

APROBAT
MINISTRUL SĂNĂTĂȚII
SORINA PINTEA

APROBAT
PREȘEDINTE
RĂZVAN TEOHARI VULCĂNESCU

REFERAT DE APROBARE

pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2018 – 2019

În prezent:

În conformitate cu prevederile H.G. nr. 140/2018 *pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2018 – 2019 și cele ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018, începând cu data de 1 iulie 2018:*

- este prevăzută obligația medicilor prescriptori de a respecta avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;

- *în cazul investigațiilor medicale paraclinice:* furnizorul efectuează investigațiile medicale paraclinice în baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care l-a eliberat;

În coroborare, până la data de 1 iulie 2018, în situația în care în raza administrativ-teritorială a unei case de asigurări de sănătate nu există furnizori care să efectueze unele servicii medicale paraclinice decontate de casele de asigurări de sănătate, casa de asigurări de sănătate poate încheia contract cu furnizori din alte județe, respectiv din municipiul București.

- *în cazul medicamentelor cu și fără contribuție personală:* farmacia eliberează medicamente asiguraților pe baza prescripțiilor medicale, indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care le-a eliberat;

Modificările aduse prin proiectul de ordin au avut în vedere faptul că, reglementările H.G. nr. 140/2018 și cele ale Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 care aveau ca dată de aplicare 1 iulie 2018 necesită prelungirea perioadei pentru implementarea în Platforma informatică din asigurările de sănătate (PIAS), termenul fiind 1 ianuarie 2019.

De asemenea au fost coroborate reglementărilor art. 16 alin. (2) din Anexa 36 la Ordinul 397/836/2018 cu modificările art. 155 alin. (10) din H.G. nr. 140/2018, cu modificările ulterioare determinate de modificarea OUG 77/2011 privind stabilirea unor contribuții pentru finanțarea unor cheltuieli în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

Având în vedere cele de mai sus, supunem aprobării prezentul referat și proiectul de Ordin anexat.

**SECRETAR GENERAL
ANA-MARIA CIOBANU**

**DIRECTOR GENERAL
LILIANA MARIA MIHAI**

ORDIN

pentru modificarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2018 – 2019

Având în vedere Referatul de aprobare nr./..... al Ministerului Sănătății și nr./..... al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- art. 229 alin. (4) și art. 291 alin. (2) din titlul VIII "Asigurările sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2018 – 2019, cu modificările ulterioare;
- Hotărârii Guvernului nr. 144/2010 privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, 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 și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emit următorul ordin:

ART. I. - Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a Hotărârii Guvernului nr. 140/2018 pentru aprobarea pachetelor de servicii 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 2018 - 2019, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 273 și 273 bis din 28 martie 2018, se modifică după cum urmează:

1. În anexa nr. 3, la articolul 7, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:

„h) începând 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;”

2. În anexa nr. 6, la articolul 5, litera h) se modifică și va avea următorul cuprins:

”h) începând cu 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internaționale prevăzute în Lista 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, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;”

3. În anexa nr. 9, la articolul 7, litera w) se modifică și va avea următorul cuprins:

”w) începând cu 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;”

4. În anexa nr. 12, la articolul 8, litera x) se modifică și va avea următorul cuprins:

”x) începând cu 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;”

5. În anexa nr. 16, la articolul 7, litera ț) se modifică și va avea următorul cuprins:

”ț) începând cu 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.”

6. În anexa nr. 18A, ultima teză din modelul de declarație și nota de la *) se modifică și vor avea următorul cuprins:

„Începând cu data de 1 ianuarie 2019, optez să rămân în relația contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate*)

*) Se completează numai de furnizorii care, până la data de 1 ianuarie 2019, au fost în contract atât cu Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, cât și cu Casa de Asigurări de Sănătate județeană, respectiv cu Casa de Asigurări de Sănătate a Municipiului București.”

7. În anexa nr. 21, la articolul 6, litera m) se modifică și va avea următorul cuprins:

„m) să deconteze furnizorilor de servicii medicale paraclinice cu care au încheiat contracte contravaloarea serviciilor medicale paraclinice acordate asiguraților, indiferent de casa de asigurări de

sănătate la care este luat în evidență asiguratul și indiferent dacă medicul care a făcut recomandarea se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice. Pentru serviciile acordate până la data de 1 ianuarie 2019 casele de asigurări de sănătate decontează investigațiile medicale paraclinice furnizorilor cu care se află în relație contractuală, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca medicul care a eliberat biletul de trimitere să se afle în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală furnizorul de servicii medicale paraclinice;”

8. În anexa nr. 21, la articolul 7, litera n) se modifică și va avea următorul cuprins:

„n) să efectueze investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere, care este formular cu regim special utilizat în sistemul de asigurări sociale de sănătate; investigațiile efectuate fără bilet de trimitere nu se decontează de casa de asigurări de sănătate. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, beneficiarii ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană. Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European/Confederația Elvețiană, titularii ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de serviciile medicale acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale paraclinice în ambulatoriu. Până la data de 1 ianuarie 2019, furnizorul efectuează investigațiile medicale paraclinice numai în baza biletului de trimitere eliberat de medicul care se află în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și furnizorul de servicii medicale paraclinice. Începând cu data de 1 ianuarie 2019, furnizorul efectuează investigații paraclinice pe baza biletului de trimitere indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care l-a eliberat.”

9. În anexa nr. 26, la articolul 6, litera ag) se modifică și va avea următorul cuprins:

”ag) începând cu 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate-referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.”

10. În anexa nr. 32A, la articolul 7, litera u) se modifică și va avea următorul cuprins:

”u) începând cu 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;”

11. În anexa nr. 32B, la articolul 7, litera t) se modifică și va avea următorul cuprins:

”t) începând cu 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de

Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic.”

12. În anexa nr. 35 la articolul 6, litera u) se modifică și va avea următorul cuprins:

”u) începând cu 1 ianuarie 2019 să respecte avertizările Sistemului Informatic al Prescripției electronice, precum și informațiile puse la dispoziție pe pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate referitoare la faptul că medicamentul se prescrie cu respectarea protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008, cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;”

13. În anexa nr. 36 la articolul 7, alineatul (1) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(1) Până la data de 1 ianuarie 2019, 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 medicul prescriptor. Începând cu data de 1 ianuarie 2019, eliberarea medicamentelor se face de către farmacie, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care le-a prescris, cu excepția medicamentelor care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală.”

14. În anexa nr. 36 la articolul 16, alineatul (2) se modifică și va avea următorul cuprins:

”(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. (16) și (17) 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 cel mult 60 de zile de la validarea facturii.”

15. În anexa nr. 37, la articolul 6, litera n) se modifică și va avea următorul cuprins:

”n) până la data de 1 ianuarie 2019, Casa Asiguraților de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești este obligată să încheie contracte cu cel puțin o farmacie în localitățile în care aceasta are contracte încheiate cu furnizori de servicii medicale, astfel încât să se asigure accesul asiguraților la medicamente.”

16. În anexa nr. 37, la articolul 7, litera l) se modifică și va avea următorul cuprins:

”l) să elibereze medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților, indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile prevăzute în Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 397/836/2018 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2018 a HG nr. 140/2018, indiferent dacă medicul care a emis prescripția medicală se află sau nu în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală farmacia; fac excepție medicamentele care fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat care se eliberează indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, cu condiția ca furnizorul de medicamente să fie în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află și medicul care a emis prescripția medicală.

Până la data de 1 ianuarie 2019, farmacia eliberează medicamentele din prescripțiile medicale asiguraților numai în baza prescripțiilor medicale eliberate de medicul care se află în relație contractuală cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală și farmacia. Începând cu data de 1 ianuarie 2019, farmacia eliberează medicamente asiguraților pe baza prescripțiilor medicale indiferent de casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație contractuală medicul care le-a eliberat;”

ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I și intră în vigoare la data de 1 iulie 2018.

Ministrul sănătății

SORINA PINTEA

**p. Președintele
Casei Naționale de Asigurări de Sănătate
RĂZVAN TEOHARI VULCĂNESCU**