

ORDIN Nr. 129/338 din 17 februarie 2011

pentru modificarea și completarea [anexei 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

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII

Nr. 129 din 17 februarie 2011

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

Nr. 338 din 2 februarie 2011

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL NR. 141 din 24 februarie 2011

Având în vedere:

- Referatul de aprobare al ministrului sănătății nr. 7.914/2011 și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG365/2011;

- [Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- [Hotărârea Guvernului nr. 1.388/2010](#) privind aprobarea programelor naționale de sănătate în anii 2011 - 2012,

în temeiul dispozițiilor [art. 7](#) alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare, ale [art. 281](#) alin. (2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, și ale [art. 17](#) alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

ministrul sănătății 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 modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

1. În cuprinsul [anexei](#), sintagma "[Hotărârea Guvernului nr. 367/2009](#) pentru aprobarea programelor naționale de sănătate în anul 2009" se înlocuiește cu sintagma "hotărârea Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate".

2. În cuprinsul [anexei](#), sintagma "[Normele](#) tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2009, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 417/431/2009" se înlocuiește

cu sintagma "normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate".

3. 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, se află în relație contractuală 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 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate."

4. La [capitolul I](#), punctul 5 se modifică și va avea următorul cuprins:

"5. Pe același formular de prescripție pot fi cuprinse denumiri 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 modificările și 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 700 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), sindromul Prader-Willi (P6.7); [secțiunea C3](#)]."

5. 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 + teste de automonitorizare, tratamentul mixt (ADO + insuline) + teste de automonitorizare;"

6. 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), sindromul Prader-Willi (P6.7);"

7. 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 Contractul-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate. În situațiile în care,

pentru afecțiunile cronice de care suferă, asiguratul are nevoie de 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."

8. La [capitolul I](#) punctul 10, litera d) se modifică și va avea următorul cuprins:

"d) achiziția formularelor de prescripții medicale se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de către delegatul acestuia, pe baza facturii."

9. La [capitolul II](#) punctul 1, litera b) se modifică și va avea următorul cuprins:

"b) <<MF-MM>> - se bifează atunci când medicul de familie prescrie medicamente pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii; rețeta eliberată de medicul de familie pe baza scrisorii medicale comunicate de medicul de medicina muncii va constitui o rețetă distinctă;"

10. La [capitolul II](#) punctul 1, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

"e) <<Aprobat comisie>> - se bifează în cazul în care se prescriu medicamentele 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 medicamente, medicul prescriptor trebuie să păstreze anexat la foaia de observație a pacientului/fișa pacientului (FO/RC) o copie a referatului/deciziei de aprobare, emis/emisă de comisie. În dreptul bifei se notează: grupa de boală cronică aferentă afecțiunii care a fost aprobată de comisie (Gx), numărul și data emiterii deciziei de aprobare.

<<Semnătură medic>> - se execută semnătura medicului care a emis prescripția și se aplică parafa acestuia."

11. La [capitolul II](#) punctul 2 litera c), subpunctul (vi) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(vi) se bifează <<gravidă/lăuză>> pentru toate persoanele gravide sau lăuze. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din fond, la nivelul prețului de referință, în condițiile Contractului-cadru, indiferent dacă realizează sau nu venituri;"

12. La [capitolul II](#) punctul 2 litera c), subpunctul (vii) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(vii) se bifează <<veteran, revoluționar sau handicap>> pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale. Pentru aceste categorii, valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor specifice se suportă din fond, în condițiile Contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;"

13. La [capitolul II](#) punctul 2 litera 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, pe perioada în care sunt incluși în program, și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate în care sunt incluși;"

14. La [capitolul II](#) punctul 2 litera c), subpunctul (x) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(x) la rubrica <<Alte categorii>> se va nota:

- cifra 1, dacă este vorba de persoane beneficiare de legi speciale care nu apar menționate distinct pe formularul de prescripție medicală, dar care sunt menționate distinct la [art. 213](#) alin. (1) lit. c) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază;

- cifra 2, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat menționate pe formularul de prescripție și care beneficiază de nivel de compensare ca un asigurat obișnuit."

15. La [capitolul II](#), punctul 3 se modifică și va avea următorul cuprins:

"3. <<Diagnostic>> - se vor nota toate diagnosticele pacientului pentru care au fost prescrise medicamente;"

16. 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 90% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din [sublista B](#) pentru pensionarii care realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei/lună, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețurilor de referință/prescripție este de până la nivelul prevăzut în Contractul-cadru; 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: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri de la 18 ani până la 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, gravide/lăuze; procentul de compensare 100% din prețul de referință aferent [sublistelor A, B, C \(secțiunea C1\)](#) sau integral contravaloarea medicamentelor, dacă prețul pe unitate terapeutică este mai mic sau egal cu prețul de referință 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, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;"

17. La [capitolul II](#) punctul 6, litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

"c) <<Cod boală>> - medicul prescriptor va înscrie codul diagnosticului/diagnosticelor pentru care se face prescripția medicamentelor, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală;"

18. La [capitolul II](#) punctul 6, litera e) se modifică și va avea următorul cuprins:

"e) <<Denumire comună internațională/Denumire comercială/FF/Concentrație>> - se completează cu denumirea comună internațională și/sau denumirea comercială, conform contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, respectiv hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor

tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, însoțită de forma farmaceutică și de concentrație, conform 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>>."

19. La [capitolul II](#) punctul 6, litera e<sup>1</sup>) se modifică și va avea următorul cuprins:

"e<sup>1</sup>) <<Cantitate>> - se va specifica în cifre numărul de teste de automonitorizare prescrise, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;"

20. La [capitolul II](#) punctul 6, litera 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 a unor 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), sindromul Prader-Willi (P6.7), respectiv cu indicarea programului pentru care eliberarea medicamentelor în tratamentul ambulatoriu se face prin farmaciile cu circuit închis, conform prevederilor hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate."

21. 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 700 lei/lună, la rubrica <<Valoare compensare>> se vor 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 nivelul prevăzut în contractul-cadru.

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

22. La capitolul II, după punctul 11 se introduce un nou punct, punctul 11<sup>1</sup>, cu următorul cuprins:

"11<sup>1</sup>. <<Contribuție asigurat>> - se menționează valoarea contribuției asiguratului, conform bonului fiscal generat cu ocazia eliberării medicamentelor."

ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

Ministrul sănătății,  
Cseke Attila

Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
Nicolae-Lucian Duță