

## 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. E.N. 7.668 din 23 septembrie 2008 al Ministerului Sănătății Publice și nr. DG/2.251 din 19 august 2008 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. 357/2008 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2008, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 574/269/2008 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2008, cu modificările și completările ulterioare;
- 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;
- Hotărârii Guvernului nr. 862/2006 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății Publice, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 972/2006 pentru aprobarea Statutului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

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

**Art. I.**— Anexa nr. 2 la 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 completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

#### **1. 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 insulinodependent se prescriu și testele de automonitorizare pentru bolnavii cu diabet zaharat insulinodependent, în condițiile Hotărârii Guvernului nr. 357/2008 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2008, cu modificările și completările ulterioare, și ale Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 574/269/2008 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2008, cu modificările și completările ulterioare.

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

#### **2. La capitolul I, punctul 5 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„5. Pe același formular pot fi prescrise medicamente 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 (sublista B — mai puțin medicamentele corespunzătoare denumirilor comune internaționale, denumite în continuare DCI, prescrise cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; secțiunea C1 — mai puțin medicamentele corespunzătoare DCI-urilor, prescrise în bolile cronice cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate; secțiunea C2 — mai puțin medicamentele prescrise în diabet zaharat, afecțiuni oncologice, stări posttransplant, HIV/SIDA și unele boli rare cuprinse în Programul național de hemofilie, talasemie și alte boli rare — P6 — mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii — scleroza laterală amiotrofică (P6.5); secțiunea C3).”

#### **3. La capitolul I punctul 6, subpunctul 6.1 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„6.1. medicamente 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;”.

#### **4. La capitolul I punctul 6, subpunctele 6.5 și 6.5 1 se abrogă.**

**5. La capitolul I punctul 6, subpunctul 6.6 se modifică și va avea următorul cuprins:**

„6.6. medicamente corespunzătoare DCI-urilor pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, nominalizate pe sublista B; medicamente corespunzătoare DCI-urilor pentru care aprobarea se dă de către comisiile constituite în acest sens la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, prescise 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;”

**6. La capitolul I punctul 6, după subpunctul 6.8 se introduce un nou subpunct, subpunctul 6.9, cu următorul cuprins:**

„6.9. medicamente corespunzătoare DCI-urilor prescise în cadrul tratamentului pentru unele boli rare din cadrul Programului național de hemofilie, talasemie și alte boli rare — P6 — mucoviscidoză (P6.4), epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii — scleroza laterală amiotrofică (P6.5).”

**7. La capitolul II punctul 2 litera c), subpunctul (v) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(v) se bifează «elev/ucenic/student (18—26 ani)» pentru toate persoanele de la 18 la 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți care fac dovada calității lor de asigurat și nu realizează venituri din muncă. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescise se suportă din fond, la nivelul prețului de referință în condițiile contractului-cadru, dacă nu realizează venituri din muncă;”

**8. La capitolul II punctul 6 litera a), subpunctul (i) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(i) se notează, după caz: procentul corespunzător de compensare (90%, 50% sau 100% din prețul de referință) al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunea C1); procentul de compensare 100% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunile C1 și C3), conform prevederilor legale în vigoare pentru: copil (< 18 ani), tineri de la 18 ani până la vârsta de 26 de ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începutul anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți, gravidă/lăuză; procentul de compensare 100% din prețul de referință aferent sublistelor A, B, C (secțiunea C1) pentru categoriile de asigurați beneficiari ai legilor speciale (veterani, revoluționari, persoane cu handicap etc.); prețul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (secțiunea C2) pentru toate categoriile de asigurați beneficiari de programe/subprograme naționale de sănătate;”

**9. La capitolul II punctul 6 litera b), subpunctul (ii) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(ii) pentru prescripțiile care conțin și medicamente din sublista C1, aferente unei categorii de boală, pentru orice categorie de asigurat adult/copil, în rubrica «Listă», în dreptul medicamentelor aferente unei categorii de boală se va nota categoria respectivă (G1—G31). Completarea câmpului «cod boală» este obligatorie;”

**10. La capitolul II punctul 6 litera b), subpunctul (iii) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„(iii) pentru categoriile de asigurați de la pct. 2 lit. c) subpct. (iv), (v) și (vi), se vor putea prescrie toate medicamentele din

sublista C — secțiunea C1, cu indicarea codului Gx, indiferent de boala pentru care se face prescrierea, conform autorizației de punere pe piață;”

**11. La capitolul II punctul 6, litera e) se modifică și se completează după cum urmează:**

„e) «Denumire comercială/FF/Concentrație» — se completează cu denumirea comercială 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 prescise bolnavilor cu diabet zaharat insulinodependent, se va specifica sintagma «teste de automonitorizare»;”

**12. La capitolul II punctul 6, după litera e) se introduc două noi litere, literele e<sup>1</sup>) și e<sup>2</sup>), cu următorul cuprins:**

„e<sup>1</sup>) «Cantitate» — se va specifica în cifre numărul de teste de automonitorizare prescise, cu condiția să nu depășească numărul maxim de 110 teste/lună pentru un copil cu diabet zaharat insulinodependent sau numărul maxim de 50 de teste/lună pentru un adult cu diabet zaharat insulinodependent. Perioada pentru care se prescriu testele de automonitorizare trebuie să corespundă cu perioada pentru care bolnavul a primit și tratamentul medicamentos (terapia cu insulină);

e<sup>2</sup>) «D.S.» — se va specifica una dintre sintagmele «adult» sau «copil» (> de 18 ani), după caz;”

**13. La capitolul II punctul 6, litera f) se modifică și va avea următorul cuprins:**

„f) prescrierea medicamentelor 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), P1 — Subprogramul de tratament și monitorizare a persoanelor cu infecție HIV/SIDA și tratament postexpunere și unele boli rare cuprinse în Programul național de hemofilie, talasemie și alte boli rare — P6 — mucoviscidoză (P6.4) și epidermoliza buloasă (P6.2), boli neurologice degenerative/inflamatorii — scleroza laterală amiotrofică (P6.5).”

**14. La capitolul II, punctul 11 se modifică și se completează după cum urmează:**

„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, fără a depăși costul mediu de 120 lei/lună pentru copil și, respectiv, 48 lei/lună pentru adult. În rubrica «Total» din secțiunea «Taxare» se vor trece totalurile: A, B, C1, C2, C3.”

**15. La capitolul II, punctul 14 se abrogă.**

**Art. II.**— Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.