

Prin prezenta va aducem la cunostinta o serie de modificari ce vor fi implementate in PIAS referitoare la prescrierea si eliberarea medicamentelor cu si fara contributie personala in sistemul de asigurari sociale de sanatate.

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

Functioneaza la nivel de eroare atat la prescriere cat si la eliberare.

Pana in 01.12.2015 regula a vizat medicamentele cu aprobarea comisiilor CNAS procesate in SIUI, respectiv G31B, G31C, G31D, G31E si G31F.

Din 01.12.2015 nu intra in procesul de verificare a regulii si prescriptiile medicale cu medicamente ce necesita aprobarea comisiilor CNAS aferente G22 si P3

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

Din 01.02.2016 vor intra in procesul de verificare si medicamentele ce necesita aprobarea comisiilor CJAS aferente P3. **In acest sens, pana la data mai sus mentionata, aveti obligatia de a reface toate aprobarile emise pe codul PNS 3.1 si introducerea corecta a aprobarii pe codul PNS 3.**

De asemenea, cu ocazia intalnirilor periodice organizate in conformitate cu prevederile legale in vigoare cu furnizorii de servicii medicale si medicamente, va rugam sa aduceti la cunostinta acestora obligativitatea prescrierii si eliberarii corecte a medicamentelor ce necesita aprobarea comisiilor CNAS sau CJAS, in concordanta cu decizia emisa in acest sens. Utilizarea altui cod de boala(G)/PNS fata de cel inseris in decizia de aprobare va conduce la imposibilitatea medicului prescriptor de a valida formularul de prescriptie medicala electronica in SIPI, a farmaciei de a elibera medicamentele prescrise cu consecinte asupra functionarii optime a sistemului.

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

Pana la data de 01.01.2016, regula va functiona la nivel de atentionare; incepand cu 01.01.2016 regula va fi trecuta la nivel de eroare.

În cadrul regulii PHM 238, se verifică atât la prescriere cât și la eliberare concordanța cod de 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 (sublista B) – cod diagnostic 250 sau 714
- DUFASTERIDUM 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 prescrișe/eliberate – 20
- APIXABANUM (sublista B) – cod diagnostic 638, număr maxim de zile de prescriere 14, nr maxim de UT prescrișe/eliberate – 28
- PAZOPANIB (sublista C, secțiunea C2, cod PNS 3) – cod diagnostic 123 – face și obiectul verificării pe regula PHM 256!!
- SOMATROPINUM (sublista B) – cod diagnostic 251, 261 sau 865, vârstă în ani <math>\leq 26</math> ani

Cu ocazia întâlnirilor periodice organizate în conformitate cu prevederile legale în vigoare cu furnizorii de servicii medicale și medicamente, vă rugăm să aduceți la cunoștință acestora 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 prescrișe cu consecințe asupra funcționării optime a sistemului.

### 3. Începând cu data de 01.01.2016 formularul de prescripție medicală – componenta 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 respectiv afecțiunii, dacă nu realizează veniturile din muncă, pensie sau din alte surse; fără a se mai completa nr 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; respective 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;

- Câmpul 3 se splitența în a) Diagnostic/cod diagnostic (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,

*Tratamentul medicamentos al bolnavilor cu diabet zaharat, 9 - Programul național de transplant de organe, (esuturi 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 - mucopolisaharidoză (6.4), boli neurologice degenerative/inflamatorii - scleroza laterală amiotrofică (6.5.2), sindromul Prader-Willi (6.7), 7 - Programul național de boli endocrine DCI-Teriparatidum, respectiv se va indica 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, 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 medicul nu se poate prescrie decât medicamentul aferent unui singur PNS (ex în câmpul 3 lit b) se notează 3 deei în câmpul 4 pot fi prescrise două medicamentele aferente acestui PNS)

- Prescripțiile medicale electronice emise de furnizorii de servicii medicale anterior intrării în vigoare a prezentului ordin se pot elibera de către farmaciile 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 medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu și a Normelor metodologice privind utilizarea și modul de completare a formularului de prescripție medicale electronice pentru medicamente cu și fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, veți dispune măsurile necesare desfășurării în condiții de eficiență și eficiență a activității în domeniu.