

**ORDIN nr. 727/509/2017**

pentru modificarea și completarea [Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#) privind aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) 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 2016-2017

**EMITENT:** MINISTERUL SĂNĂTĂȚII Nr. 727 din 3 iulie 2017  
**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE** Nr. 509 din 3 iulie 2017  
**PUBLICAT ÎN:** MONITORUL OFICIAL nr. 512 din 3 iulie 2017  
**Data intrării în vigoare :** 3 iulie 2017

**Forma actualizata valabila la data de : 5 iulie 2017**

**Prezenta forma actualizata este valabila de la 3 iulie 2017 pana la 5 iulie 2017**

Având în vedere Referatul de aprobare nr. FB 6.236 din 3 iulie 2017 al Ministerului Sănătății și nr. DG 1.106 din 3 iulie 2017 al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

în temeiul prevederilor:

- [art. 229 alin. \(4\)](#) și [art. 291 alin. \(2\) din titlul VIII „Asigurări sociale de sănătate” din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare;
- [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) 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 2016-2017, cu modificările și completările 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. 196/139/2017](#) privind aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) 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 2016-2017, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 153 și 153 bis din 1 martie 2017, cu modificările și completările ulterioare, se modifică și se completează după cum urmează:

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

"ag) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în

care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca 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. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în anexa nr. 43 la [Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în [anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#).

Pentru persoanele care se încadrează 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/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în norme. Începând cu luna iulie 2017, beneficiarii programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor sunt pensionarii cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri.

În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată, înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCIurile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care reiese că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în [anexa nr. 22 C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#), și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;"

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

"af) să prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală și, după caz, unele materiale sanitare, precum și investigații paraclinice numai ca o consecință a actului medical propriu. Excepție fac situațiile în care pacientul urmează o schemă de tratament stabilită pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, inițiată de către medicul de specialitate care își desfășoară activitatea în baza unei relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate, prin prescrierea primei rețete pentru medicamente cu sau fără contribuție

personală și, după caz, pentru unele materiale sanitare, precum și situațiile în care medicul de familie prescrie medicamente la recomandarea medicului de medicină a muncii. Pentru aceste cazuri, medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și medicul de medicina muncii sunt obligați să comunice recomandările formulate, folosind exclusiv formularul tipizat de scrisoare medicală, iar la externarea din spital recomandările vor fi comunicate utilizându-se formularul tipizat de scrisoare medicală sau biletul de ieșire din spital, cu obligația ca acesta să conțină explicit toate elementele prevăzute în scrisoarea medicală. În situația în care în scrisoarea medicală/biletul de ieșire din spital nu există mențiunea privind eliberarea prescripției medicale, la externarea din spital sau ca 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. Medicii de familie nu prescriu medicamentele recomandate prin scrisoarea medicală care nu respectă modelul prevăzut în [anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#) și/sau este eliberată de medici care nu desfășoară activitate în relație contractuală/convenție cu casa de asigurări de sănătate. Modelul formularului tipizat de scrisoare medicală este stabilit în [anexa nr. 43 la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#).

Pentru persoanele care se încadrează 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/lună, medicul de familie prescrie medicamentele recomandate de către alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate numai dacă acestea au fost comunicate pe baza scrisorii medicale al cărei model este prevăzut în norme. Începând cu luna iulie 2017, beneficiarii programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor sunt pensionarii cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari de până la 900 lei/lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri.

În situația în care un asigurat cu o boală cronică confirmată înscris pe lista proprie de asigurați a unui medic de familie, este internat în regim de spitalizare continuă într-o secție de acuți/secție de cronici în cadrul unei unități sanitare cu paturi aflate în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, medicul de familie poate elibera prescripție medicală pentru medicamentele și materialele sanitare din programele naționale de sănătate, precum și pentru medicamentele aferente afecțiunilor cronice, altele decât cele cuprinse în lista cu DCIurile pe care o depune spitalul la contractare, în condițiile prezentării unui document eliberat de spital din care reiese că asiguratul este internat, al cărui model este stabilit în [anexa nr. 22C la Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 196/139/2017](#) pentru aprobarea [Normelor metodologice](#) de aplicare în anul 2017 a [Hotărârii Guvernului nr. 161/2016](#), și cu respectarea condițiilor de prescriere de medicamente pentru bolile cronice;"

3. În anexa nr. 36, la articolul 1, alineatul (11) se modifică și va avea următorul cuprins:

"(11) Începând cu luna iulie 2017, pentru a beneficia de medicamente conform [art. 144 alin. \(3\) din anexa nr. 2](#) la [Hotărârea Guvernului 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 și actul de identitate, iar acesta va consemna în fișa medicală a pensionarului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și indemnizației sociale pentru pensionari.

În situația în care la nivelul cabinetului medical nu există înscrisuri privind numărul talonului și cuantumul pensiei și indemnizației sociale pentru pensionari (talon de pensie în original sau copie sau nu sunt consemnate în fișa pacientului/în registrul de consultații numărul talonului și cuantumul pensiei și indemnizației sociale pentru pensionari) pentru prescripția eliberată de medic, răspunderea revine medicului prescriptor."

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

"(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 din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei pe lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri», 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."

5. În anexa nr. 36, la articolul 5 alineatul (1), litera c) se modifică și va avea următorul cuprins:

"c) în cadrul «Programului pentru compensarea în procent de 90% a prețului de referință al medicamentelor acordate pensionarilor cu venituri din pensii și indemnizație socială pentru pensionari, de până la 900 lei pe lună inclusiv, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri», pe baza scrisorii medicale transmise de alți medici aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate."

6. După anexa nr. 23C se introduce o anexă nouă, anexa nr. 23D, având cuprinsul prevăzut în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

## ART. II

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I, și se aplică începând cu luna iulie 2017.

Ministrul sănătății,  
Florian-Dorel Bdog  
Președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,  
Marian Burcea

## DECLARAȚIE

Subsemnatul(a), ..... domiciliat/ă în localitatea ....., str. .... nr. ...., bl. ...., sc. ...., et. ...., ap. ...., județul ....., telefon ....., actul de identitate.... seria ....., nr. ...., CNP/cod unic de asigurare ..... cunoscând că falsul în declarații se pedepsește conform legii,

declar pe propria răspundere că mă încadrez în una dintre categoriile de asigurați scutite de coplată, prevăzute mai jos:

( ) copii 0-18 ani [conform [art. 225 lit. a\) din Legea nr. 95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare - se completează de părinți/aparținători legali];

( ) tineri între 18 ani și 26 de ani - dacă sunt elevi, absolvenți de liceu - până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți - care nu realizează venituri din muncă [conform [art. 225 lit. a\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare];

( ) bolnavi cu afecțiuni incluse în programele naționale de sănătate stabilite de Ministerul Sănătății - pentru serviciile medicale aferente bolii de bază a respectivei afecțiuni care nu realizează venituri din muncă, pensie sau din alte resurse [conform [art. 225 lit. b\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare];

( ) persoanele fizice cu venituri lunare numai din pensii al căror quantum este de până la valoarea, întregită prin rotunjire în plus la un leu, a unui punct de pensie stabilit pentru anul fiscal respectiv [conform [art. 225 lit. c\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare];

( ) femei însărcinate și lăuze - cu venituri egale sau peste salariul de bază minim brut pe țară - pentru servicii medicale legate de evoluția sarcinii [conform [art. 225 lit. d\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare];

( ) femei însărcinate și lăuze - care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe țară - pentru toate serviciile medicale [conform [art. 225 lit. d\) din Legea nr. 95/2006, republicată](#), cu modificările și completările ulterioare],

dovedită prin documentul/documentele .....

Data

.....

Semnătura