



Aleea Muncii Nr. 1-3, Slatina, Olt	Nr.ord.com/an	989/1998
Tel: 0372756697	A.F./C.U.I.	11340121
Fax: 0372877480	Contul	RO67TREZ506261121603XXXXX
TEL VERDE: 0800.800.961	Banca	TREZORERIA SLATINA
E-mail: medicsef.casot@gmail.com	Capital social	-

Nr. 11336/11.05.2015

Către,
Colegiul Medicilor Olt
Furnizorii de servicii medicale

Avand în vedere :

- Hotărârii Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, cu modificările și completările ulterioare;
- Ordinul ministrului sănătății publice și al președintelui CNAS nr. 1301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aprobate prin HG nr. 720/2008
- HG 400/2014 pentru aprobarea Contractului Cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2015 - 2016
- Ordinul Comun MS/CNAS nr.388/186/2015 – pentru aprobarea Normelor Metodologice de aplicare în anul 2015 a HG 400/2014 - Contractul Cadru 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 2015 - 2016, cu modificările și completările ulterioare
- HG 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 - 2016
- Ordinul 185/2012015 pentru aprobarea Normelor Tehnice de realizare a programelor de sănătate curative pentru anii 2015 – 2016, cu modificările și completările ulterioare

Vă informam următoarele:

1. Inițierea și continuarea tratamentului specific unei afecțiuni se efectuează de către medicii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate și se realizează cu respectarea protocoalelor terapeutice.
2. Terapia cu medicamentele corespunzătoare DCI – urilor notate cu * se inițiază exclusiv de medicul de specialitate și poate fi continuată de medicul de familie numai pe baza scrisorii medicale (model tip prevăzut în Ordinul MS/CNAS nr.388/186/2015 anexa 43)
3. Terapia cu medicamentele corespunzătoare DCI – urilor notate cu ** se efectuează pe baza protocoalelor terapeutice elaborate de Comisiile de specialitate ale MS, afisate și pe site-ul CAS Olt.
4. Terapia cu medicamentele corespunzătoare DCI – urilor notate cu *** se efectuează pe baza protocoalelor terapeutice elaborate de Comisiile de Specialitate ale MS și cu aprobarea Comisiilor de la nivelul Casei Județene de Asigurări de Sănătate (pentru Comisiile Teritoriale se vor întocmi referate de justificare - modelul din anexa 12 la Normele Tehnice, din Ordinul 185/2015).

Pentru categoriile de boli cronice din secțiunea C1 (G1-G31), în baza scrisorii medicale emise de un medic specialist și a avizului Comisiilor Teritoriale/Nationale,

propunerea/prescrierea medicamentelor notate cu *, **, ***, ****, (1), (2), (3), (4), (5), se face în baza documentului justificativ, **verificare electronică, card național de asigurări sociale de sănătate/adeverință înlocuitoare a cardului, din care să rezulte calitatea de asigurat/coasigurat.**

5. Medicamentele și categoriile de boli pentru care este necesar să se completeze în SIPE, rubrica „aprobate comisie” (în rubrică se va trece nr. deciziei de la CNAS - pentru Comisiile Naționale sau nr. deciziei de la CAS Olt – pentru Comisiile Teritoriale) sunt medicamentele cu ***, ****.

În acest sens la nivelul C.A.S. Olt, pentru toate medicamentele cu ***, ****, funcționează Comisia Teritorială, formată din reprezentanți CAS/DSP Olt și medici coordonatori/prescripitori aflați în relație contractuală cu CAS Olt.

Medicamente care se prescriu numai după aprobarea prin Comisiile Teritoriale

- În sublista A – compensare 90% medicamentul *Alprostadilum* (concentrație 20 mcg***) se eliberează cu aprobarea *Comisiei teritoriale* constituite la nivelul C.A.S. Olt.

În sublista B – compensare 50% medicamentele *Levonorgestrelum, Ganirelixum, Cetrorelixum, Somatropinum, Leuprorelinum, Goserelinum, Triptorelinum* se eliberează cu aprobarea *Comisiei teritoriale* constituite la nivelul C.A.S. Olt.

În situația în care într-o lună se prescrie un medicament din sublista B notat cu (#), cu o valoare maximă a tratamentului pe o lună, calculată la nivelul pretului de referință, mai mare de 330 lei, nu se mai prescrie în luna respectivă și alte medicamente din sublista B.

În sublista C – secțiunea C1 – compensare 100% - G3, G10, G11, G12, G14 și G16 medicamentele care se prescriu cu aprobarea *Comisiilor Teritoriale* constituite la nivelul C.A.S. Olt, sunt:

G3-Clopidogrelum:

G10-Epoetinum alfa, Epoetinum beta, Darbepoetinum alfa, Anagrelidum, Deferasiroxum:

G11- Gabapentinum, Pregabalinum:

G12-Combinatii(Levodopum+Carbidopum+Entacaponum), Rotigotinum, Rasagilinum, Entacaponum:

G14-Mitoxantronum: medicamentele specifice se prescriu numai pentru pacienții incluși în Programul național de boli neurologice – subprogramul de tratament al sclerozei multiple care se desfășoară în unități nominalizate de MS.

G16- Donepezilum, Rivastigminum, Galantaminum, Memantinum.

În sublista C – secțiunea C2

P3 – Oncologie: medicamentele *Pegfilgrastinum, Interferon α 2a și Interferon α 2b* se eliberează cu aprobarea *Comisiei teritoriale* constituite la nivelul C.A.S. Olt.

P5 – Diabet zaharat: medicamentele *Combinatii (Pioglitazonum + Metforminum), Pioglitazonum, Sitagliptinum, Exenatidum, Saxagliptinum, Combinatii(Saxagliptinum+Methforminum), Dapaglifozinum* se eliberează cu aprobarea *Comisiei teritoriale* constituite la nivelul C.A.S. Olt.

6. Pentru medicamentele antidiabetice orale (ADO) prescrierea se poate face numai în baza unei scrisori medicale emise de medicul de specialitate diabetolog. Medicii de familie prescriu numai ADO, terapiile cu insuline și mixte, sunt prescrise doar de către medicii diabetologi.

7. Pentru ADO notate cu ***, prescrierea se poate face numai dacă scrisoarea medicală este însoțită de decizie și referat de justificare, întocmit de medicul diabetolog

și aprobat de Comisia Teritorială constituită la nivelul CAS Olt. Medicii de specialitate desemnați prin decizie comună CAS/DSP Olt, pot prescrie în baza documentelor enumerate anterior, medicamentele cu aprobare prin Comisia Teritorială.

În sublista C-sectiunea C3- medicamentele *Methylfenidatum, Atomoxetine*, se eliberează cu aprobarea Comisiei Teritoriale constituite la nivel C.A.S. Olt, pentru categoriile de persoane prevăzute de această listă (copii până la 18 ani, tineri de la 18 la 26 de ani dacă sunt elevi, ucenici sau studenți, dacă nu realizează venituri, precum și gravide și leuze). Medicamentele din această sublistă corespund DCI-urilor din Canamed altele decât cele din sublistele A, B, C1. Pentru categoriile de asigurați menționate în această sublistă, medicamentele corespunzătoare DCI – urilor din sublista A, B, C1, se vor acorda în regim de compensare de 100% la preț de referință, indiferent de indicația pentru care sunt prevăzute în aceste subliste.

Medicamente care se prescriu numai după aprobarea prin COMISIILE NAȚIONALE –Comisiile de experți ce funcționează la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

- În sublista B medicamentele *Orlistat, Follitropin α (#), Follitropin β (#), Lutropin α (#)*, se prescriu după ce se obține aprobarea Comisiei de specialitate ce funcționează la Casa Națională de Asigurări de Sănătate

- În secțiunea C1 se regăsesc medicamente notate cu **** pentru bolile cronice (G4, G7, G22, G29, G31a,b,c,d,e,f) care se prescriu numai după aprobarea Comisiilor de Specialitate de la nivelul C.N.A.S.

G4-Ribavirin, Lamivudin, Adefovir, Dipivoxil, Entecavir, Interferon α 2A, Interferon α 2B, Peginterferon α 2B, Peginterferon α 2A, Tenofovir Disoproxil Fumarate.

G7-Ribavirin, Lamivudin, Adefovir, Dipivoxil, Entecavir, Interferon α 2A, Interferon α 2B, Peginterferon α 2B, Peginterferon α 2A,

G22-Pegvisomant, Octreotid, Lanreotid

G29-Imiglucerasum

G31a-Infliximab, Adalimumab

G31b-Rituximab, Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Abatacept, Tocilizumab, Golimumab, Certolizumab Pegol.

G31c-Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Golimumab

G31d- Etanercept, Infliximab, Adalimumab, Golimumab

G31e- Etanercept, Abatacept

G31f- Etanercept, Infliximab, Adalimumab.

În sublista C – secțiunea C2 - PNS

P3- Oncologie: medicamentele *Pemetrexed, Fludarabin, Rituximab, Trastuzumab, Alemtuzumab, Cetuximab, Bevacizumab, Imatinib, Erlotinib, Sunitinib, Sorafenib, Dasatinib, Bortezomib, Ruxolitinib, Nilotinib, Ofatumab, Trabectedin, Decitabin, Nelarabin, Clofarabin*, se eliberează cu aprobarea C.N.A.S.

P4 – Scleroză Multiplă – medicamentele *Interferon beta 1A, Interferon beta 1B, Glatiramer Acetat, Natalizumab*

P6.1 - Hemofilie și Talasemie: medicamentul *Deferasirox* se eliberează cu aprobarea C.N.A.S.

P6.17 – Purpura trombocitopenica imuna la adulti splenectomizati si nesplenectomizati: medicamentul Romiplostinum se elibereaza cu aprobarea C.N.A.S.

P6.18- Pacienti adulti si copii cu hiperfenilalaninemie diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina(BH4):medicamentul Sapropterinum se elibereaza cu aprobarea C.N.A.S.

P6.19- scleroza tuberoasa: medicamentul Everolimus se elibereaza cu aprobarea C.N.A.S.

P10 – Progr. de supleere renala: medicamentul cinacalcetum se elibereaza cu aprobarea CNAS.

Prescrierea acestor DCI-uri, în concordanță cu diagnosticul înscris în documentele medicale primare, se va efectua **numai după aprobarea medicamentelor prin Comisie Nationala/Teritoriala, cu obligativitatea respectarii perioadei de aprobare/valabilitate, a deciziei emise din SIUI.**

Vă rugăm, să luați toate măsurile care se impun astfel încât prescrierea medicamentelor cu și fără contribuție personală în sistemul de asigurări sociale de sănătate să se facă respectând prevederile legale în vigoare.

Cu deosebită considerație!

Președinte – Director General,
Florin Valentin CIOCAN



Medic Sef,
Dr. Ortansa CIOBANU