

**ÎN ATENȚIA MEDICILOR SPECIALIȘTI PRESCRIPTORI DE
MEDICAMENTE A CĂROR PRESCRIERE NECESITĂ APROBARE DIN
PARTEA COMISIILOR CNAS/CJAS**

**ÎN ATENȚIA MEDICILOR DE FAMILIE CARE CONFORM
PROTOCOALELOR TERAPEUTICE ȘI ÎN BAZA SCRISORII
MEDICALE EMISĂ DE CĂTRE MEDICUL SPECIALIST POT
CONTINUA PRESCRIEREA TERAPIEI SPECIFICE CU MEDICAMENTE
A CĂROR PRESCRIERE NECESITĂ APROBARE DIN PARTEA
COMISIILOR CNAS/CJAS**

**ÎN ATENȚIA PACIENȚILOR CARE BENEFICIAZĂ DE TRATAMENT
CU MEDICAMENTE CE NECESITĂ APROBARE DIN PARTEA
COMISIILOR CNAS/CJAS**

**Conform adreselor CNAS nr. P/4710/14.05.2015, P/4765/02.09.2014,
P/7594/16.09.2014, vă comunicăm următoarele**

**REGLEMENTĂRI PRIVIND MODALITATEA DE PRESCRIERE A
REȚETEI PENTRU MEDICAMENTE CARE NECESITĂ APROBARE
CNAS/CJAS**

În vederea asigurării accesului continuu al pacienților la medicamente a căror prescriere necesită aprobare din partea comisiilor CNAS/CJAS și pentru a elimina blocajele și disfuncționalitățile care pot apărea în eliberarea tratamentului specific se fac următoarele precizări:

Medicul curant este medicul specialist care inițiază și/sau monitorizează tratamentul specific pentru un bolnav diagnosticat cu afecțiuni cronice a căror terapie necesită aprobare CNAS/CJAS și care întocmește dosarul pacientului în acest sens.

Medicul prescriptor este medicul care prescrie rețeta pentru terapia specifică, în baza aprobării emise de CNAS/CJAS și care poate fi diferit de medicul curant, așa cum este el definit mai sus.

În aceste condiții, un asigurat aflat în evidența oricărei case teritoriale **poate opta pentru un medic curant** aflat în relație contractuală cu orice altă casă de asigurări de sănătate și căruia îi revine responsabilitatea de întocmire a dosarului pacientului. După întocmirea dosarului, pacientul are două posibilități:

1. **Optează pentru monitorizarea și prescrierea tratamentului de către medicul care i-a întocmit dosarul.** În această situație dosarul va fi depus la casa de asigurări de sănătate cu care acest medic se află în relație contractuală. Aprobarea va fi emisă la nivelul acelei case de asigurări de sănătate (pentru decizia emisă de către CJAS) sau de către CNAS și va fi valabilă pentru prescrierea rețetei de către medicul specialist care a întocmit dosarul și se află în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate care a emis/primit decizia.
2. Optează pentru monitorizarea tratamentului de către medicul care i-a întocmit dosarul conform periodicității stabilite de protocoalele terapeutice, **dar prescrierea tratamentului se va face de către medicul specialist din alt județ** (EXEMPLU: medicul care monitorizează tratamentul este din Timiș și se află în contract cu CAS Timiș, iar medicul specialist prescriptor este din Arad și se află în contract cu CAS Arad). În această situație dosarul va fi întocmit de medicul curant din Timiș, **dar va fi depus de către pacient la CAS Arad, aprobarea fiind emisă de către CAS Arad sau va fi transmisă de către CNAS la CAS Arad.** Această aprobare va fi valabilă pentru prescrierea rețetei **de către medicul ales de pacient** și care se află în contract cu casa de asigurări care a emis/primit decizia.
3. În situația în care pacientul își transferă dosarul de la o casă de asigurări de sănătate la alta:
 - a. Pentru aprobările CNAS: **casa de asigurări de sănătate de la care pleacă** pacientul anunță în scris atât Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cât și casa de asigurări de sănătate primitoare despre intenția pacientului de a-și transfera dosarul. **Casa de asigurări de sănătate primitoare** va anunța în scris atât Casa Națională de Asigurări de Sănătate cât și casa de asigurări de sănătate de la care a plecat pacientul, menționând faptul că este de acord să preia pacientul respectiv.
 - b. Pentru aprobările CJAS se respectă aceeași procedură, dar fără anunțarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Pentru situația particulară a medicilor de familie care conform protocoalelor terapeutice și în baza scrisorii medicale emisă de către medicul specialist pot continua prescrierea terapiei specifice se va proceda astfel:

Medicul de familie poate prescrie medicamente și ca o consecință a actului medical **prestat de către alți medici**, în situația în care pacientul urmează o schemă terapeutică stabilită conform reglementărilor legale pentru o perioadă mai mare de 30 de zile calendaristice, **inițiată prin prescrierea primei rețete de către medicul de specialitate** aflat în relație cu o casă de asigurări de sănătate, **comunicată numai prin scrisoare medicală** cu respectarea restricțiilor de prescriere prevăzute de protocoalele terapeutice.

În situația în care medicul specialist care transmite scrisoarea medicală este în relație contractuală cu o casă de asigurări care a emis aprobarea de inițiere/continuare a terapiei

specifice, iar medicul de familie căruia îi era adresată scrisoarea medicală este în relație cu o altă casă de asigurări de sănătate, **eliberarea medicamentelor în baza rețetelor prescrise de medicul de familie se va face de către unitățile farmaceutice indiferent de casa de asigurări de sănătate care a emis aprobarea în condițiile în care furnizorul de medicamente respectiv este în contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medicul de familie prescriptor.** Aceiași procedură este valabilă și în cazul aprobărilor emise de comisiile de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Legislație în vigoare:

- Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 388/186/2015 privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2015 a Hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii și a Contractului – cadru care reglementează condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014-2015, cu modificările și completările ulterioare.
- Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr.1301/500/2006 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 asigurărilor sociale de sănătate, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.