

**MODUL DE PRESCRIERE, ELIBERARE ȘI DECONTARE
a medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu**

ART. 1 (1) Medicamentele cu și fără contribuție personală se acordă în tratamentul ambulatoriu pe bază de prescripție medicală eliberată de medicii care sunt în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate.

Pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală care se acordă în tratamentul ambulatoriu se utilizează numai prescripția medicală electronică on-line și în cazuri justificate, prescripția medicală electronică off-line.

În sistemul de asigurări sociale de sănătate, prescrierea preparatelor stupefiante și psihotrope se realizează conform reglementărilor Legii nr. 339/2005 privind regimul juridic al plantelor, substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, cu modificările și completările ulterioare. Prescripția medicală cu regim special este utilizată pentru preparatele stupefiante și psihotrope și își păstrează regimul de prescripție medicală cu regim special.

Pentru prescripțiile medicale electronice off-line, în cazul în care o modificare este absolut necesară, această mențiune va fi semnată și parafată de către persoana care a completat inițial datele, pe toate formularele.

(2) Prescripția medicală electronică on-line și off-line este un formular utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate pentru prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu.

Prescripția medicală electronică on-line și off-line are două componente obligatorii: componenta care se completează de către medicul prescriptor și o componentă care se completează de farmacist, denumite în continuare componentă prescriere, respectiv componentă eliberare. Prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă are și o componentă facultativă utilizată numai pentru eliberarea fracționată atât în ceea ce privește numărul medicamentelor cât și cantitatea din fiecare medicament denumită în continuare componenta eliberare pentru pacient.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice, sunt generate automat prin sistemul de prescriere electronică de la nivelul caselor de asigurări de sănătate și sunt atribuite fiecărui furnizor de servicii medicale, respectiv fiecărui medic care are încheiată convenție pentru prescriere de medicamente.

Casele de asigurări de sănătate vor atribui furnizorilor de servicii medicale, respectiv medicilor care au încheiat convenții pentru prescriere de medicamente un număr de prescripții medicale electronice on-line și off-line, la solicitarea acestora și organizează evidența prescripțiilor medicale electronice on-line și off-line atribuite.

(3) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, acesta listează un exemplar al prescripției medicale (componenta prescriere) care poartă confirmarea semnăturii electronice extinse și îl înmânează asiguratului pentru depunerea la farmacie și poate lista un alt exemplar al prescripției electronice (componenta prescriere) care rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie.

Farmacia la care se prezintă asiguratul sau persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului listează un exemplar al prescripției electronice on-line (componenta eliberare) - ce conține confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care îl păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face

utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(4) În cazul prescrierii electronice on-line, în situația în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică extinsă, acesta listează obligatoriu două exemplare pe suport hârtie (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar rămâne la medicul prescriptor pentru evidența proprie și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a se depune de către acesta la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie prescripția medicală electronică (componenta eliberare), cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, pe care o păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere) și o va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele asiguratului, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției/persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia și nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(5) În cazul prescrierii electronice off-line, medicul prescriptor listează obligatoriu pe suport hârtie 3 exemplare ale prescripției medicale electronice (componenta prescriere), pe care le semnează, parafează și ștampilează, din care un exemplar îl păstrează pentru evidența proprie și două exemplare le înmânează asiguratului pentru a le depune la farmacie. Farmacia listează pe suport hârtie componenta eliberare a prescripției cu confirmarea semnăturii electronice a farmacistului, care se semnează și de asigurat sau de persoana care ridică medicamentele, pe care farmacia o înaintează casei de asigurări de sănătate în vederea decontării.

Exemplarul listat de farmacie (componenta eliberare) va fi semnat de către persoana care ridică medicamentele în numele acestuia, dacă nu poate prezenta cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu. În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției sau de persoana care ridică medicamentele în numele acestuia și eliberarea se face utilizând cardul național de asigurări sociale de sănătate propriu fiecăruia, nu este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției pe baza adeverinței de asigurat cu valabilitate de 3 luni de la data emiterii pentru cei care refuză cardul național din motive religioase sau de conștiință/adeverinței înlocuitoare pentru cei cărora li se va emite card național de asigurări sociale de sănătate duplicat/documentelor prevăzute la art. 223 alin. (1) din Legea nr. 95/2006, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pentru persoanele cărora nu le-a fost emis cardul, precum și copii 0 - 18 ani beneficiari ai prescripției medicale, este necesară semnarea componentei eliberare.

În situația în care medicamentele se ridică de la farmacie de către beneficiarul prescripției care este titular de card european/titular de formular european/pacient din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, este necesară semnarea componentei eliberare.

(6) Pentru elevii și studenții care urmează o formă de învățământ în altă localitate decât cea de reședință, în caz de urgență medicală, medicul din cabinetul școlar sau studentesc poate prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile. Medicii respectivi au obligația să transmită prin scrisoare medicală medicului de familie la care este înscris elevul sau studentul diagnosticul și tratamentul prescris. Medicii dentiști din cabinetele stomatologice școlare și studentești pot prescrie medicamente numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii din căminele de bătrâni pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile, pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, dacă nu sunt înscrși în lista unui medic de familie.

Medicii din instituțiile de asistență socială pentru persoane adulte cu handicap aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități pot prescrie medicamente numai pentru maximum 7 zile pentru bolnavii nedeplasabili sau cu afecțiuni acute din aceste instituții, în situația în care persoanele instituționalizate nu sunt înscrise în lista unui medic de familie.

Medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu numai pentru afecțiuni acute, pentru maximum 7 zile.

Medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, pot prescrie medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, corespunzător DCI-urilor prevăzute în Hotărârea 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. Perioadele pentru care pot prescrie medicamente sunt cele prevăzute la art. 2 alin. (1) și alin. (3).

(7) Casele de asigurări de sănătate încheie convenții cu medicii/medicii dentiști din cabinetele școlare și studentești, medicii din căminele de bătrâni, medicii din instituțiile aflate în coordonarea Autorității Naționale pentru Persoanele cu Dizabilități, cu unitățile sanitare pentru medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționar de zi psihiatrie, cabinete de planificare familială, cabinete de medicină dentară care nu se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, care se află în structura spitalului ca unități fără personalitate juridică, și cu medicii din unitățile și compartimentele de primire a urgențelor din cadrul spitalelor ce sunt finanțate din bugetul de stat, în vederea recunoașterii prescripțiilor medicale pentru medicamente cu și fără contribuție personală eliberate de către aceștia. Modelul convenției este cel prevăzut în anexa nr. 41 la ordin. Prin medici/medici dentiști din cabinetele școlare și studentești se înțelege medicii din cabinetele medicale și stomatologice din școli și unități de învățământ superior, finanțate de la bugetul de stat.

(8) Prescripțiile medicale aferente medicamentelor în regim de compensare 100% din prețul de referință se eliberează în următoarele situații:

a) pentru copii cu vârsta cuprinsă între 0 - 18 ani, gravide și lehuze, 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;

b) pentru bolile cronice aferente unor grupe de boli conform prevederilor legale în vigoare;

c) pentru persoanele prevăzute în legile speciale, cu respectarea prevederilor referitoare la prescrierea medicamentelor.

(9) Pentru a beneficia de medicamente conform art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale, a medicamentelor și a dispozitivelor medicale, în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2016 - 2017, cu modificările și completările ulterioare, pensionarii trebuie să prezinte medicului de familie ultimul talon de pensie, actul de identitate, precum și o declarație pe propria răspundere din care să rezulte faptul că realizează venituri numai din pensii de până la 700 lei pe lună, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și va anexa la fișa medicală declarația dată pe propria răspundere de către pensionar.

În situația în care la nivelul cabinetului medical nu există declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau nu sunt consemnate în fișa pacientului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripție eliberată de medic, răspunderea revine medicului prescriptor.

În situația în care la nivelul cabinetului medical există declarație dată pe propria răspundere de către pensionar anexată la fișa medicală (câte una pentru fiecare prescripție eliberată de medic sau aceeași declarație actualizată prin semnătura pensionarului și dată - cu ocazia celorlalte prescripții medicale eliberate de medic) precum și înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei (talon de pensie în original sau copie sau sunt consemnate în fișa pacientului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei) pentru prescripția eliberată de medic, dar se dovedește că declarația dată pe propria răspundere dată de către pensionar nu este conformă realității, răspunderea nu revine medicului prescriptor, ci asiguratului (pensionarului).

ART. 2 (1) Perioadele pentru care pot fi prescrise medicamentele sunt de maximum 7 zile în afecțiuni acute, de până la 8 - 10 zile în afecțiuni subacute și de până la 30 - 31 de zile pentru bolnavii cu afecțiuni cronice. Perioada pentru care pot fi prescrise medicamentele ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat este de până la 30 - 31 de zile.

(2) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de familie pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile inclusiv pentru bolnavii care sunt incluși în "Programul pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", medicul de familie prescrie inclusiv medicamente ca o consecință a actului medical prestat de alți medici de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, pe baza scrisorii medicale, pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale. Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(3) Pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate și cu schemă terapeutică stabilă, medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot prescrie medicamente pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, perioada fiind stabilită de comun acord de medicul prescriptor și asiguratul beneficiar al prescripției medicale.

Asigurații respectivi nu mai beneficiază de o altă prescripție medicală pentru boala cronică respectivă pentru perioada acoperită de prescripția medicală.

(4) Prescripția medicală eliberată de medicii din spitale la externarea bolnavului - în urma unui episod de spitalizare continuă/spitalizare de zi, cuprinde medicația pentru maximum 30/31 de zile, cu respectarea prevederilor alin. (1).

(5) Prescripția medicală pentru afecțiunile cronice este valabilă maximum 30 de zile de la data emiterii acesteia, iar în afecțiunile acute și subacute prescripția medicală este valabilă maximum 48 de ore. Prescripția medicală electronică on-line pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile pentru care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, și care se eliberează de mai multe farmacii atât în ceea ce privește numărul, cât și cantitatea din fiecare medicament, este valabilă maximum 92 zile de la data emiterii acesteia în funcție de numărul de zile pentru care s-a făcut prescrierea.

ART. 3 Numărul medicamentelor care pot fi prescrise cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu pentru un asigurat este prevăzut în anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare. Cantitatea de medicamente pentru fiecare produs se notează în cifre și litere.

ART. 4 (1) Prescripția medicală se completează în mod obligatoriu cu toate informațiile solicitate în formularul de prescripție medicală electronică aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/în prescripția cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante.

(2) Medicamentele cuprinse în prescripțiile medicale electronice/prescripțiile cu regim special pentru substanțele și preparatele psihotrope și stupefiante care nu conțin toate datele obligatorii a fi completate de medic, prevăzute în formularul de prescripție medicală, nu se eliberează de către farmacii și nu se decontează de casele de asigurări de sănătate.

ART. 5 (1) În sistemul asigurărilor sociale de sănătate prescrierea medicamentelor se face de medici, ca urmare a actului medical propriu, în limita competențelor legale pe care le au și în concordanță cu diagnosticul menționat pe formularul de prescripție medicală emis.

Medicii de familie pot prescrie medicamente atât ca urmare a actului medical propriu, cât și ca o consecință a actului medical prestat de alți medici în următoarele situații:

a) când pacientul urmează o schemă de tratament stabilită conform reglementărilor legale în vigoare pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, de către medicul de specialitate aflat în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, comunicată numai prin scrisoare medicală cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau urmare a unui act medical propriu la nivelul ambulatoriului de specialitate, medicul de familie poate prescrie medicamentele prevăzute în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital, cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute în protocoalele terapeutice.

b) la recomandarea medicului de medicina muncii, recomandare comunicată prin scrisoare medicală;

c) în cadrul "Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri realizate numai din pensii de până la 700 lei pe lună", pe baza scrisorii medicale transmise de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

(2) Medicii din spitale sunt obligați să prescrie asiguraților, la externare, medicamente în limita specialității și a consultațiilor interdisciplinare evidențiate în foaia de observație, luându-se în considerare medicația prescrisă anterior și în coroborare cu schema de tratament stabilită la externare, dacă se impune eliberarea unei prescripții medicale.

(3) În situația în care un asigurat, cu o boală cronică confirmată, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflată în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie/medicul din ambulatoriul de specialitate poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, pentru medicamentele aferente bolilor pentru care

este necesară aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate/caselor de asigurări de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice altele decât cele cuprinse în lista cu DCI-urile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital, că asiguratul este internat, cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice și a restricțiilor de prescriere din protocoalele terapeutice.

(4) Medicii care își desfășoară activitatea la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu pot prescrie substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.

(5) Medicii prescriu medicamentele sub forma denumirii comune internaționale (DCI), iar în cazuri justificate medical, precum și în cazul produselor biologice și al medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat prescrierea se face pe denumire comercială, cu precizarea pe prescripție și a denumirii comune internaționale corespunzătoare. În cazul prescrierii medicamentelor pe denumire comercială, cu excepția produselor biologice și a medicamentelor ce fac obiectul contractelor cost-volum/cost-volum-rezultat, justificarea medicală va avea în vedere reacții adverse raportate prin sistemul național de farmacovigilență, ineficacitatea altor medicamente din cadrul aceleiași DCI sau particularizarea schemei terapeutice, inclusiv pentru DCI - Combinații.

ART. 6 Prescripțiile medicale pe baza cărora se eliberează medicamentele cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu constituie documente financiar-contabile, pe baza cărora se întocmesc borderourile centralizatoare.

ART. 7 (1) Eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medical prescriptor.

(2) Pentru prescripția medicală electronică on-line și off-line în care medicul prescriptor are sau nu are semnătură electronică extinsă, în situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente cuprinse în prescripție, farmacistul va completa componenta eliberare din prescripție numai cu medicamentele eliberate și va lista un exemplar al acestora pe care primitorul semnează, cu precizarea poziției/pozițiilor din componenta prescriere a medicamentelor la care renunță, și care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. În această situație medicamentele neeliberate nu pot fi eliberate de nicio altă farmacie.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, pentru DCI-urile/medicamentele neeliberate de farmacie și la care asiguratul nu renunță și care pot fi eliberate de alte farmacii, farmacia care a eliberat medicamente va lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/primitorului în numele acestuia pentru a se prezenta la altă farmacie, precum și un exemplar al componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) - care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia.

Pentru prescripția medicală electronică on-line în care medicul prescriptor are semnătură electronică extinsă, emisă pentru bolnavii cu boli cronice stabilizate pentru o perioadă de până la 90/91/92 de zile, la cererea asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia, cantitatea de medicamente prescrise se poate elibera fracționat de către una sau mai multe farmacii. Prima eliberare se va face în maximum 30 de zile de la data emiterii componentei prescriere. Fiecare eliberare fracționată se va face cu respectarea cantității lunare din fiecare medicament determinată în funcție de cantitatea înscrisă de medic în componenta prescriere. Farmacia/Farmacile care a/au eliberat medicamente fracționat va/vor lista un exemplar al componentei eliberare pentru pacient cu medicamentele eliberate și care va fi înmănat asiguratului/persoanei care ridică medicamentele în numele acestuia pentru a se prezenta ulterior, în termenul de valabilitate a prescripției, la aceeași sau la o altă farmacie, precum și un exemplar al

componentei eliberare - cu respectarea prevederilor art. 1 alin. (3) care se păstrează în evidența proprie împreună cu prescripția medicală (componenta prescriere), urmând a fi prezentat casei de asigurări de sănătate la solicitarea acesteia. Farmacia care eliberează ultima fracțiune din medicamentele prescrise nu va mai lista componenta eliberare pentru pacient.

Pentru prescripția medicală electronică off-line sau on-line în care medicul prescriptor nu are semnătură electronică, prescripția se poate elibera numai de către o singură farmacie.

Furnizorii de medicamente eliberează medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și sublista D, ale căror prețuri pe unitatea terapeutică sunt mai mici sau egale cu prețul de referință, cu excepția cazurilor în care medicul prescrie medicamentele pe denumire comercială. În cazul în care medicamentele eliberate au preț pe unitatea terapeutică mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În cazul în care medicamentele eliberate în cadrul aceluiași DCI au prețul de vânzare cu amănuntul mai mare decât prețul de referință, farmacia trebuie să obțină acordul informat și în scris al asiguratului/persoanei care ridică medicamentele pe prescripție - componenta eliberare. În toate situațiile farmacia eliberează medicamentele corespunzătoare formei farmaceutice aferente căii de administrare și concentrației prescrise de medic.

(3) Înscrierea prețurilor de vânzare cu amănuntul se face de către farmacist pentru medicamentele eliberate pe componenta eliberare a prescripției medicale.

(4) Farmacistul notează prețurile de vânzare cu amănuntul, sumele aferente ce urmează să fie decontate de casele de asigurări de sănătate pentru fiecare medicament și sumele ce reprezintă contribuția personală a asiguratului, pe care le totalizează.

(5) Farmacia are dreptul să încaseze de la asigurați contribuția personală reprezentând diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și suma corespunzătoare aplicării procentului de compensare a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor prevăzute în sublistele A, B și D asupra prețului de referință, respectiv diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul și prețul de referință al medicamentelor decontate de casele de asigurări de sănătate.

(6) Farmaciile au obligația să asigure acoperirea cererii de produse comerciale ale aceluiași DCI, cu prioritate la prețurile cele mai mici din lista cu denumirile comerciale ale medicamentelor; să se aprovizioneze, la cererea scrisă a asiguratului, înregistrată la furnizor, în maximum 24 de ore pentru bolile acute și subacute și 48 de ore pentru bolile cronice, cu medicamentul/medicamentele din lista cu denumiri comerciale ale medicamentelor, dacă acesta/acestea nu există la momentul solicitării în farmacie. Solicitarea de către asigurat se face în scris, iar farmacia trebuie să facă dovada demersurilor efectuate în acest sens.

Face excepție de la obligația farmaciei de a se aproviziona în maximum 24/48 de ore cu medicamente situația în care farmacia se află în imposibilitatea aprovizionării cu medicamente, din motive independente de aceasta și pe care le poate justifica cu documente în acest sens.

ART. 8 Prescripțiile cu destinație pediatrică se decontează numai pentru medicamentele de folosință pediatrică, conform indicațiilor producătorului de medicamente, cu excepția cazurilor justificate în care vârsta și greutatea pacientului impun utilizarea unei alte forme farmaceutice adecvate sau a unui alt medicament adecvat, după caz.

ART. 9 Casele de asigurări de sănătate decontează numai medicamentele cu denumirile comerciale prevăzute în Lista cu medicamente (denumiri comerciale), elaborată pe baza 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului.

ART. 10 (1) Farmaciile întocmesc un borderou centralizator cu evidență distinctă pentru fiecare sublistă, în care sunt evidențiate distinct:

a) medicamentele corespunzătoare DCI-urilor aferente grupelor de boli cronice aprobate prin comisiile de experți ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;

- b) medicamentele prescrise de medicul de familie ca urmare a scrisorii medicale de la medicul de medicina muncii, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte;
- c) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de card european;
- d) medicamentele din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății;
- e) medicamentele din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene.

(2) Borderoul centralizator prevăzut la alin. (1) nu cuprinde medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum/cost-volum-rezultat, nici medicamentele corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016, cu modificările și completările ulterioare, în condițiile prevăzute în norme, pentru care medicul utilizează formulare de prescripție distincte, iar farmacia completează borderouri distincte.

(3) Borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum, precum și borderoul centralizator pentru medicamentele corespunzătoare DCI-urilor pentru care au fost încheiate contracte cost-volum-rezultat cuprind distinct medicamentele pentru fiecare sublistă, cu evidențierea medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de card european, medicamentelor din rețetele eliberate pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și medicamentelor din rețetele eliberate pentru titularii de formulare europene, precum și a medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru pensionarii care beneficiază de prescripții în condițiile prevăzute la art. 144 alin. (3) din anexa nr. 2 la Hotărârea Guvernului nr. 161/2016 cu modificările și completările ulterioare, după caz.

(4) În borderourile centralizatoare se specifică suma ce urmează să fie încasată de la casele de asigurări de sănătate. Pe baza borderourilor centralizatoare, farmaciile vor întocmi facturi distincte pentru fiecare borderou centralizator. În factura aferentă fiecărui borderou centralizator sunt evidențiate distinct sumele corespunzătoare subtotalurilor din borderoul centralizator.

(5) Modelul borderourilor centralizatoare se aprobă prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate contractează și decontează contravaloarea medicamentelor cu și fără contribuție personală eliberate de farmaciile cu care se află în relație contractuală, în limita fondurilor aprobate cu această destinație. Sumele aprobate la nivelul casei de asigurări de sănătate cu această destinație se defalchează pe trimestre și luni.

(2) Acordarea medicamentelor și a unor materiale sanitare specifice pentru tratamentul în ambulatoriu al bolnavilor incluși în unele programe naționale de sănătate cu scop curativ se realizează în conformitate cu prevederile Hotărârii Guvernului privind aprobarea programelor naționale de sănătate în vigoare și a normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

(3) Casele de asigurări de sănătate vor încheia acte adiționale lunare pentru sumele reprezentând contravaloarea medicamentelor eliberate cu sau fără contribuție personală de către fiecare farmacie în parte, în limita fondurilor lunare aprobate cu această destinație, la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 12 În vederea decontării medicamentelor cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, farmaciile transmit caselor de asigurări de sănătate, în luna următoare celei pentru care sau eliberat medicamentele, până la data prevăzută în contractul de furnizare de medicamente încheiat cu casa de asigurări de sănătate, facturile și borderourile centralizatoare în format electronic cu semnătură electronică extinsă și înaintează componenta prescriere și eliberare pentru prescripțiile electronice off-line, precum și prescripțiile medicale cu regim special pentru preparate psihotrope și stupefiante.

Pentru furnizorii de medicamente care au în structură mai multe farmacii, documentele mai sus menționate se întocmesc distinct pentru fiecare dintre acestea.

ART. 13 Farmaciile răspund de exactitatea datelor cuprinse în decont și în actele justificative, iar casele de asigurări de sănătate, de legalitatea plăților efectuate.

ART. 14 (1) Lista prețurilor de referință pe unitate terapeutică aferente medicamentelor (denumiri comerciale) din catalogul național al prețurilor medicamentelor autorizate de punere pe piață în România (CANAMED), aprobat prin ordin al ministrului sănătății, elaborată de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, și metoda de calcul pentru sublistele A, B, D și C - secțiunile C1 și C3 din sublistă, aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, se publică pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la adresa www.cnas.ro., și se actualizează în următoarele condiții:

a) la actualizarea 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, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, aprobată prin hotărâre a Guvernului;

b) ca urmare a actualizării CANAMED prin completarea/modificarea listei de medicamente - denumiri comerciale; lista se elaborează de Casa Națională de Asigurări de Sănătate în termen de 15 zile de la actualizarea CANAMED și intră în vigoare la data de 1 a lunii următoare celei în care a fost elaborată;

c) în situația în care în intervalul dintre două actualizări ale CANAMED un medicament cu aprobare de punere pe piață care a obținut aprobarea Ministerului Sănătății pentru un preț de vânzare cu amănuntul pe unitate terapeutică mai mic decât prețul de referință pentru medicamentele din sublistele A, B, C - secțiunile C1 și C3 și din sublista D.

Deținătorul autorizației de punere pe piață a medicamentului, prin reprezentantul său legal, declară pe propria răspundere că asigură medicamentul pe piață în cantități suficiente pentru asigurarea nevoilor de consum ale pacienților și are capacitatea de a-l distribui, conform prevederilor legale în vigoare în farmaciile aflate în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate, cu excepția medicamentelor existente în lista menționată la prezentul alineat pentru care prețul a fost diminuat prin ordin al ministrului sănătății și a medicamentelor autorizate pentru nevoi speciale.

d) Pentru situațiile prevăzute la lit. a) - c) se au în vedere prevederile art. 144 alin. (5) - (8) din anexa nr. 2 la H.G. nr. 161/2016 cu modificările și completările ulterioare.

(2) Farmaciile vor elibera medicamentele la prețurile de referință stabilite în condițiile prevăzute la alin. (1), indiferent de data la care a fost completată prescripția medicală de către medic, cu respectarea prevederilor art. 2 alin. (5).

ART. 15 Eliberarea și decontarea medicamentelor cu sau fără contribuție personală din partea asiguraților se fac în limita fondului aprobat cu această destinație.

ART. 16 La nivelul caselor de asigurări de sănătate vor funcționa comisii pentru DCI-urile prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale 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, pentru care este necesară aprobarea comisiilor constituite la nivelul caselor de asigurări de sănătate.

Comisiile vor fi constituite din reprezentanți ai casei de asigurări de sănătate, direcției de sănătate publică și ai medicilor prescriptori.

Fiecare comisie va fi constituită din 3 sau 5 persoane, astfel:

- medicul șef al casei de asigurări de sănătate sau o persoană desemnată de către acesta din structurile subordonate medicului șef;
- medic desemnat dintre medicii prescriptori de către casa de asigurări de sănătate și de direcția de sănătate publică;
- un medic reprezentant al direcției de sănătate publică;
- secretariatul comisiei va fi asigurat de persoane din cadrul structurilor subordonate medicului șef al casei de asigurări de sănătate.

Pentru comisiile formate din 5 persoane, vor mai face parte din comisie:

- 1 medic din cadrul casei de asigurări de sănătate;

- 1 medic prescriptor.

Atribuțiile comisiei:

- asigură aplicarea criteriilor de includere/excludere în/din tratament în conformitate cu protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății;

- stabilește criterii de prioritizare a pacienților eligibili în vederea includerii lor în tratament și întocmește liste de așteptare, dacă este cazul;

- emite decizii de aprobare/respingere a inițierii sau continuării tratamentelor cu medicamente ce necesită aprobarea comisiilor de la nivelul caselor de asigurări de sănătate, conform criteriilor de includere/excludere în/din tratament, a căror valabilitate începe la data de emitere a deciziei și se termină la sfârșitul intervalului înscris pe decizie. O copie a deciziei de aprobare emisă de către comisiile de la nivelul caselor de asigurări de sănătate sau comisiile de la nivelul CNAS se va atașa la prescripția medicală pentru prescripțiile medicale off-line depuse la casa de asigurări de sănătate; pentru prescripțiile medicale electronice on-line cu sau fără semnătură electronică extinsă copia deciziei se păstrează la farmacie și se prezintă la solicitarea casei de asigurări de sănătate.

- secretariatul comisiei ține evidența informatică a pacienților aflați în tratament precum și tratamentul aprobat cu indicarea datei la care au intrat în tratament, a datei ultimei aprobări și a perioadei pentru care au primit ultima aprobare.

Casa de asigurări de sănătate pune la dispoziția comisiei, trimestrial, un raport care conține numărul de pacienți aflați în tratament precum și costul mediu pe pacient.

ART. 17 (1) Decontarea pentru activitatea curentă a anului 2016 se efectuează în ordine cronologică până la 60 de zile calendaristice de la data verificării prescripțiilor medicale eliberate asiguraților și acordării vizei "bun de plată" facturilor care le însoțesc, de către casa de asigurări de sănătate, în limita fondurilor aprobate cu această destinație.

(2) Pentru contractele cost-volum-rezultat, după expirarea perioadei necesare acordării tratamentului și a celei pentru evaluarea rezultatului medical prevăzute în cuprinsul contractelor, casele de asigurări de sănătate decontează medicamentele care fac obiectul acestor contracte, cu excepția celor prevăzute la art. 12 alin. (8) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. 77/2011, privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, aprobată prin Legea nr. 184/2015, în termen de 60 de zile de la validarea facturii.

(3) Durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (1) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data transmiterii/depunerii acestora de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. În situația în care, urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în centralizatoarele de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(4) Pentru contractele cost-volum-rezultat durata maximă de verificare a prescripțiilor medicale prevăzute la alin. (2) nu poate depăși 30 de zile calendaristice de la data depunerii/transmiterii acestora, după caz, de către farmacie la casa de asigurări de sănătate. Prescripțiile medicale on-line se păstrează de către farmacii și se vor prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia. În situația în care, ca urmare a verificării de către casa de asigurări de sănătate, se constată unele erori materiale în borderourile centralizatoare de raportare, acestea pot fi corectate de furnizor în termen de maximum 5 zile lucrătoare de la data comunicării de către casa de asigurări de sănătate a respectivelor erori constatate; comunicarea se face de către casa de asigurări de sănătate în format electronic.

(5) În cazul în care o factură nu este validată în sensul în care nu se acordă viza "bun de plată", casa de asigurări de sănătate este obligată ca în termen de 5 zile lucrătoare de la constatare să comunice furnizorului, în scris, motivele nevizării, acordând furnizorului un termen de 5 zile lucrătoare pentru remedierea eventualelor erori, fără a se depăși termenul prevăzut la alin. (3).

ART. 18 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial sau ori de câte ori este nevoie întâlniri cu furnizorii de medicamente pentru a analiza aspecte privind eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală din partea asiguraților în tratamentul

ambulatoriu, precum și respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Acestea vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de medicamente măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.