

ORDIN nr. 841/1.097/2018

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

EMITENT: MINISTERUL SĂNĂTĂȚII Nr. 841 din 29 iunie 2018
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE Nr. 1.097 din 29 iunie 2018

PUBLICAT ÎN: MONITORUL OFICIAL nr. 545 din 29 iunie 2018

Data intrării în vigoare : 1 iulie 2018

Forma actualizată valabilă la data de : 3 iulie 2018

Prezenta formă actualizată este valabilă de la 1 iulie 2018 până la 3 iulie 2018

Având în vedere Referatul de aprobare nr. SP 7.398/29.06.2018 al Ministerului Sănătății și nr. D.G. 2.819/29.06.2018 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 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#) 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#) 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#), 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#), 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#), 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 Asiguraților 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, beneficiari 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, titulari 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 publice și al președintelui Casei](#)

[Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#), 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#), cu modificările și completările ulterioare, sau că medicamentul este produs biologic;"

11. În [anexa nr. 32B 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#), 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 publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.301/500/2008](#), 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:

"ART. 7

(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](#), cu modificările și completările ulterioare, 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 Asigurărilor 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 [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, 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 Pinteș
p. Președintele Casei Naționale de Asigurări
de Sănătate,
Răzvan Teohari Vulcănescu
