de apel împotriva hotărârii din 06 iulie 2021 a Judecătoria Chișinău, sediul Râșcani, iar la 29 decembrie 2021, a depus apelul motivat împotriva hotărârii instanței de fond, solicitând admiterea cererii, casarea integrală a hotărârii primei instanțe, cu pronunțarea unei noi hotărâri privind admiterea integrală a acțiunii formulate de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

Prin decizia din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, a fost admis apelul depus de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, s-a casat hotărârea din 06 iulie 2021 a Judecătoria Chișinău, sediul Râșcani și s-a emis o nouă decizie prin care s-a admis acțiunea formulată de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

S-a anulat Raportul de evaluare nr.05-09/01-61 din 21 august 2020 a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină efectuat la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” și pretenția nr.01-17/1572 din 02 septembrie 2020 cu privire la rezultatele evaluării efectuate la Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”.

La 30 iunie 2022, Compania Națională de Asigurări în Medicină a depus recurs nemotivat împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, iar, la 24 august 2022, prin intermediul Direcției de evidență și documentare procesuală a Curții Supreme de Justiție, a depus recursul motivat împotriva deciziei instanței de apel, solicitând admiterea recursului, casarea deciziei instanței de apel, cu menținerea hotărârii instanței de fond.

La 24 august 2022, Curtea Supremă de Justiție a expediat în adresa Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, reprezentată de lichidatorul Veaceslav Stejar, copia recursului depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, cu înștiințarea despre necesitatea prezentării referinței.

La 19 septembrie 2022, Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, reprezentată de lichidatorul Veaceslav Stejar, a depus referință la recursul declarat de Compania Națională de Asigurări în Medicină împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, solicitând declararea recursului inadmisibil sau subsidiar, respingerea acestuia, ca nefondat.

La 15 noiembrie 2022, Curtea Supremă de Justiție a expediat în adresa Companiei Naționale de Asigurări în Medicină copia referinței depuse de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed”, în procedură simplificată a falimentului, la recursul depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, pentru informare.

Prin încheierea din 16 noiembrie 2022 a Curții Supreme de Justiție s-a declarat admisibil recursul depus de Compania Națională de Asigurări în Medicină împotriva

deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău și s-a numit spre examinare în complet de cinci judecători.

La 31 ianuarie 2023, recurenta Compania Națională de Asigurări în Medicină a depus cerere prin care a solicitat amânarea examinării recursului declarat împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, pentru a prezenta extrasele sau copiile fișelor medicale ale pacienților, cărora medicii de familie din cadrul Societății cu Răspundere Limitată „Denlenmed” le-au prescris neargumentat medicamente compensate în lipsa diagnosticului stabilit și a inscripțiilor în fișele medicale.

În conformitate cu art.195 Cod administrativ, procedura acțiunii în contencios administrativ se desfășoară conform prevederilor prezentului cod. Suplimentar se aplică corespunzător prevederile Codului de procedură civilă, cu excepția art.169-171.

În conformitate cu art.208 alin.(1) și (2) din Codul de procedură civilă, amânarea procesului se admite doar în cazurile prevăzute de prezentul cod. În cazul amânării procesului, instanța de judecată fixează o dată pentru desfășurarea noii ședințe, cu excepția situației prevăzute la art.12² alin. (5).

Studiind temeiul cererii de amânare, completul Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție cu referire la art.208 CPC, consideră necesar de a respinge cererea formulată de Compania Națională de Asigurări în Medicină cu privire la amânarea examinării recursului, or, motivele invocate de aceasta nu constituie temei de amânare.

În acest context, colegiul lărgit al instanței de recurs relevă că criticele recurente au fost expuse cu suficientă claritate, părților fiindu-le create condiții egale de a cunoaște modul de derulare a procedurii în recurs, iar întru asigurarea respectării principiilor contradictorialității și disponibilității în drepturi, părțile au avut posibilitatea de depunere a referinței.

În altă ordine de idei, recurenta a avut suficient timp pentru a-și valorifica dreptul de a depune cereri și acte suplimentare.

Totodată, instanța de recurs accentuează că admiterea cererii privind amânarea ședinței de judecată și acordarea unui termen pentru prezentarea actelor suplimentare, depusă de Compania Națională de Asigurări în Medicină, ar duce la tergiversarea examinării cauzei și încălcarea dreptului părților la un proces echitabil, garantat de art. 6 CEDO.

De altfel, cu titlu subsidiar, completul specializat pentru examinarea acțiunilor în contencios administrativ al Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție notează că Codul administrativ nu reglementează expres dreptul recurentului la acordarea unui termen suplimentar întru completarea argumentelor și probelor din cererea de recurs.

În conformitate cu art.208 din Codul de procedură civilă, art.195, art.230 Cod administrativ, completul Colegiului civil, comercial și de contencios administrativ lărgit al Curții Supreme de Justiție

dispune:

Se respinge cererea formulată de Compania Națională de Asigurări în Medicină cu privire la amânarea examinării recursului declarat de Compania Națională de

Asigurări în Medicină împotriva deciziei din 22 iunie 2022 a Curții de Apel Chișinău, în cauza de contencios administrativ la cererea de chemare în judecată depusă de Societatea cu Răspundere Limitată „Denlenmed” împotriva Companiei Naționale de Asigurări în Medicină cu privire la contestarea actelor administrative.

Încheierea nu se supune niciunei căi de atac.

Președintele ședinței,
judecătorul

Tamara Chișca-Doneva

judecătorii

Ala Cobăneanu

Iurie Bejenaru

Nicolae Craiu

Aliona Miron