

**HOTĂRÂRE
În numele Legii**

16 octombrie 2025

Judecătoria Chișinău (sediul Central),

Instanța compusă din:

Președintele ședinței, judecătorul
Grefier

Russu Natalia
Meșter Maria

în ședință de judecată publică, în procedură contencioasă, în limba română, examinând cauza civilă intentată la cererea de chemare în judecată depusă de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Teritorială Centru, împotriva lui *****, cu privire la încasarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală și penalității de întârziere,

constată:

Argumentele participanților la proces.

1. Prin cererea de chemare în judecată înregistrată pe rolul instanței la 28 martie 2024, sub nr. 053/3-14078, reclamanta Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Teritorială Centru a chemat în instanță de judecată părătul *****, solicitând încasarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală și a penalității.
2. În motivarea acțiunii, reclamanta învederează că, în temeiul Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, nr.1585-XIII din 27.02.1998, cu modificările și completările ulterioare (în continuare Legea 1585/1998), asigurarea obligatorie de asistență medicală are un caracter obligatoriu pentru toți cetățenii Republicii Moldova. Invocă că, obligativitatea asigurării este expres stabilită ca principiu în art. 5 alin. (1) lit. d) din Legea 1585/1998, pe baza căruia se organizează și funcționează sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală și potrivit căruia persoanele fizice și juridice au, conform legii, obligația de a participa la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală. Susține că, obligativitatea instituită prin efectul legii, de fapt, reprezintă un instrument de responsabilizare a cetățenilor de a participa la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală prin achitarea primelor în fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru acumularea mijloacelor financiare în scopul acoperirii cheltuielilor de tratament ce pot surveni în viitor în privința stării sănătății cetățenilor. Invocă prevederile art. 26 alin. (1) lit. c) al Legii finanțelor publice și responsabilității bugetar-fiscale, nr. 181

din 25.07.2014. Relevă că, neexecutarea obligației de achitare a primei de asigurare în termen, atrage după sine aplicarea sancțiunilor pecuniare față de persoana care nu și-a onorat obligația. Menționează că, mijloacele financiare acumulate în fondurile de asigurare, inclusiv sumele penalităților pentru neachitarea în termen a primelor, sănt destinate realizării activității specifice asigurării obligatorii de asistență medicală și se utilizează în strictă conformitate cu Regulamentul cu privire la modul de constituire și administrare a fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 594 din 14.05.2002 cu modificările și completările ulterioare (Monitorul Oficial al R. Moldova nr. 66-68/691 din 23.05.2002). Susține că, în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, acesteia și agenților ei teritoriale îi revine calitatea de asigurator, în timp ce calitatea de persoane asigurate o pot avea atât cetățenii Republicii Moldova, cât și străinii, în condițiile stabilite de legiutor și care se dobândește ca urmare a achitării primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în cotă procentuală sau în sumă fixă în dependență de categoria de plătitori la care persoana se atribuie (anexele nr. 1 și nr. 2 ale Legii nr.1593 din 26.12.2002). Relevă că, legiutorul distinge două categorii de plătitori enunțate în anexele nr. 1 și nr. 2 ale Legii cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, nr.1593-XV din 26.12.2002, cu modificările și completările ulterioare (în continuare Legea 1593/2002): categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în formă de contribuție procentuală la salariu și la alte recompense (anexa nr. 1) și categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, care se asigură în mod individual (anexa nr. 2). Relevă că, la rândul său, anexa nr. 2 la Legea 1593/2002 enumeră categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, persoane fizice neangajate, cu domiciliul în Republica Moldova, care se asigură în mod individual, la pct. 1 lit.b) fiind enunțăți expres fondatorii de întreprinderi individuale. Invocă art. 22 alin. (1) din Legea nr. 1593 din 26.12.2002, potrivit căruia persoanele atribuite la categoria sus-menționată (plătitorii primei în sumă fixă) au obligația să achite prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă anual, până la data de 31 martie a anului de gestiune. La fel, face trimitere la prevederile art. 14 alin. (1) din Legea 1585/1998 și art. 30 alin. (1) din Legea 1593/2002, neachitarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală până la data stabilită în art. 22 alin. (1) al Legii 1593/2002 (până la 31 martie a anului de gestiune), atrage după sine achitarea și a unei penalități, stabilite în mărime de 0,1% din suma primei pentru fiecare zi de întârziere a plății. Relatează că, CNAM, în temeiul art. 17 alin. (l) din Legea 1593/2002, prin intermediul agenților teritoriale, efectuează evidența corectitudinii virării în termen la contul său a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă și aplicarea penalităților. Invocă că, în scopul exercitării

atribuțiilor sale, potrivit pct. 11 lit. k) din Statutul CNAM, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova, nr. 156 din 11.02.2002, cu modificările și completările ulterioare, "CNAM are dreptul să dezvolte sistemul informațional integrat pentru toate nivelurile subordonate Companiei și să creeze baze informaționale de date referitor la subiecții asigurării obligatorii de asistență medicală". Susține că, în conformitate cu art. 6¹ alin (3) al Legii 1585/1998 (introdus prin Legea nr.175 din 27.09.2018), statutul persoanei fizice asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se confirmă prin interogarea electronică a sistemului informațional al CNAM, utilizând numărul de identificare de stat sau seria și numărul buletinului de identitate provizoriu pentru persoanele care dețin număr de identificare de stat. Relevă că, în conformitate cu pct. 3, 4 și 5 din Regulamentul privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246 din 19.12.2018 (MO nr. 512/1342 din 27.12.2018) - (în continuare Regulament), CNAM ține evidența persoanelor fizice încadrate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală în Registrul de evidență a persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, bază unică de date a CNAM, organizată în conformitate cu cerințele legale, parte componentă a Sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” (în continuare SIA AOAM). Susține că, evidența în Registrul de evidență a persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se realizează pe baza numărului de identificare de stat (IDNP) sau a seriei și numărului actului de identitate valabil în sistemul național de pașapoarte, pentru persoanele care nu dețin IDNP. Indică că, statutul de persoană asigurată se verifică prin interogarea SIA AOAM. Relevă că, la rândul său, pct. 35 și 36 din Regulamentul nominalizat supra, prevede că pentru identificarea persoanelor neasigurate, obligate să se asigure în mod individual, acesta utilizează datele furnizate de către instituțiile responsabile de evidența informației ce vizează categoriile de persoane indicate în anexa nr.2 la Legea nr. 1593/2002, iar ulterior, în baza informației furnizate de către acestea și a informației disponibile în SIA AOAM, identifică persoanele fizice care nu au achitat prima de AOAM în sumă fixă în termenul și mărimea stabilită de legislație. Invocă că, în temeiul pct. 11 lit. j¹⁾ din Statutul CNAM (aprobat prin HG nominalizată supra) - Compania este în drept să intenteze acțiuni în instanța de judecată persoanelor fizice pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și persoanelor juridice și fizice pentru prejudiciul cauzat fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală. Susține că, conform pct. 35 alin 1) din Regulament, responsabil de evidența fondatorilor de întreprinderi individuale este Agenția Servicii Publice. Relevă că, potrivit informației plasate pe site-ul oficial al Agenției Servicii Publice la rubrica „Servicii electronice”, compartimentul „Persoane juridice, Datele din

Registrul de stat, (<https://asp.gov.md/ro/informatii-utile/date-statistice>), Registrul de stat al unităților de drept", cet. *****, IDNP - *****, domiciliat pe adresa: *****, or. *****, str. *****, apt. 6, întreprinzător individual, fondator al Î.I. "*****", IDNO- *****(extrasul se anexează). Invocă că, fondatorul ***** se atribuie la categoria de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă care se asigură în mod individual, stipulați în pct. 1) lit. b) din Anexa nr. 2 la Legea 1593/2002. Susține că, conform datelor din SIA AOAM pe parcursul anilor 2021, 2022 și 2023, cet. *****, IDNP - *****, întreprinzător individual, fondator al Î.I. "*****", IDNO- *****, nu și-a onorat obligația prevăzută de legislație de a achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în termenul legal stabilit, astfel, înregistrând datorii la fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anii 2021, 2022 și 2023 în sumă de 26 453,70 lei, compusă din prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă de 20 748,00 lei și a penalității aferente în sumă de 5 705,70 lei (raportul detaliat privind extrasele bancare din contul fondurilor CNAM se anexează la cerere). Relevă că, pentru anul 2021 datoria constituie 5171,40 lei, ce rezultă din prima de asigurare obligatorie de asistență medicală calculată în sumă fixă în valoare absolută în mărime de 4056,00 lei, stabilită în art. 4 alin. (2) din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2021, nr. 256 din 16.12.2020, (Monitorul Oficial nr. 353-357 din 22.12.2020), scadența fiind la data de 31 martie 2021 inclusiv și penalitatea pentru 275 zile în sumă de 11.15,40 lei (4056 lei X 0.1 % = 4.056 lei/zi; perioada 01.04.2021-31.12.2021 =275 zile; 275 X 4,056 lei/zi = 1 115,40 lei). Invocă că, pentru anul 2022 datoria constituie 5 171,40 lei, ce rezultă din prima de asigurare obligatorie de asistență medicală calculată în sumă fixă în valoare absolută în mărime de 4056,00 lei, stabilită în art. 4 alin. (2) din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022, nr. 207 din 06.12.2021, (Monitorul Oficial nr. 315-324 din 24.12.2021), scadența fiind la data de 31 martie 2022, inclusiv și pentru 275 zile în sumă de 1115,40 lei (4056 lei X 0.1 % = 4.056 lei/zi; perioada 01.04.2022-31.12.2022=275 zile; 275 X 4,056 lei/zi = 1 115,40 lei). Susține că, pentru anul 2023, datoria constituie 16110,90 lei, ce rezultă din prima de asigurare obligatorie de asistență medicală calculată în sumă fixă în valoare absolută în mărime de 12 636,00 lei, stabilită în art. 4 alin. (2) din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023, nr. 358 din 22.12.2022, (Monitorul Oficial nr. 435-437 din 28.12.2022), scadența fiind la data de 31 martie 2023, inclusiv și penalitatea pentru 275 zile în sumă de 3474,90 lei (12 636 lei X 0.1 % - 12,636 lei/zi; perioada 01.04.2023-31.12.2023 =275 zile; 275X 12,636 lei/zi = 3 474,90 lei). Susține că în total datoria constituie suma de 26453,70 lei.

3. *În drept*, reclamanta a fundamentat cererea de chemare în judecată în temeiul dispozițiilor de la art. art. 38 alin. (1), 58 alin. (1), 85 alin. (1) lit.o), 166-167 din

Codul de procedură civilă, Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998, Legii cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală nr. 1593-VX din 26 decembrie 2022, Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246 din 19 decembrie 2018, Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022 nr. 207 din 06 decembrie 2021, Legii fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023 nr. 358 din 22 decembrie 2021 și **a solicitat** încasarea din contul lui *****, întreprinzător individual, fondator al Î.I. "*****", IDNO- ***** în folosul CNAM a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru anii 2021, 2022 și 2023 în sumă de 20748, 00 lei și a penalității în sumă de 5705, 70 lei.

4. ***La data de 21 noiembrie 2024, prin intermediul Direcției de evidență și documentare procesuală a Judecătoriei Chișinău sediul Centru, pârâțul ***** a depus referință la cererea de chemare în judecată. (f.d. 22-26).***
5. Potrivit criticilor formulate, pârâțul a invocat că, în calitate de probe la acțiunea depusă, reclamantul a anexat: 1) înștiințarea nr. 02-01-04/1960 din 30.06.2023 xerocopie; 2) Aviz de recepție xerocopie; 3) Raport detaliat privind extrasele bancare din Sistemul Informațional „AOAM” al CNAM; 4) Extras din Baza de Date a CNAM; 5) Extras din Registrul de stat al unităților de drept privind întreprinderile înregistrate în Republica Moldova; 6) Procura pe numele dnei Pavlov Adela nr. 01-23/14 din 07.06.2023, xerocopie; 7) Extras din Ordinul nr. 127-c din 26.05.2023 privind transferul dnei Pavlov Adela în funcția de Director al AT Centru; 8) Dispoziția Guvernului privind numirea în funcție a d-lui Dodon Ion, nr. 261 din 24.11.2021; 9) Procura reprezentantului CNAM, Cebotarean Laurita. Analizând materialele acțiunii, consideră că, la caz, reclamanta nu a probat calitatea persoanei fizice ***** ca fondator al ÎI ***** IDNO *****. Invocă că, de către reclamant cu titlul de probă cheie a fost anexat extrasul din registrul de stat al unităților de drept privind întreprinderile înregistrate în Republica Moldova. Atrage atenția instanței, că din conținutul extrasului nominalizat nu rezultă sub nici un aspect că acesta poate fi identificat în calitate de fondator al întreprinderii Individuale ***** , ori unul din elementele esențiale de identificare a persoanele fizice este codul său numeric personal, element esențial obligatoriu, pe care înscrisul respectiv nu îl conține. Susține că la caz este necesar ca reclamantul să probeze calitatea de fondator al ÎI ***** doar prin extras formular electronic sau suport hârtie eliberat în modul prevăzut de lege prin intermediul Registrului de stat al unităților de drept privind întreprinderile înregistrate în Republica Moldova. Invocă că, în notificare a fost indicată greșit adresa de domiciliu a sa, ori adresa menționată în actul prezentat de reclamant "Extras din baza de date CNAM" diferă esențial de adresa menționată în înștiințarea nr. 02-01-04/1960 din 30 iunie 2023, fapt care

echivalează cu nerespectare soluționării procedurii prealabile de către reclamant, sau efectuarea defectuoasă a citării. Susține că, adresa de domiciliu a sa este *****, or. ***** 1, stradela Cobzarilor 6. Atrage atenția instanței că de către reclamant nu s-au anexat la acțiune înscrișuri care confirmă calitatea procesuală activă a reclamantei - Compania Națională de Asigurări în Medicină Agenția Teritorială Centru. Invocă că, conform Legii "Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală" nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998 și Hotărârii Guvernului RM nr. 156 din 11 februarie 2002 "Cu privire la organizarea și funcționarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină" este aprobată lista agentiilor ramurale potrivit anexei nr. 3 la Hotărârea Guvernului nr. 156/2002. Invocă că, conform p. 41 al Statutului, agențile teritoriale și ramurale reprezintă Compania în limitele împuternicirilor ce le revin și își desfășoară activitatea cu respectarea principiului teritorial/ramural. La fel, indică că conform p. 43 al Statutului Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Hotărâre de Guvern nominalizată Agenția teritorială (ramurală) *are statut de filială*, este subordonată Companiei și își exercită atribuțiile potrivit legilor, actelor normative și prevederilor prezentului statut. Susține că, în cererea de chemare în judecată cu nr. de ieșire 02-01-04 414 din 17 martie 2023 calitatea de reclamant este invocată de către *Compania Națională de Asigurări în Medicină Agenția Teritorială Centru, care nu deține personalitate juridică, nu are număr de identificare inclus în registrul de stat al unităților de drept privind întreprinderile înregistrate în Republica Moldova*. Susține că, conform art. 2. punct j¹⁾) al Statutului aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 156/2002 doar Compania Națională de Asigurări în Medicină este îndreptățită să "intenteze acțiuni în instanța de judecată persoanelor fizice pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală și persoanelor juridice și fizice responsabile pentru prejudiciul cauzat persoanelor fizice în vederea recuperării cheltuielilor achitate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală pentru acordarea asistenței medicale în volumul prevăzut de Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală". Invocă că, la cererea de chemare în judecată a fost anexată doar procura eliberată de către Directorul General al Companiei Naționale de asigurări în Medicină prin care o împuternicește pe Adela Pavlov în calitate de Director al Agenției Teritoriale de Asigurări în Medicină Centru (b/I B 42089602 din 08-02-2019) să reprezinte CNAM și agenția în toate instanțele de judecată, etc.,(fără a fi anexat buletinul semnatului). Consideră că nu este probată pretenția reclamantului privind încasarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru anii 2021, 2022 și 2023 în sumă de 26453,70 lei, la fel nu a fost dovedită calitatea acestuia de fondator al Întreprinderii Individuale *****. Invocă că, nu este probată nici calitatea procesuală activă a reclamantului. Susține că, distinct de cele relatate și având în vedere faptul că cererea de chemare în judecată înaintată de Compania Națională de Asigurări în

Medicină este neîntemeiată, iar argumentele invocate în cerere nu sunt justificate, care ar constitui temeiuri de admitere a cererii chemare în judecată, pledează pentru respingerea cererii de chemare în judecată.

6. *La data de 19 decembrie 2024, prin intermediul Direcției de evidență și documentare procesuală a Judecătoriei Chișinău sediul Centru, reclamantul Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Teritorială Centru a depus obiecții la referința depusă de către părățul *****. (f.d. 29-30).*
7. Potrivit argumentelor invocate, reclamantul a indicat că, cererea de chemare în judecată este conformă cu prevederile legale aplicabile și a fost fundamentată pe documente relevante, ce constituie probe pertinente pentru a susține pretențiile formulate. Relevă că, instanța trebuie să analizeze și să aprecieze în mod obiectiv toate probele prezentate de părți. Invocă că, argumentele părățului le consideră neîntemeiate, în contextul în care acesta a adus dovezi pertinente care susțin cererea sa. Indică că, „Părățul susține că „la cererea de chemare în judecată la caz, nu este probată calitatea persoanei fizice ***** ca fondator al I.I., *****” IDNO *****”. Menționează că, potrivit pct. 35 din Hotărârea de Guvern nr. 1246 din 19 decembrie 2018, pentru identificarea persoanelor neasigurate, obligate să se asigure în mod individual care nu au achitat prima de AOAM în sumă fixă, acesta utilizează datele furnizate de către instituțiile responsabile de evidența informației ce vizează categoriile de persoane indicate în Anexa nr. 2 la Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, după cum urmează: 1) Agenția Servicii Publice - pentru întreprinzătorii individuali și fondatorii de gospodării țărănești (de fermier), Conform datelor disponibile a ASP, ***** este înregistrat ca fondator al întreprinderii individuale „*****” cu IDNO *****. Indică că, părățul susține că „în notificare a fost indicată greșit adresa acestuia de domiciliu, fapt care echivalează cu nerespectarea soluționării procedurii prealabile de către acesta sau efectuarea defectuoasă a citării”. Menționează că, notificarea este conformă cu adresa înscrisă în buletinul de identitate al părățului, copia căruia este anexată la referința depusă de acesta. Relevă că, conform art. 166 alin. (2), lit. h) și art. 167 alin. (1), lit. d) CPC al RM, reclamantul are obligația să indice/prezinte date/documente ce confirmă respectarea procedurii de soluționare prealabilă a litigiului, dacă respectarea acestei procedură este prevăzută de lege sau de contractual părților. În acest context menționăm că, legiuitorul prin prisma Legii 1585/1998, Legea 1593/2002, precum și a Regulamentului privind acordarea/ suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1246 din 19. 12. 2018 nu impune reclamantului obligația respectării procedurii de soluționare prealabile a litigiului. Invocă că, obligația părățului de achitare a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală fiind prevăzută expres de legislație. Invocă că părățul a menționat că acesta nu a atașat la acțiune

documentele care dovedesc calitatea procesuală activă a acestuia. Specifică că, conform art. 44 din Hotărârea de Guvern nr.156 din 11.02.2002, (modificată prin Hotărârea de Guvern nr. 441 din 21.06.24), prevede că structura organizațională, statele, particularitățile activității financiare și limitele competențelor agențiilor teritoriale (ramurale) sănătate și regulamentele lor, elaborate și aprobată de Companie. Potrivit Cap. II, pct. 7, alin. 4 din Statutul Agenției Teritoriale Centru a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Ordinul CNAM nr.85-A din 01.03.2018, Agenția are dreptul să reprezinte Compania și în instanțele de judecată cu întocmirea actelor procedurale prevăzute de legislația în vigoare, iar conform pct. 8 alin. 11 din același Statut, Agenția este în drept să intenteze acțiuni în instanță de judecată persoanelor fizice pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, persoanelor juridice și fizice pentru prejudiciul cauzat fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și instituțiilor medico-sanitare sau personalului medical, în scopul compensării prejudiciilor cauzate din culpa acestora persoanelor asigurate. Invocă că, conform articolului 12, alineatul 4 din Statutul Agenției Teritoriale Centru a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, semnarea cererilor de chemare în judecată este una dintre atribuțiile directorului agenției. Relevă că, argumentele aduse de părât cu privire la lipsa probelor pentru susținerea cererii de chemare în judecată sunt neîntemeiate și urmează a fi respinse.

8. Prin Încheierea din 01 aprilie 2024 a judecătorului Judecătoriei Chișinău, sediul Centru, Russu Natalia, a fost acceptată cererea de chemare în judecată în procedura scrisă cu privire la cererile cu valoare redusă. (f.d. 17-18)
9. Prin Încheierea din 10 ianuarie 2025 a judecătorului Judecătoriei Chișinău, sediul Centru, Russu Natalia, s-a trecut în procedură contencioasă generală cererea de chemare în judecată înaintată de Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Teritorială Centru, împotriva lui ***** cu privire la încasarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală și a penalității.
10. În ședința de judecată, reprezentantul reclamantului, Dodon Grigore, a susținut cererea de chemare în judecată, pe motivele de fapt și de drept invocate în aceasta. Suplimentar a menționat că, este urmărită I.I."*****" deoarece este activă și nu persoana fizică *****. A specificat că, atâtă timp cât întreprinderea nu este radiată, acesta este obligat să achite prima de asigurare obligatorie medicală, în fiecare an până la 31 martie. A menționat că întreprinderea individuală achită ca pentru persoană fizică.
11. În ședința de judecată, părâtul ***** a pledat pentru respingerea integrală a cererii de chemare în judecată, deoarece este depusă de către reclamantul necorespunzător. A specificat că pe parcursul examinării cauzei nu a fost depus un extras de la Agenția Servicii Publice cu privire la înregistrarea Agenției Teritoriale Centru, ca persoană juridică. La fel, a comunicat că reclamantul nu a probat faptul că acesta

este fondatorul II.”*****” și corespunzător obligația acestuia de a achita prima de asigurare. A mai invocat faptul că nu a fost notificat de către reclamantă pe adresa corespunzătoare.

Aprecierea instanței de judecată.

12. Analizând motivele acțiunii înaintate, criticile formulate în referință, examinând probele prezентate pentru dovedirea celor invocate și prevederile legale ce guvernează speța, în raport cu considerentele ce vor fi redate în continuare, acțiunea înaintată de Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Teritorială Centru, împotriva lui *****, cu privire la încasarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală și penalității de întârziere, se admite integral.
13. Potrivit art.118 alin. (1) Cod de procedură civilă ”*Fiecare parte trebuie să dovedească circumstanțele pe care le invocă drept temei al pretențiilor și obiecțiilor sale*” .
14. Din textul art.130 alin. alin. (1), (2), (3) Cod procedură civilă, rezultă 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 pertinența, admisibilitatea, veridicitatea ei, iar toate probele în ansamblu, privitor la legătura lor reciprocă și suficiența pentru soluționarea cauzei.*”
15. În temeiul art.239 Cod de procedură civilă, ”*Hotărârea judecătorească trebuie să fie legală și întemeiată. Instanța își întemeiază hotărârea numai pe circumstanțele constatare nemijlocit de instanță și pe probele cercetate în ședința de judecată.*”
16. Potrivit prevederilor art. 240 alin. (1) din același Cod, ”*La deliberarea hotărîrii, instanța judecătorească apreciază probele, determină circumstanțele care au importanță pentru soluționarea cauzelor, care au fost sau nu stabilite, caracterul raportului juridic dintre părți, legea aplicabilă soluționării cauzei și admisibilitatea acțiunii*”, iar în conformitate cu exigențele alineatului (3) din același articol, ”*Instanța judecătorească adoptă hotărârea în limitele pretențiilor înaintate de reclamant și în numele legii.*”
17. Asupra cauzei de față, s-a stabilit situația de fapt potrivit căreia, pârâtul ***** este fondatorul Întreprinderii Individuale ”*****”, IDNO:*****, înregistrată la 11 mai 1999. (f.d. 12)
18. S-a constatat că, potrivit Raportului detaliat privind extrasele bancare, generat de sistemul informațional ”Asigurarea Obligatorie de Asistență Medicală”, pentru perioada 2021- 2023, *****, IDNP: *****, a achitat 0,00 lei în contul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală. (f.d. 9-10)

19. Potrivit art. 4 alin. (1), alin. (7) din Legea Nr. 1585 din 27-02-1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală "Subiecți ai asigurării obligatorii de asistență medicală sunt: a) asiguratul; b) persoana asigurată; c) asigurătorul; d) prestator de servicii medicale și farmaceutice; e) furnizorul de medicamente și dispozitive medicale. În sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală asigurator este Compania Națională de Asigurări În Medicină și agențile ei teritoriale (ramurale)."
20. Din conținutul art. 5 alin. (1) lit. d) din aceeași Lege, reiese că "Sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se organizează și funcționează având la bază următoarele principii: d) principiul obligativității, potrivit căruia asiguratul are, conform legii, obligația de a participa la sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, iar drepturile de asigurări medicale se exercită corelativ cu îndeplinirea obligațiilor."
21. Potrivit Anexei nr. 2 din Legea Nr. 1593 din 26-12-2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală "Categoriile de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, care se asigură în mod individual, la pct. 1, lit. b) este indicat "Persoanele fizice neangajate, cu domiciliul în Republica Moldova, care se includ în una din următoarele categorii: b) **fondatorii de întreprinderi individuale.**"
22. Potrivit art. 22 alin. (1) din Legea Nr. 1593 din 26-12-2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală "Persoanele fizice incluse la data de 1 ianuarie a anului de gestiune în una din categoriile de plătitori prevăzute la anexa nr.2 vor achita integral o primă de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă în termen de pînă la data de 31 martie a anului de gestiune."
23. În textul art. 14 alin. (1) din Legea Nr. 1585 din 27-02-1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală este reglementat că "Pentru neplata, în termenul stabilit de legislație, a primei de asigurare obligatorie de asistență medicală, asiguratul plătește o penalitate, calculată în conformitate cu legislația, pentru perioada care începe după scadența primei de asigurare și se încheie în ziua plății efective a acesteia."
24. În art. 30 alin. (1) Legea Nr. 1593 din 26-12-2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală este prevăzut că "Neachitarea în termen a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală atrage după sine calcularea unei penalități în mărime de 0,1 % din suma datoriei pentru fiecare zi de întîrziere."
25. Art.17 alin. (1¹) din Legea Nr. 1593 din 26-12-2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală prevede că "Evidența corectitudinii virării în termen la contul Companiei Naționale

de Asigurări în Medicină a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă și aplicarea penalităților se efectuează de către agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.”

26. Articolul 6¹ din Legea Nr. 1585 din 27-02-1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală prevede că *”Evidența persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se ține de către Compania Națională de Asigurări în Medicină. Fiecărei persoane fizice i se atribuie un număr de asigurare obligatorie de asistență medicală. Statutul persoanei fizice asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se confirmă prin interogarea electronică a sistemului informațional al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, utilizând numărul de identificare de stat sau seria și numărul buletinului de identitate provizoriu pentru persoanele care nu dețin număr de identificare de stat. Modalitatea de evidență a persoanelor fizice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se elaborează de către asigurător și se aprobă de către Guvern.”*
27. La pct. 3, pct. 4, pct. 5 din Regulamentului privind acordarea/suspendarea statutului de persoană asigurată în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală aprobat prin Hotărârea Guvernului Nr. 1246 din 19-12-2018 este reglementat că, *”Compania Națională de Asigurări în Medicină (în continuare – CNAM) ține evidența persoanelor fizice încadrate în sistemul AOAM în Registrul de evidență a persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, bază unică de date a CNAM, organizată în conformitate cu cerințele legale, parte componentă a Sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală”. Persoanei fizice înregistrate în Registrul de evidență a persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală i se atribuie un număr de asigurare. Evidența în Registrul de evidență a persoanelor asigurate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală se realizează pe baza numărului de identificare de stat (IDNP) sau a seriei și numărului actului de identitate valabil în sistemul național de pașapoarte, pentru persoanele care nu dețin IDNP, și a numărului de asigurare obligatorie de asistență medicală. Statutul de persoană asigurată se verifică prin interogarea Sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” prin accesarea paginii web oficiale a CNAM (www.cnam.md), la rubrica „Verificarea statutului în sistemul AOAM”.*
28. În spătă, instanța de judecată este de acord cu afirmațiile reclamantului că, potrivit prevederilor pct. 35 din Hotărârea de Guvern nr. 1246 din 19 decembrie 2018, pentru identificarea persoanelor neasigurate, obligate să se asigure în mod individual, care nu au achitat prima de AOAM în sumă fixă, CNAM utilizează datele furnizate de către instituțiile responsabile de evidența informației ce vizează categoriile de persoane indicate în anexa nr.2 la Legea nr.1593/2002 cu privire la

mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, și anume Agenția Servicii Publice pentru întreprinzătorii individuali și fondatorii de gospodării țărănești, iar conform datelor Agenției Servicii Publice, ***** este înregistrat ca fondator al Întreprinderii Individuale ”*****”, IDNO: *****, prin urmare, se reține că pe cauza de față s-a demonstrat calitatea de fondator al I.I. ”****” a lui *****.

29. Se accentuează că, reclamantul este fondator al I.I. ”****”, fapt probat prin extrasul de date din Registrul de stat al unităților de drept privind întreprinderile înregistrate în Republica Moldova la situația din 18 martie 2024, iar potrivit Raportului detaliat privind extrasele bancare, generat de Sistemul Informațional ”Asigurarea Obligatorie de Asistență Medicală”, pentru perioada anul 2021-anul 2023, se arată că, *****, IDNP: *****, a achitat 0,00 lei în contul primei de asigurare obligatorie de asistență medicală.(f.d.9-10, 11, 12)
30. La fel, instanța de judecată nu va reține ca întemeiate argumentele pârâtului că în notificarea expediată de către reclamantă în adresa sa ar fi fost indicată greșit adresa de domiciliu, or în notificarea din 30 iunie 2023, este indicată adresa de domiciliu consemnată în buletinul de identitate a pârâtului.(f.d.7, 27)
31. Referitor la alegațiile pârâtului precum că reclamanta nu a anexat înscrisurile care să confirme calitatea sa procesuală, instanța de judecată va sublinia că, potrivit capitolului II, pct. 7, alin. (4) din Statutul Agenției Teritoriale Centru a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, aprobat prin Ordinul CNAM nr.85-A din 01 martie 2018, Agenția are dreptul să reprezinte Compania și în instanțele de judecată cu întocmirea actelor procedurale prevăzute de legislația în vigoare, la fel, în pct. 8 alin. (11) din același Statut, se indică că, Agenția este în drept să intenteze acțiuni în instanța de judecată persoanelor fizice pentru neachitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, persoanelor juridice și fizice pentru prejudiciul cauzat fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală, precum și instituțiilor medico-sanitare sau personalului medical, în scopul compensării prejudiciilor cauzate din culpa acestora persoanelor asigurate și conform articolului 12, alineatul (4) din Statutul Agenției Teritoriale Centru a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, semnarea cererilor de chemare în judecată este una dintre atribuțiile directorului agenției.
32. Concomitent, instanța va evidenția că, acest din urmă aspect a fost analizat odată cu examinarea cererii de scoatere de pe rol a cererii de chemare în judecată înaintată de partea pârâtă, care a fost respinsă prin încheierea protocolară din 30 iunie 2025. (f.d. 55-56)
33. Pe cale de consecință, instanța de judecată este de acord cu reclamanta că, fondatorul ***** se atribuie la categoria de plătitori ai primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, care se asigură în mod individual, prevăzuți la pct. 1) lit. b) din Anexa nr. 2 menționată *supra* și că nu și-a onorat

obligația prevăzută de legislație de a achita prima de asigurare obligatorie de asistență medicală pentru anii 2021, 2022, 2023.

34. Potrivit art. 4 alin. (2) din Legea Nr. 256 din 16-12-2021 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2021 *"Prin derogare de la prevederile art. 17 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, prima de asigurare obligatorie de asistență medicală calculată în sumă fixă se stabilește în mărime de 4056 de lei pentru categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr. 2 la Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală."*
35. Potrivit art. 4 alin. (2) din Legea Nr. 207 din 06-12-2021 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022 *"Prin derogare de la prevederile art. 17 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, prima de asigurare obligatorie de asistență medicală calculată în sumă fixă se stabilește în mărime de 4056, 00 de lei pentru categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr. 2 la Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală"*.
36. Potrivit art. 4 alin. (2) din Legea Nr. 358 din 22-12-2022 fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023 *"Prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă fixă, calculată pentru categoriile de plătitori prevăzute în anexa nr. 2 la Legea nr. 1593/2002 cu privire la mărimea, modul și termenele de achitare a primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală, se stabilește, potrivit prevederilor art. 17 alin. (4) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală, în quantum de 12636, 00 de lei."*
37. Interpretând într-o manieră coroborată ansamblul normelor legale citate *supra*, raportat la situația de fapt constatătă la examinarea cauzei, se va aprecia corect calculul invocat de reclamantă că, **pentru anul 2021**, datoria constituie 5171,40 lei, ce rezultă din prima de asigurare obligatorie de asistență medicală calculată în sumă fixă în valoare absolută în mărime de 4056,00 lei, stabilită în baza art. 4 alin. (2) din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2021, nr. 256 din 16.12.2020, scadența fiind la data de 31 martie 2021 inclusiv și penalitatea pentru 275 zile în sumă de 1115,40 lei ($4056 \text{ lei} \times 0.1\% = 4.056 \text{ lei/zi}$; perioada 01.04.2021-31.12.2021 = 275 zile; $275 \times 4.056 \text{ lei/zi} = 1115,40 \text{ lei}$); **pentru anul 2022**, datoria constituie 5171,40 lei, ce rezultă din prima de asigurare obligatorie de asistență medicală calculată în sumă fixă în valoare absolută în mărime de 4056,00 lei, stabilită în baza art. 4 alin. (2) din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2022, nr. 207 din 06.12.2021, scadența fiind la data de 31 martie 2022 inclusiv și penalitatea pentru 275 zile în sumă de 1115,40 lei ($4056 \text{ lei} \times 0.1\% = 4.056 \text{ lei/zi}$; perioada 01.04.2022-31.12.2022 = 275 zile; $275 \times 4.056 \text{ lei/zi} = 1115,40 \text{ lei}$); **iar pentru anul 2023** datoria constituie 16110,90 lei, ce

rezultă din prima de asigurare obligatorie de asistență medicală calculată în sumă fixă în valoare absolută în mărime de 12636,00 lei, stabilită în baza art. 4 alin. (2) din Legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pe anul 2023, nr. 358 din 22.12.2022, scadența fiind la data de 31 martie 2023, inclusiv și penalitatea pentru 275 zile în sumă de 3474,90 lei ($12636 \text{ lei} \times 0.1\% = 12,636 \text{ lei/zi}$; perioada 01.04.2023-31.12.2023 = 275 zile; $275 \times 12,636 \text{ lei/zi} = 3474,90 \text{ lei}$).

38. Întreaga argumentație duce cu evidență la concluzia de a admite cererea de chemare în judecată ca întemeiată.
39. Potrivit Anexei nr.2 din Legea taxei de stat nr. 213 din 31.07.2023, la pct. 1, subpct. 1.12, 1.12.1. "Se scutesc de taxa de stat în instanțele de judecată Compania Națională de Asigurări în Medicină și agențiile ei teritoriale (de ramură) În acțiunile intentate împotriva persoanelor fizice sau juridice care se eschivează de la achitarea primelor de asigurare obligatorie de asistență medicală"
40. În articolul 94 alin. (1) Cod de procedură civilă este reglementat că *"Instanța judecătorească obligă partea care a pierdut procesul să plătească, la cerere, părții care a avut cîștig 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 pîrîtului – proporțional părții respinse din pretențiiile reclamantului."*
41. Articolul 98 alin. (1) Cod procedură civilă prevede că *"Cheltuielile aferente judecării cauzei, suportate de instanța judecătorească, precum și taxa de stat, de a căror plată reclamantul a fost scutit, se încasează la buget de la pîrît proporțional părții admise din acțiune dacă pîrîtul nu este scutit de plata cheltuielilor de judecată."*
42. Pornind de la temeinicia pretențiilor invocate de către reclamantă, părâțul ***** în calitate de fondator al I.I. *****", ca parte căzută în pretenții, va fi obligat la plata cheltuielilor de judecată către bugetul statului, compuse din taxa de stat în sumă de 1108, 10 lei.
43. În conformitate cu art. art. 85, 94, 236, 276⁴, 238-241 Cod de procedură civilă, instanța de judecată,

hotărăște :

Se admite cererea de chemare în judecată depusă de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, Agenția Teritorială Centru, împotriva lui *****, cu privire la încasarea primei de asigurare obligatorie de asistență medicală și penalității de întârziere, ca întemeiată.

Se încasează din contul lui *****, întreprinzător individual, fondator I.I. *****" în beneficiul Companiei Naționale de Asigurări în Medicină prima de asigurare obligatorie de asistență medicală în sumă de 20748,00 lei (douăzeci mii șapte sute patruzeci și opt lei, 00 bani) pentru anii 2021, 2022, 2023 și suma de 5705, 70 lei (cinci mii șapte sute cinci lei, 70 bani) cu titlu de penalitate de întârziere.

Se încasează din contul lui *****, întreprinzător individual, fondator I.I. ***** la buget taxa de stat în sumă de 1108, 10 lei (una mie lei una sută opt lei, 10 bani).

Se explică dreptul părților și participanților la proces de a solicita hotărârea redactată în cadrul termenului de decădere de 30 de zile.

Hotărârea poate fi atacată cu apel la Curtea de Apel Centru în termen de 30 zile, din momentul pronunțării dispozitivului, prin intermediul Judecătoriei Chișinău, sediul Central.

Președintele ședinței,
judecătorul

Russu Natalia