

CAPITOLUL II: Modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală

(1) _

Formularele de prescripție medicală electronică se completează în succesiunea numerelor și în ordinea cronologică a consultațiilor.

Seria și numărul prescripției medicale electronice on-line și off-line sunt unice și sunt generate automat prin Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, la nivelul caselor de asigurări de sănătate. Componenta eliberare, inclusiv pentru situațiile în care eliberarea se face de mai multe farmacii, are aceeași serie și același număr cu componenta prescriere.

Formularele de prescripție medicală electronică on-line și off-line vor avea inscripționat un cod de bare cu următorul conținut:

a) pentru componenta prescriere, codul de bare va conține toate informațiile aferente rubricilor completate de medicul prescriptor până la momentul listării prescripției medicale electronice;

b) pentru componenta eliberare, codul de bare va conține toate informațiile aferente rubricilor completate de medicul prescriptor până la momentul listării prescripției medicale electronice de către acesta, precum și toate informațiile aferente rubricilor completate de către farmacie.

(2) _

I. Modul de completare a formularului de prescripție medicală electronică pentru medicamente cu și fără contribuție personală - componenta prescriere

1. "Unitate medicală":

a) se completează cu denumirea cabinetului medical sau a unității medicale, adresa cabinetului medical sau a unității medicale, codul unic de identificare - CUI, casa de asigurări de sănătate cu care medicul a încheiat contractul/convenția, numărul contractului de furnizare de servicii medicale sau al convenției;

(la data 01-nov-2014 alin. (2), subpunctul 1., punctul 1., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. 1, punctul 2. din **Ordinul 1209/2014)*

a¹) Telefon/Fax medic prescriptor (cu prefixul de țară) - se va completa cu numărul de telefon, respectiv numărul de fax al medicului prescriptor, menționându-se și prefixul de țară. (0040 sau +40);

a²) E-mail medic prescriptor - se va completa cu adresa de e-mail a medicului prescriptor;

(la data 26-mar-2014 alin. (2), subpunctul 1., punctul 1., litera A. din anexa 2, capitolul II completat de Art. 1 din **Ordinul 298/2014)*

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

- "MF" - medicină de familie;

- "Ambulatoriu" - 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 «Ambulatoriu» atunci când eliberează prescripții medicale electronice 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, pentru prescripțiile medicale electronice prescrise la externare;

- "Altele" se va nota:

- cifra 1 pentru convențiile încheiate cu medicii care își desfășoară activitatea în dispensare TBC, laboratoare de sănătate mintală, respectiv centre de sănătate mintală și staționare 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;

- cifra 2 pentru convențiile încheiate cu celelalte categorii de medici prevăzute în

contractul-cadru și normele metodologice de aplicare a acestuia;

- cifra 3 pentru contractele încheiate pentru furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu.

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 1., litera B. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 8. din **Ordinul 1.327/2022**)

»(la data 01-mar-2017 alin. (2), subpunctul I., punctul 1., litera C. din anexa 2, capitolul II abrogat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 150/2017**)

2. "Asigurat":

»(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 1201/2015**)

»(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 1201/2015**)

a) se alege prin bifare cu "x" categoria în care se găsește asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:

(i)se bifează categoria "Salariat" pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

(ii)se bifează categoria "Co-asigurat" pentru soț, soție și părinții fără venituri proprii care sunt în întreținerea unei persoane asigurate;

(iii)se bifează "Pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie; pentru beneficiarii Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. **186/2009**, cu modificările și completările ulterioare, se bifează categoria "lista B 90%";

(iv)se bifează "Copil < 18 ani" pentru toate persoanele care fac dovada calității lor de asigurat printr-un document cu valabilitate legală (certificat de naștere, carte de identitate);

(v)se bifează "Elev/Ucenic/Student (18-26 ani)" pentru toate persoanele cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți, care fac dovada calității lor de asigurat și dacă nu realizează venituri. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru, dacă nu realizează venituri;

(vi)se bifează, "Gravidă/Lehuză" pentru toate persoanele gravide sau lăuze. Pentru această categorie, contravaloarea medicamentelor prescrise se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, la nivelul prețului de referință, în condițiile contractului-cadru, indiferent dacă realizează sau nu venituri;

(vii)se bifează "Veteran", "Revoluționar" sau "Handicap" pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale. Pentru aceste categorii, valoarea medicamentelor prescrise pentru tratamentul afecțiunilor specifice se suportă din Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia, indiferent dacă realizează sau nu alte venituri;

(viii)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;

(ix)se bifează categoria "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. **416/2001** privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;

(x)la rubrica "Alte categorii" se va nota:

- cifra 1, dacă este vorba de persoane beneficiare de legi speciale care nu apar menționate distinct în formularul de prescripție medicală electronică, dar care sunt menționate distinct la art. 224 alin. (1) lit. d) din Legea nr. **95/2006** privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările și completările ulterioare, menționându-se distinct actul normativ de care beneficiază;"

- 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;

- cifra 3, pentru beneficiarii formularelor europene, menționându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: E 106; E 109; E 112; E 120; E 121; pot fi menționate și formularele europene "S" - corespondente acestor formulare.

- cifra 4, pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. **15/2022** privind acordarea de sprijin și asistență umanitară de către statul român cetățenilor străini sau apatrizilor aflați în situații deosebite, proveniți din zona conflictului armat din Ucraina, cu modificările și completările ulterioare;

(xi) se bifează "Personal contractual" pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 886/218/2007 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor art. 24 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. **115/2004** privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare;

(xii) se bifează "Liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

(xiii) se bifează "Card european (CE)" pentru persoanele care prezintă un card european de asigurări sociale de sănătate emis de un alt stat membru al Uniunii Europene, al Spațiului Economic European sau de Confederația Elvețiană (cu excepția României). În baza acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada șederii sale în România;

(xiv) se bifează "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății la care România este parte;

» (la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera A. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I din **Ordinul 1.327/2022**)

b) se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele, data nașterii, sexul);

c) câmpul "CID/CNP/CE/PASS" corespunde codului unic de asigurare/codului numeric personal/numărului cardului european/numărului pașaportului. Acest câmp va permite alocarea până la 20 de caractere și se completează astfel:

(i) pentru cetățenii români se completează codul unic de asigurare sau, după caz, codul numeric personal al asiguratului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe;

(ii) pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului;

(iii) pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și ai Confederației Elvețiene se va completa numărul pașaportului/cărții de identitate pentru beneficiarii formularelor europene, respectiv toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate (câmpul nr. 8 de pe acesta) pentru titularii de card european.

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția codului țării din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene, ale Spațiului Economic European și Confederația Elvețiană, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin;

» (la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera C. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 14. din **Ordinul 656/2014**)

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia, prin selecția din Lista abrevierilor pentru țările cu care România are acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății și statele membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3 la ordin;

(iv) pentru persoanele beneficiare ale Ordonanței de urgență a Guvernului nr. **15/2022**, cu modificările și completările ulterioare, se va completa numărul unic de identificare atribuit prin aplicația pusă la dispoziție de către Casa Națională de Asigurări

de Sănătate conform prevederilor art. 1 alin. (6) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. **15/2022**, cu modificările și completările ulterioare.

»(la data 16-mar-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 2., litera C. din anexa 2, capitolul II completat de Art. I, punctul 2. din **Ordinul 815/2022**)

d) "FO/RC" - se completează numărul foii de observație (FO) doar în cazul prescrierii rețetei la externarea pacientului din spital sau numărul din registrul de consultații.

3. PNS - se completează doar pentru prescripțiile care conțin DCI-uri din sublista C secțiunea C2 prin indicarea numărului programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ: 3 - Programul național de oncologie, 5 - Programul național de diabet zaharat, Tratamentul medicamentos 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 - hemofiliile și talasemie (6.1), mucoviscidoză (6.4), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (6.5.2), sindromul Prader-Willi (6.7), boala Fabry (6.8), purpura trombocitopenică imună idiopatică cronică (6.17), fibroza pulmonară idiopatică (6.20), distrofia musculară Duchenne (6.21), angioedem ereditar (6.22), neuropatia optică ereditară Leber (6.23), limfangioleiomiomatoză (6.28), respectiv se va indica numărul programului 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 curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 3. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 11. din **Ordinul 1.327/2022**)

4. _

a) "Dată prescriere" - se completează cu data emiterii prescripției medicale electronice;

»(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera B. din anexa 2, capitolul II abrogat de Art. I, punctul 15. din **Ordinul 656/2014**)

c) "Cod diag." - medicul prescriptor va înscrie, pentru fiecare poziție de medicament prescrisă, codul diagnosticului pentru care se face prescripția acestuia, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală. Completarea câmpului este obligatorie.

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera C. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 12. din **Ordinul 1.327/2022**)

d) "Tip dg." - pentru fiecare cod de diagnostic se va nota categoria în care se încadrează diagnosticul - acut/subacut/cronic. Dată fiind perioada de valabilitate a prescripției, diferită pentru afecțiuni acute/subacute și afecțiuni cronice, pe același formular de prescripție medicală electronică nu se va combina tip diagnostic acut/subacut cu tip diagnostic cronic;

d¹) "Tip prescr." - medicul prescriptor va înscrie litera "I" sau "C" doar pentru situațiile în care în câmpul "tip dg." este notată categoria "cronic", după cum urmează:

(i) se înscrie litera "I" pentru toate situațiile în care, drept urmare a unui act medical propriu, medicul prescriptor recomandă o DCI nouă și/sau o denumire comercială nouă, care nu a fost inclusă în schema terapeutică anterioară a beneficiarului prescripției medicale;

(ii) se înscrie litera "C" pentru toate situațiile în care:

a) drept urmare a unui act medical propriu, medicul prescriptor recomandă o DCI și/sau o denumire comercială, indiferent de concentrație și forma farmaceutică, inclusă deja în schema terapeutică a beneficiarului prescripției medicale;

b) drept urmare a unui act medical prestat de alți medici în relație contractuală cu o casă de asigurări de sănătate, medicul prescriptor recomandă o DCI și/sau o denumire comercială, indiferent de concentrație și forma farmaceutică, indiferent dacă aceasta a fost/nu a fost inclusă în schema terapeutică a beneficiarului prescripției medicale;

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera D. din anexa 2, capitolul II completat de Art. I, punctul 13. din **Ordinul 1.327/2022**)

e) «Denumire comună internațională/Denumire comercială/Forma farmaceutică/Concentrație» - se completează cu denumirea comună internațională și/sau cu denumirea comercială, conform contractului-cadru și normelor metodologice de aplicare a acestuia, respectiv hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, însoțită de forma farmaceutică și de concentrație, conform listei cuprinzând denumirile comune internaționale ale medicamentelor, aprobată prin hotărâre a Guvernului, respectiv listei medicamentelor (denumiri comerciale), aprobată prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, și listei denumirilor comerciale și a prețurilor de decontare aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aflate în vigoare la data respectivă. Pentru testele de automonitorizare prescrise bolnavilor cu diabet zaharat insulino-dependent se va specifica sintagma «teste de automonitorizare»;

»(la data 01-sept-2020 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera E. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. II din **Ordinul 1509/2020**)

f) "D.S" - se va specifica calea de administrare a medicamentului;

g) "Cantitate (UT)" - se va specifica cantitatea necesară tratamentului, trecută în cifre și în litere; se va specifica în cifre numărul de teste de automonitorizare prescrise, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

»(la data 01-sept-2020 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera G. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. II din **Ordinul 1509/2020**)

g¹) «Număr zile tratament». Medicul prescriptor completează, pentru fiecare poziție de medicament prescrisă, numărul de zile pentru care se face prescrierea;

»(la data 06-iun-2014 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera G. din anexa 2, capitolul II completat de Art. I, punctul 17. din **Ordinul 656/2014**)

h) "% Preț ref." - se notează, după caz: procentul corespunzător de compensare (90%, 50%, 100% sau 20% din prețul de referință) al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunea C1) și D; procentul de compensare 90% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublista B pentru beneficiarii Programului pentru compensarea cu 90% a prețului de referință al medicamentelor, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. **186/2009**, cu modificările și completările ulterioare, pentru prescripțiile a căror contravaloare la nivelul prețurilor de referință/prescripție este de până la nivelul prevăzut în contractul-cadru; procentul de compensare 100% din prețul de referință al medicamentelor corespunzătoare DCI-urilor din sublistele A, B, C (secțiunile C1 și C3) și D, conform prevederilor legale în vigoare, pentru: copii (cu vârsta sub 18 ani), tineri cu vârsta cuprinsă între 18 și 26 de ani, dacă sunt elevi, ucenici sau studenți, dacă nu realizează venituri, gravide/lăuze; procentul de compensare 100% din prețul de referință aferent sublistelor A, B, C (secțiunea C1) și D pentru categoriile de asigurați beneficiari ai legilor speciale (veterani, revoluționari, persoane cu handicap etc.); procentul de compensare 100% din prețul de decontare pentru DCI-urile din sublista C (secțiunea C2) pentru toate categoriile de asigurați beneficiari de programe/subprograme naționale de sănătate curative, în conformitate cu prevederile normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera H. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 14. din **Ordinul 1.327/2022**)

i) "Listă":

(i) pentru prescripțiile care cuprind DCI-urile din sublistele A, B și D se va nota «A», «B», respectiv «D» la rubrica «Listă»;

»(la data 01-oct-2015 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera I. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 4. din **Ordinul 1201/2015**)

(ii) pentru prescripțiile care conțin și DCI-urile din sublista C1, aferente unei categorii de boală, pentru orice categorie de asigurat adult/copil, în rubrica «Listă», în dreptul DCI-urilor aferente unei categorii de boală se va nota categoria respectivă (G1 - G31a-

h);

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera I. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 15. din Ordinul 1.327/2022)

(iii) pentru categoriile asigurați menționate la pct. 2 lit. a) subpct. (iv), (v) și (vi) se vor putea prescrie toate DCI-urile din sublista C - secțiunea C1, cu indicarea codului Gx, indiferent de boala pentru care se face prescrierea, conform autorizației de punere pe piață;

(iv) pentru prescripțiile care conțin DCI-uri din sublista C, secțiunea C2, în rubrica «Listă» se va nota C2. Completarea în câmpul 3 a numărului programului/subprogramului din cadrul Programului național cu scop curativ este obligatorie;

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera I. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 15. din Ordinul 1.327/2022)

j) Justificare medicală prescriere Denumire comercială - se vor menționa succint situațiile pentru care medicamentul a fost prescris pe Denumire comercială în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului pentru aprobarea contractului-cadru și a normelor metodologice de aplicare a contractului-cadru și în conformitate cu prevederile hotărârii Guvernului pentru aprobarea programelor naționale de sănătate și ale normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

»(la data 01-sept-2020 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera J. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. II din Ordinul 1509/2020)

»(la data 01-ian-2016 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera J¹. din anexa 2, capitolul II abrogat de Art. I, punctul 6. din Ordinul 1566/2015)

k) "Parafă medic prescriptor" - se completează numele și prenumele medicului prescriptor, precum și codul de parafă al acestuia;

l) "Semnătură medic prescriptor" - se execută semnătura medicului care a emis prescripția medicală electronică în situația în care acesta nu are semnătură electronică extinsă sau are semnătură electronică extinsă și nu o poate folosi, precum și în cazul prescrierii electronice offline;

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera L. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 16. din Ordinul 1.327/2022)

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera M. din anexa 2, capitolul II abrogat de Art. I, punctul 17. din Ordinul 1.327/2022)

n) "Acest document a fost înregistrat cu numărul/..... în Sistemul Informatic pentru Prescripția Electronică al CNAS" - se completează numărul și data de înregistrare a prescripției medicale electronice - componenta prescriere. Numărul de înregistrare se atribuie automat prin Sistemul informatic pentru prescripția electronică al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

o) "Acest document a fost generat și semnat electronic conform prevederilor Legii nr. 455/2001 și ale Hotărârii Guvernului nr. 1.259/2001" - se completează și conține confirmarea semnăturii electronice extinse a medicului care a emis prescripția medicală electronică.

»(la data 01-iun-2022 alin. (2), subpunctul I., punctul 4., litera O. din anexa 2, capitolul II modificat de Art. I, punctul 16. din Ordinul 1.327/2022)