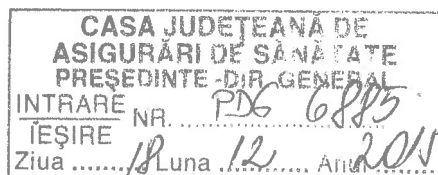


Către,
Furnizorii de servicii medicale și farmaceutice



INFORMARE

In PIAS vor fi implementate reguli noi referitoare la prescrierea și eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în sistemul de asigurări de sănătate.

Având în vedere adresa CNAS, nr. DG2265/16.12.2015, vă aducem la cunoștință că intră în vigoare o serie de modificări ce vor fi implementate în PIAS, referitoare la prescrierea și eliberarea medicamentelor cu și fără contribuție personală în sistemul de asigurări sociale de sănătate, astfel:

1. Regula PHM256 – “asiguratul nu are dosar special de tratament aprobat”

Funcționează la nivel de eroare atât la prescriere, cât și la eliberare.

Până la 01.12.2015 regula a vizat medicamentele cu aprobarea comisiilor CNAS procesate în SIUI, respectiv G31B, G31C, G31D, G31E și G31F.

Din 01.12.2015 au intrat în procesul de verificare a regulii și prescripțiile medicale cu medicamente ce necesită aprobarea comisiilor CNAS aferente G22 și P3.

Din 01.01.2016 vor intra în procesul de verificare și medicamentele ce fac obiectul contractului cost volum rezultat (Viekirax și Exviera) aferente G4 și G7.

Din 01.02.2016 vor intra în procesul de verificare și medicamentele ce necesită aprobarea comisiilor CJAS aferente P3.

Utilizarea altui cod de boală (G)/PNS față de cel înscris în decizia de aprobare, va conduce la imposibilitatea medicului prescriptor de a valida formularul de prescripție medicală electronică în SIPE, a farmaciei de a elibera medicamentele prescrise cu consecințe asupra funcționării optime a sistemului.

2. Regula PHM 238 – “Codurile de diagnostic nu corespund acestui cod de medicament”

Până la data de 01.01.2016, regula va funcționa la nivel de atenționare, începând cu 01.01.2016 regula va fi trecută la nivel de eroare.

În cadrul regulii PHM 238, se verifică atât la prescriere, cât și la eliberare concordanța cod diagnostic, sex, cantitate maximă ce se poate prescrie pentru anumite DCI-uri, în conformitate cu prevederile protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul MS/CNAS nr. 1301/500/2008 cu modificările și completările ulterioare.

Începând cu 01.01.2016, în cadrul regulii PHM 238 vor fi verificate prescripțiile medicale ce conțin următoarele medicamente:

TRIPTORELINUM (sublistaB)- cod diagnostic 250 sau 714

DUTASTERIDUM și FINASTERIDUM (sublista B) – cod diagnostic 701, sex masculin

LEUPRORELINUM și goserelinum (sublista B) – cod diagnostic 714

DABIGATRANUM ETEXILAT (sublista B) – cod diagnostic 638, număr maxim de zile de prescriere 10, număr maxim de UT prescrise/eliberate – 20

APIXABANUM (sublista B) – cod diagnostic 638, număr maxim de prescriere 14, număr maxim UT prescrise/eliberate – 28

PAZOPANIB (sublista C, secțiunea C2, cod PNS 3) – cod diagnostic 123 – face și obiectul verificării pe regula PHM 25611

SOMATROPINUM (sublista B) – cod diagnostic 251, 261 sau 865, vârsta în ani \leq 26

De asemenea, vă aducem la cunoștință că aveți obligativitatea prescrierii și eliberării corecte a medicamentelor adnotate cu **, în concordanță cu prevederile protocoalelor terapeutice aprobate prin Ordinul MS/CNAS nr. 1301/500/2008 cu modificările și completările ulterioare. Utilizarea altui cod de diagnostic, prescrierea pentru alte categorii de persoane sau pentru un alt număr de zile față de cele înscrise în protocoalele terapeutice, va conduce la imposibilitatea medicului prescriptor de a valida formularul de prescripție medicală electronică în SIPE, a farmaciei de a elibera medicamentele prescrise cu consecințe asupra funcționării optime a sistemului.

3. Începând cu 01.01.2016 formularul de prescriere medicală – componența prescriere și modalitatea de completare a acestuia se va modifica după cum urmează:

- În câmpul 2 asigurat – se bifează “PNS” doar pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse, fără a se mai completa numărul programului.

- În câmpul 2 asigurat – rubrica “alte”- se va nota – cifra 2, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat menționate în formularul de prescripție și care beneficiază de nivel de compensare ca un asigurat obișnuit, respectiv cifra 3, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv E106, E109, E112, E120, E121, pot fi menționate și formularele europene “S” – corespondente acestor formulare;

- Câmpul 3 se splitază în a) diagnostic/cod asigurat (fără modificări față de ordinul inițial) și b) PNS.....- pentru prescripțiile care conțin DCI-uri din sublista C secțiunea C2 se va indica numărul programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ: - 3 - Programul național de oncologie, 5 – Programul național de diabet zaharat, Tratamentulmedicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, 9 – Programul național de transplant de organe, țesuturi și celule de origine umană (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 ,

6 – mucoviscidoză (6.4) boli neurologice degenerative/inflamatorii – scleroză laterală amiotrofică (6.5.2), sindromul Prader – Willi(6.7), 7- Programul național de boli endocrine DCI – Teriparatidum, respectiv se va indica programul 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 sau al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

- În câmpul 4- pentru prescripțiile care conțin DCI-uri din sublista C, secțiunea C2, în rubrica “Listă” se va nota C2. Completarea în câmpul 3 litera b) a numărului programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ este obligatorie.

Pe același formular de prescripție medicală nu se poate prescrie decât medicația aferentă unui singur PNS (ex. în câmpul 3 lit. b) se notează 3, deci în câmpul 4 pot fi prescrise doar medicamentele aferente acestui PNS)

Prescripțiile medicale electronice emise de servicii medicale anterior intrării în vigoare a prezentului Ordin se pot elibera de către farmacii până la data expirării termenului de valabilitate al prescripției medicale stabilit potrivit prevederilor legale în vigoare.

După publicarea în Monitorul Oficial al României partea I a Ordinului privind modificarea și completarea Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 674/252/2012 privind aprobarea formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, veți dispune dispune măsurile necesare desfășurării în condiții de eficiență și eficacitate a activității în domeniu.

Cu deosebită considerație,

**Președinte – Director general,
Dr. Oana Irina Ioniță**

**Dir. ex. Direcția Relații Contractuale,
Ec. Constanțiu Leonard Drăghici**

**Medic șef,
dr. Mihaela Vrînceanu**

**Relații publice și Purtător de cuvânt,
Aurelia Rădoi**