

ORDIN

pentru modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 832/302/2008 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală

Având în vedere:

Referatul de aprobare nr. IB 3400 din 31.03.2009 al Ministerului Sănătății și nr. 335 din 31.03.2009 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,
în temeiul prevederilor:

- Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr.367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sanatate pentru anul 2009 ;
- Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 1714/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 1718/2008 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

Art. I – Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 832/302/2008 privind aprobarea formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularelor de prescripție medicală cu regim special pentru medicamente cu și fără contribuție personală, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 361 din 12 mai 2008, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează :

1. Anexa nr.1 se modifică și se înlocuiește cu anexa la prezentul ordin;

2. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„1. Prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală se face pe formularul cu regim special prevăzut în anexa nr. 1 de către medicii care au, potrivit legii, dreptul de a prescrie în sistemul de asigurări sociale de sănătate. Face excepție prescrierea medicamentelor stupefiante și psihotrope prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 1.915/2006 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a prevederilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările ulterioare.

Prin derogare de la prevederile de mai sus, în prescripția medicală întocmită distinct pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinotratat se prescriu și testele de automonitorizare pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinotratat, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Utilizarea altor formulare pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală atrage răspunderea persoanelor vinovate, în conformitate cu dispozițiile legale.”

3. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 2, lit. b) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ b) emiterea prescripțiilor medicale conținând medicamente care se eliberează compensat 100% din prețul de referință sau prețul de decontare altor categorii de asigurați decât cele prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în Hotărârea Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

4. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 3. Durata pentru care se pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală este cea prevăzută în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia, precum și în Hotărârea Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

5. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 4 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 4. Prescripțiile medicale cu și fără contribuție personală se pot elibera de către orice farmacie care, la data eliberării prescripției medicale, are încheiat un contract de furnizare de medicamente cu casa de asigurări de sănătate, respectiv de către farmaciile cu circuit închis pentru tratamentul bolnavilor cuprinși în unele programe de sănătate cu scop curativ, conform Hotărârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

6. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 5. Pe același formular pot fi prescrise denumirile comune internaționale, denumite în continuare DCI, din toate sublistele A, B și C, conform Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, cu completările ulterioare [sublista B - mai puțin DCI - urile prescrise cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; mai puțin DCI-urile prescrise pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 600 de lei/lună; secțiunea C1 - mai puțin DCI - urile prescrise în bolile cronice cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; secțiunea C2 - mai puțin DCI-urile prescrise în diabet zaharat, afecțiuni oncologice, stări posttransplant și unele boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5); secțiunea C3].”

7. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.1 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.1 DCI - uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu diabet zaharat (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat); astfel, se va întocmi câte o prescripție distinctă pentru fiecare dintre situațiile următoare: tratamentul cu antidiabetice orale (ADO), tratamentul cu insuline și derivați + teste de automonitorizare, tratamentul mixt (ADO + insuline) + teste de automonitorizare);”

8. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.2 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.2 DCI - uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul ambulatoriu al bolnavilor cu afecțiuni oncologice (sublista C - secțiunea C2 - Programul național cu scop curativ - P3 - Programul național de oncologie);”

9. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.3 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.3 DCI - uri corespunzătoare medicamentelor pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cu stare posttransplant (sublista C - secțiunea C2, Programul național cu scop curativ - P9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană);”

10. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.4 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.4. DCI - uri corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în programele naționale de sănătate cu scop curativ pentru care eliberarea se face prin farmaciile cu circuit închis ale spitalelor conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (pentru fiecare program DCI - urile corespunzătoare medicamentelor specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor, fac obiectul unei prescripții distincte);”

11. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.6 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.6. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, nominalizate pe sublista B; DCI-uri pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescrise în cadrul tratamentului următoarelor grupe de boli cronice: hepatită cronică de etiologie virală cu HVB și HCV - (G4), ciroză hepatică - (G7), acromegalia - tumori hipofizare cu expansiune supraselară și tumori neuroendocrine - (G22), boala Gaucher - (G29), boala cronică inflamatorie intestinală - G31a, poliartrita reumatoidă - (G31b), artropatia psoriazică - (G31c), spondilita ankilozantă - (G31d), artrita juvenilă - (G31e), psoriazis cronic sever (plăci) - (G31f), DCI-uri nominalizate în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008;”

12. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.7 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.7. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor cu sau fără contribuție personală, prescrise de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii; ”

13. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.8 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.8. DCI-uri corespunzătoare medicamentelor cu sau fără contribuție personală, prescrise pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual;”

14. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.9 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.9 DCI-uri prescrise în cadrul tratamentului pentru unele boli rare din cadrul Programului național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5).”

15. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 6, subpunctul 6.10 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 6.10 DCI-uri din cadrul sublistei B prescrise în regim de compensare 90% din prețul de referință, pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 600 lei/lună.”

16. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 7 se modifică și va avea următorul cuprins::

„7. Prezența în formular doar a 7 poziții pentru prescriere nu limitează drepturile asiguratului prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 1.714/2008 pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, cu modificările și completările ulterioare. În situațiile în care, pentru afecțiunile cronice de care suferă, asiguratul necesită mai mult de 7 medicamente diferite, din subliste diferite/lună, se

pot elibera mai multe prescripții medicale, cu respectarea limitelor de prescriere prevăzute de Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului asigurărilor sociale de sănătate.”

17. În anexa nr. 2, la capitolul I, punctul 8 se modifică și va avea următorul cuprins:

„ 8. Prescripțiile medicale cu și fără contribuție personală sunt tipărite pe hârtie autocopiantă în 3 culori. Exemplarul 3 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a prescris, iar exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) se predau asiguratului, care le depune la furnizorul de medicamente/farmacia cu circuit închis. Furnizorul de medicamente va păstra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurări de sănătate conform prevederilor contractului-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia, ale Hotărârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

18. În anexa nr. 2, capitolul II, punctul 1, la lit. a) sintagma „prevederilor contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia în vigoare la data respectivă” se înlocuiește cu sintagma „ prevederilor contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale Hotărârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;”

19. În anexa nr. 2, capitolul II, punctul 1, la lit. b) sintagma „ prescrie medicamente cu și fără contribuție personală” se înlocuiește cu sintagma „ prescrie DCI-uri corespunzătoare medicamentelor cu și fără contribuție personală”;

20. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 1, lit. e) se modifică și va avea următorul cuprins:
„ e) Aprobarea comisiei - se bifează în cazul în care se prescriu DCI-urile corespunzătoare medicamentelor pentru care tratamentul se efectuează cu aprobarea comisiilor constituite în acest sens la nivelul caselor de asigurări de sănătate sau la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, după caz. În cazul prescrierii acestor DCI-uri medicul prescriptor trebuie să păstreze anexat la foaia de observație a pacientului/fișa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare emis de comisie. "Semnătură medic" - se execută semnătura medicului care a emis prescripția.”

21. În anexa nr. 2, capitolul II, punctul 2, lit. c), la subpunctul vi) sintagma „ contravaloarea medicamentelor prescrise” se înlocuiește cu sintagma „contravaloarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prescrise”;

22. În anexa nr. 2, capitolul II, punctul 2, lit. c), la subpunctul vii) sintagma „valoarea medicamentelor prescrise” se înlocuiește cu sintagma „valoarea medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prescrise”;

23. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 2, lit. c), subpunctul viii) se modifică și va avea următorul cuprins:

„(viii) se bifează "PNS" pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care este inclus în program, și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate în care este inclus și se prescriu numai DCI-urile din sublistele A, B și C, care se eliberează în farmaciile cu circuit deschis, respectiv prin farmaciile cu circuit închis ale spitalelor pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor cuprinși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ;”

24. În anexa nr. 2, capitolul II, la punctul 3 sintagma „ prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală” se înlocuiește cu sintagma „ prescrie DCI-uri”;

25. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 6, lit. b) se modifică și va avea următorul cuprins:
„ b) „ Listă”:

(i) pentru prescripțiile care cuprind DCI-urile din sublistele A și B, se va nota "A" respectiv "B" la rubrica "Listă".

(ii) pentru prescripțiile care conțin și DCI-urile din sublista C1, aferente unei categorii de boală, pentru orice categorie de asigurat adult/copil, în rubrica "Listă", în dreptul DCI-urilor aferente unei

categorii de boală se va nota categoria respectivă (G1 - G31). Completarea câmpului "cod boală" este obligatorie;

(iii) pentru categoriile de asigurați de la pct. 2 lit. c) subpct. (iv), (v) și (vi), se vor putea prescrie toate DCI-urile din sublista C - secțiunea C1, cu indicarea codului Gx, indiferent de boala pentru care se face prescrierea, conform autorizației de punere pe piață;"

26. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 6, la lit. c) sintagma „prescripția medicamentelor” se înlocuiește cu sintagma „prescripția DCI-urilor”;

27. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 6, lit. e) se modifică și va avea următorul cuprins:
„ Denumire comună internațională/Denumire comercială/FF/Concentrație" - se completează cu denumirea comună internațională sau denumirea comercială (numai pentru cazurile justificate medical în fișa medicală a pacientului), însoțită de forma farmaceutică și de concentrație corespunzătoare Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului, respectiv Listei medicamentelor (denumiri comerciale), aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aflate în vigoare la data respectivă, modul de administrare și cantitatea necesară tratamentului, trecută în cifre și în litere.

Pentru testele de automonitorizare prescrise bolnavilor cu diabet zaharat insulinodependent, se va specifica sintagma "teste de automonitorizare”."

28. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 6, lit. e¹) se modifică și va avea următorul cuprins:

„ Cantitate" - se va specifica în cifre numărul de teste de automonitorizare prescrise, respectiv de 100 teste/lună pentru un copil cu diabet zaharat insulinodependent, sau de 50 teste/lună pentru un adult cu diabet zaharat insulinodependent cu vârsta cuprinsă între 19 ani ÷ 40 ani, sau de 100 teste/3 luni pentru un adult cu diabet zaharat insulinotratat cu vârsta peste 40 ani. Perioada pentru care se prescriu testele de automonitorizare trebuie să corespundă cu perioada pentru care bolnavul a primit și tratamentul medicamentos (terapia cu insulină); ”

29. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 6, lit. f) se modifică și va avea următorul cuprins:
„ f) prescrierea DCI-urilor din sublista C, secțiunea C2, dacă pacientul este beneficiarul unuia dintre programele/subprogramele naționale de sănătate, se face cu indicarea programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ: P3 - Programul național de oncologie, P5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, P9 - Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană (P.9.7. Tratamentul stării posttransplant în ambulatoriu al pacienților transplantați) și unele boli rare cuprinse în Programul național de diagnostic și tratament pentru boli rare și sepsis sever - P6 - mucoviscidoză (P6.4) și epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (P6.5), respectiv cu indicarea programului pentru care eliberarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu se face prin farmaciile cu circuit închis, conform prevederilor Hotărârii Guvernului nr. 367/2009 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009 și ale Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.”

30. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 11 se modifică și va avea următorul cuprins:
„ 11. "Taxare" - farmacistul va menționa în rubrica "Denumire comercială" și în fața persoanei care ridică medicamentele (asigurat sau împuternicitul acestuia) medicamentele pe care le eliberează. În cazul testelor de automonitorizare, farmacia va specifica în cadrul acestei rubrici sintagma "teste de automonitorizare", iar la rubrica "Valoare compensare" va înscrie suma rezultată ca urmare a înmulțirii numărului de teste de automonitorizare eliberate cu prețul de decontare stabilit pentru un test de automonitorizare. În cazul DCI-urilor din sublista B prescrise pensionarilor care realizează venituri numai din pensii de până la 600 lei/lună, la rubrica "Valoare compensare" se va trece pentru fiecare medicament valoarea de compensare corespunzătoare aplicării cotei de 50% din prețul de referință, notându-se în paranteză "CNAS", și valoarea de compensare de 40% din prețul de referință, notându-se în paranteză "MS", pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețului de referință este de până la 300 lei/lună pe prescripție.

În rubrica "Total" din secțiunea "Taxare" se vor trece totalurile: A, B, C1, C2, C3.”

31. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 13 se abrogă;

ART. II

(1) Până la epuizarea actualelor stocuri de formulare de prescripții medicale, acestea pot fi utilizate în paralel cu formularul de prescripții medicale aprobat prin prezentul ordin, dar nu mai târziu de 1 iulie 2009 .

(2) Medicii care utilizează celelalte două tipuri de formulare, altele decât cel propus prin prezentul ordin, sunt obligați să completeze după caz, denumirea comună internațională sau denumirea comercială în condițiile Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anul 2009, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 1714/2008, cu modificările și completările ulterioare.

Art. III

Prezentul ordin va fi publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I și intră în vigoare începând cu 1 aprilie 2009.

Ministrul sănătății ,

Ion BAZAC

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

Irinel POPESCU

