

ORDIN nr. 870 din 31 mai 2011 pentru modificarea 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 al secretarului general al Ministerului Sănătății nr. Cs.A. 6.291 din 31 mai 2011 și al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. DG 2.064 din 31 mai 2011;

- Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- 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;

- Hotărârea Guvernului nr. **1.389/2010** pentru aprobarea Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2011-2012, cu modificările ulterioare,

în temeiul dispozițiilor:

- art. 7 alin. (4) din Hotărârea Guvernului nr. **144/2010** privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, cu modificările și completările ulterioare;

- art. 281 alin. (2) din Legea nr. **95/2006**, 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

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 după cum urmează:

1. La articolul 1, alineatul (2) va avea următorul cuprins:

"(2) Casa Națională de Asigurări de Sănătate organizează tipărirea, distribuirea, inserierea și numerotarea formularelor de prescripție medicală pentru medicamente cu și fără contribuție personală, formulare ce conțin elemente de protecție împotriva falsificării și contrafacerii, potrivit tuturor elementelor prevăzute în anexa nr. 1."

2. Anexa nr. 1 se modifică și se înlocuiește cu anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

3. În anexa nr. 2, la capitolul II, partea introductivă va avea următorul cuprins:

"Formularele de prescripții medicale se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor.

Formularele cu regim special - prescripții medicale vor avea inscripționat codul de bare aferent seriei și numărului formularelor respective."

4. În anexa nr. 2, la capitolul II punctul 1, literele a), b) și e) vor avea următorul cuprins:

"a) se completează cu denumirea cabinetului medical sau a unității medicale, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care medicul a încheiat contractul/convenția, numărul contractului de furnizare de servicii medicale sau al convenției. Medicii pot aplica și codul de bare aferent numărului contractului/convenției de furnizare de servicii medicale;

b) se alege prin bifare cu «x» categoria de furnizor de servicii medicale, după cum urmează:

- «MF» - medicină de familie;

- «Amb. Spec.» - ambulatoriul de specialitate (inclusiv cabinetele de medicină dentară); medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casa de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța «Amb. Spec.» atunci când eliberează prescripții medicale pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

- «Spital» - pentru unitățile sanitare cu paturi care furnizează servicii medicale spitalicești, inclusiv cele autorizate de Ministerul Sănătății să furnizeze servicii medicale spitalicești în regim de spitalizare de zi;

- «Altele» - conform prevederilor contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, ale 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;

- «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;

.....

e) «Aprobat comisie» - în cazul în care se prescriu medicamente 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, se notează: grupa de boală cronică aferentă afecțiunii care a fost aprobată de comisie (G_x)/numărul programului (P_x), numărul și data emiterii deciziei de aprobare. 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.

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

5. În anexa nr. 2, la capitolul II punctul 2 litera e), subpunctul (i) va avea următorul cuprins:

"(i) pentru cetățenii români se completează codul numeric personal al asiguratului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe; se poate aplica și codul de bare aferent CNP-ului asiguratului beneficiar;"

6. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 5 va avea următorul cuprins:

"5. «Semnătură medic» (parafă/cod) - se execută semnătura medicului care a emis prescripția și se aplică parafa și codul corespunzător acestuia; medicii pot aplica și codul de bare aferent codului de parafă."

7. În anexa nr. 2, la capitolul II, punctul 11 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 situația în care primitorul renunță la anumite DCI-uri/medicamente și/sau materiale sanitare cuprinse în prescripția medicală, farmacistul le anulează în fața primitorului, pe toate exemplarele prescripției medicale, prin tăiere cu o linie sau prin înscrierea mențiunii «anulat», nefiind permisă eliberarea altor medicamente/materiale sanitare din farmacie în cadrul sumei respective. 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

Pag. 4 din 4