



Republica Moldova

GUVERNUL

HOTĂRÂRE Nr. HG106/2022
din 23.02.2022

**cu privire la prescrierea și eliberarea
medicamentelor și dispozitivelor medicale
compensate pentru tratamentul în condiții
de ambulatoriu al persoanelor înregistrate
la medicul de familie**

Publicat : 04.03.2022 în MONITORUL OFICIAL Nr. 61-67 art. 153 Data intrării în vigoare

În temeiul art. 5 alin. (5) și art. 7¹ alin. (2) din Legea nr. 1585/1998 cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 1998, nr. 38-39, art. 280), cu modificările ulterioare, Guvernul HOTĂRĂȘTE:

1. Se aprobă:

1) Regulamentul privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie, conform anexei nr. 1;

2) Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii farmaceutice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr. 2;

3) Contractul-tip privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, conform anexei nr. 3.

2. Compania Națională de Asigurări în Medicină va asigura contractarea prestatorilor de servicii farmaceutice în conformitate cu prevederile prezentei hotărâri.

3. Se abrogă Hotărârea Guvernului nr. 1372/2005 cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2005, nr. 176-181, art. 1477), cu modificările ulterioare.

4. Prezenta hotărâre intră în vigoare la data publicării în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

PRIM-MINISTRU Natalia GAVRILIȚA

Contrasemnează:

Ministrul sănătății Ala Nemerenco

Ministrul finanțelor Dumitru Budianschi

REGULAMENT

privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate

la medicul de familie

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Regulamentul privind prescrierea și eliberarea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate pentru tratamentul în condiții de ambulatoriu al persoanelor înregistrate la medicul de familie (în continuare - *Regulament*) este elaborat în scopul stabilirii modului de prescriere și eliberare a medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate persoanelor înregistrate la medicul de familie în conformitate cu Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală.

2. Lista medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - *Listă*), inclusiv sumele fixe pentru compensarea acestora, se aprobă prin ordin al ministrului sănătății și al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și se publică în Monitorul Oficial al Republicii Moldova.

3. Compensarea medicamentelor și dispozitivelor medicale din Listă se efectuează în limitele mijloacelor financiare prevăzute în legea fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală pentru anul de gestiune

II. PRESCRIEREA MEDICAMENTELOR

ȘI DISPOZITIVELOR MEDICALE COMPENSATE

4. Dreptul de a prescrie medicamente compensate îl au medicii de familie, medicii neurologi, medicii psihiatri, medicii endocrinologi și medicii pediatri (în continuare - *medici cu drept de prescriere*) din cadrul prestatorilor de servicii medicale care au încheiat contracte cu Compania Națională de Asigurări în Medicină.

5. Dreptul de a prescrie dispozitive medicale compensate îl au medicii de familie (în continuare - *medici cu drept de prescriere*) din cadrul prestatorilor de servicii medicale care au încheiat contracte cu Compania Națională de Asigurări în Medicină.

6. Prestatorii de servicii medicale vor prezenta Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, în scopul includerii în baza de date a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, lista medicilor cu drept de prescriere a medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate, care va conține următoarea informație: codul prestatorului medical, numele, prenumele, IDNP și specialitatea medicului, data angajării.

7. Prestatorii de servicii medicale vor informa Compania Națională de Asigurări în Medicină despre modificarea datelor din lista medicilor cu drept de prescriere ai prestatorului (modificare date personale, angajare, transfer, concediere ș.a.) în termen de trei zile lucrătoare de la data survenirii acestora.

8. Medicii cu drept de prescriere vor prescrie medicamente și/sau dispozitive medicale compensate doar dintre cele incluse în Listă la prezentarea actului de identitate al pacientului, cu verificarea, după caz, a statutului persoanei în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală, prin interogarea Sistemului informațional automatizat „Asigurarea obligatorie de asistență medicală” al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

9. Pentru persoanele înregistrate la medicul de familie, medicamentele compensate incluse în Listă se prescriu de către medicul de familie și/sau medicul specialist:

- 1) pediatru (în cazul prescrierilor pentru copii);
- 2) psihiatru (în cazul medicamentelor psihotrope și anticonvulsivante);
- 3) neurolog (în cazul medicamentelor anticonvulsivante);
- 4) endocrinolog (în cazul medicamentelor antidiabetice).

10. Prescrierea medicamentelor compensate se efectuează conform indicațiilor medicale și recomandărilor pentru tratament în condiții de ambulatoriu al pacienților aflați în evidența medicului de familie, a medicului pediatru, medicului psihiatru, a medicului neurolog sau a medicului endocrinolog, în conformitate cu actele normative aprobate de ministrul sănătății și directorul general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

11. După stabilirea diagnosticului și a schemei de tratament, medicul cu drept de prescriere va verifica dacă medicamentele fac parte din Listă și va asigura prescrierea acestora pe formularul de rețetă pentru compensare.

12. Dispozitivele medicale incluse în Listă se prescriu exclusiv de către medicul de familie persoanelor înregistrate la medicul de familie, conform indicațiilor și recomandărilor medicilor specialiști, după caz.

13. Medicamentele și dispozitivele medicale compensate se prescriu pe formularul de rețetă de modelul aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, recepționate de către prestatorii de servicii medicale, în baza cererii, de la agenția teritorială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină.

14. Medicamentele compensate se prescriu exclusiv conform denumirii comune internaționale, iar dispozitivele medicale – conform denumirii, fără a menționa producătorul, modelul sau alte specificații.

15. Rețetele se prescriu de către medicii cu drept de prescriere, care vor completa compartimentul lor citeț, fără corectări, respectând prevederile Instrucțiunii de completare a rețetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 492/139-A din 22 aprilie 2013, asigurându-se că au fost completate toate cele trei exemplare ale rețetei.

16. Pe un formular de rețetă se va prescrie numai o denumire comună internațională sau o

denumire de dispozitiv medical compensat, ținând cont de indicațiile medicale, necesitățile de tratament și norma de eliberare stabilită prin ordinul ministrului sănătății și directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. Cantitatea de medicamente prescrise pentru boli cronice nu va depăși necesarul pentru trei luni de tratament. Cantitatea de dispozitive medicale prescrise nu va depăși cantitatea de utilizare pentru trei luni, calculată din norma de eliberare a dispozitivului medical per pacient pentru un an.

17. Medicamentele ce se află în evidența cantitativă și medicamentele cu conținut de substanțe stupefiante, psihotrope și precursorii lor, incluse în Listă, se prescriu și pe formularele de rețetă nr. 1 sau nr. 2 (după caz), conform instrucțiunilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății, în cantități necesare pentru durata tratamentului de până la 30 de zile.

18. Medicul cu drept de prescriere va înregistra în fișa medicală de ambulatoriu (formular nr. 025/e, nr. 111/e, nr. 112/e) a pacientului sau în altă documentație medicală de evidență utilizată în instituțiile de asistență medicală argumentarea indicației, seria și numărul rețetei, denumirea preparatului, doza, cantitatea și durata tratamentului sau, după caz, denumirea și cantitatea dispozitivului medical prescris conform normei aprobate și utilizării raționale a acestuia potrivit necesității pacientului.

19. La prezentarea repetată a pacientului, medicul cu drept de prescriere poate prescrie noi rețete compensate dacă:

1) la verificarea înscrierilor din fișa medicală de ambulatoriu (formular nr. 025/e, nr. 111/e, nr. 112/e) sau în altă documentație medicală de evidență utilizată în cadrul prestatorului de servicii medicale se constată că pacientul aflat în evidență cu o maladie cronică dispune de rezerve de medicamente sau dispozitive medicale compensate prescrise anterior pentru cel mult șapte zile de tratament sau utilizare;

2) pacientul nu a recepționat de la farmacie cantitatea de medicamente sau dispozitive medicale compensate prescrisă anterior și confirmă acest fapt prin prezentarea rețetelor nevalorificate cantitativ (conform prevederilor pct. 28 și 29). În acest caz, medicul cu drept de prescriere eliberează o nouă rețetă cu cantitatea de medicament necesară pentru prelungirea tratamentului sau cantitatea de dispozitive medicale conform normelor de eliberare aprobate și anexează exemplarul nr. 2 de rețetă prezentat de pacient la fișa medicală de ambulatoriu (formular nr. 025/e, nr. 111/e, nr. 112/e) sau în altă documentație medicală de evidență utilizată de către prestatorii de servicii medicale.

20. După completarea formularului rețetei, medicul cu drept de prescriere va detașa exemplarele nr. 1 și nr. 2 ale rețetei și le va înmâna pacientului pentru prezentare la farmacie.

21. Exemplarul nr. 3 al rețetelor rămâne la medicul cu drept de prescriere și se transmite de către acesta săptămânal, prin act de predare-primire, persoanei responsabile de evidența acestora în cadrul prestatorului de servicii medicale.

22. Exemplarul nr. 3 al rețetelor completate se păstrează la prestatorul de servicii medicale timp de șase ani.

III. ELIBERAREA MEDICAMENTELOR ȘI DISPOZITIVELOR

MEDICALE COMPENSATE PACIENȚILOR ȘI RAPORTAREA

ACESTORA COMPANIEI NAȚIONALE DE ASIGURĂRI

ÎN MEDICINĂ

23. Dreptul de a elibera medicamente și dispozitive medicale compensate persoanelor înregistrate la medicul de familie îl au doar prestatorii de servicii farmaceutice, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, care au încheiat cu Compania Națională de Asigurări în Medicină contracte privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală.

24. Medicamentele și dispozitivele medicale compensate se eliberează pacientului sau reprezentantului legal al acestuia (părintelui, tutorelui, curatorului, ocrotitorului provizoriu, asistentului parental, membrilor de familie, în condițiile cadrului normativ), sau reprezentantului împuternicit prin procură autenticată de notar ori de alte persoane abilitate prin lege cu astfel de funcție, sau persoanei care acționează în interesul acestuia în condițiile prevederilor legale, doar în baza rețetelor valabile, prescrise în strictă conformitate cu prezentul Regulament, la prezentarea actului de identitate al pacientului.

25. Farmacistul, după constatarea corectitudinii prescrierii rețetei, completează compartimentul său din formularul de rețetă, respectând prevederile Instrucțiunii de completare a rețetei pentru medicamente compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 492/139-A din 22 aprilie 2013, și eliberează pacientului medicamentul și/sau dispozitivul medical prescris. Medicamentele care au fost prescrise și pe formularul de rețetă nr. 1 se supun evidenței în modul stabilit de actele normative.

26. Se interzice înlocuirea medicamentului/dispozitivului medical prescris în rețetă cu alt medicament/dispozitiv medical.

27. Farmacistul eliberează cantitatea de medicamente și dispozitive medicale în corespundere cu cantitatea prescrisă de medic, cu următoarele excepții:

1) dacă divizarea/ambalajul primar al formelor farmaceutice solide perorale este mai mare sau mai mică decât cantitatea prescrisă, dar nu mai mult de 10 unități, se eliberează cantitatea conform ambalajului primar, fără a fi deteriorat;

2) în cazul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate parțial, când pacientul solicită o cantitate mai mică de medicamente sau dispozitive medicale prescrise, se eliberează cantitatea solicitată de pacient, fără a deteriora ambalajul primar.

28. În cazurile menționate la pct. 27, se compensează suma conform cantității eliberate și indicate în formularul de rețetă la compartimentul farmacistului. Farmacistul confirmă prin semnătura personală și parafa prestatorului de servicii farmaceutice cantitatea eliberată, restituie pacientului formularul de rețetă nr. 2 și îi comunică despre necesitatea păstrării și prezentării acestuia medicului cu drept de prescriere, în cazul solicitării unei noi prescrieri a medicamentului sau dispozitivului medical compensat.

29. Pacientul sau reprezentantul legal al acestuia confirmă prin semnătură pe formularul de rețetă primirea medicamentului sau dispozitivului medical compensat și achitarea contribuției personale, care este diferența dintre prețul de vânzare cu amănuntul al medicamentelor și dispozitivelor medicale și suma fixă compensată de Compania Națională de Asigurări în Medicină, stabilită pentru medicamente și dispozitive medicale parțial compensate.

30. Prestatorul de servicii farmaceutice anexează exemplarul nr. 1 al rețetelor la raportul

prezentat lunar agenției teritoriale a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, iar exemplarul nr. 2 îl înmânează pacientului odată cu eliberarea medicamentului/dispozitivului medical compensat.

31. Prestatorul de servicii farmaceutice raportează lunar Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, utilizând sistemul informațional al Companiei, totalul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate eliberate pacienților pe parcursul lunii precedente, cu prezentarea rețetelor în original, a raportului despre medicamente și dispozitive medicale compensate eliberate, a facturii fiscale electronice și asigură veridicitatea tuturor datelor raportate acesteia.

32. Prestatorul de servicii farmaceutice prezintă, la solicitarea Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, date privind disponibilitatea sortimentului și prețurile la medicamente și dispozitive medicale compensate în farmacie.

IV. DISPOZIȚII FINALE

33. Prestatorul de servicii medicale este obligat să organizeze prescrierea medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate conform prevederilor actelor normative.

34. Prestatorul de servicii farmaceutice este obligat să organizeze eliberarea pentru pacienți a medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate și raportarea acestora Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, conform prevederilor actelor normative.

35. Compania Națională de Asigurări în Medicină informează lunar, până la data de 25 a lunii respective de gestiune, prestatorul de servicii medicale despre volumul medicamentelor și dispozitivelor medicale compensate prescrise de către prestator și eliberate de către farmacii, precum și despre sumele financiare valorificate.

Anexa nr. 2

la Hotărârea Guvernului nr.106/2022

CRITERII DE CONTRACTARE

a prestatorilor de servicii farmaceutice în sistemul

asigurării obligatorii de asistență medicală

I. DISPOZIȚII GENERALE

1. Criteriile de contractare a prestatorilor de servicii farmaceutice în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală (în continuare - *criterii de contractare*) au ca scop încadrarea în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală a prestatorilor de servicii farmaceutice (în continuare - *prestatori*) care întrunesc condițiile reglementate pentru contractarea acestora de către Compania Națională de Asigurări în Medicină.

2. Aplicarea criteriilor de contractare a prestatorilor determină asigurarea prestării calitative a serviciilor farmaceutice și garantarea accesibilității populației la medicamente și dispozitive medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală în condiții de ambulatoriu.

3. Criteriile de contractare a prestatorilor în cadrul sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală se bazează pe următoarele principii:

- 1) obligativitatea respectării cadrului normativ în procesul aplicării criteriilor de contractare;
- 2) aplicarea echitabilă a criteriilor de contractare;
- 3) transparența rezultatelor aplicării criteriilor de contractare;
- 4) asigurarea egalității în drepturi a prestatorilor în procesul aplicării criteriilor de contractare.

II. CONDIȚII GENERALE DE CONTRACTARE

A PRESTATORILOR DE SERVICII FARMACEUTICE

4. Contractarea prestatorilor se efectuează de către agențiile teritoriale ale Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (în continuare – *agenții teritoriale*) conform teritoriului arondat, indiferent de tipul de proprietate și forma juridică de organizare, conform prezentelor criterii de contractare.

5. Pentru a fi eligibil contractării de către Compania Națională de Asigurări în Medicină, prestatorii urmează să întrunească, concomitent, următoarele condiții:

1) cererea depusă conform modelului aprobat prin Ordinul directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 18-A/2021;

2) actele de activitate/permissive prezentate de prestator – valabile, prevăzute în Nomenclatorul actelor permissive, aprobat prin Legea nr. 160/2011.

6. Etapele de contractare a prestatorului sunt următoarele:

1) depunerea cererii și a actelor de activitate/permissive (în continuare – *dosar*), conform listei aprobate prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, publicat pe pagina web oficială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de cinci zile lucrătoare de la data aprobării/modificării;

2) completarea și depunerea chestionarului de autoevaluare a criteriilor de eligibilitate a prestatorului, conform modelului aprobat prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, publicat pe pagina web oficială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de cinci zile lucrătoare de la data aprobării/modificării;

3) examinarea dosarului de către agenția teritorială;

4) examinarea chestionarului de autoevaluare a prestatorului și atribuirea punctajului de către agenția teritorială, conform procedurii aprobate prin ordin al directorului general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină, publicat pe pagina web oficială a Companiei Naționale de Asigurări în Medicină în termen de cinci zile lucrătoare de la data aprobării/modificării;

5) încheierea contractului între Compania Națională de Asigurări în Medicină și prestator;

6) notificarea prestatorilor privind respingerea cererii de contractare.

7. După depunerea cererii și a dosarului de către prestator, agenția teritorială verifică prezența în dosarul depus a documentelor obligatorii pentru contractare, constată conformitatea și valabilitatea actelor permissive și verifică completarea formularelor din dosar.

8. În cazul în care se atestă lipsa unor acte sau necoresponderea acestora cerințelor înaintate,

agenția teritorială informează prestatorul despre neconformitățile constatate, cu solicitarea prezentării actelor lipsă/remedierii neajunsurilor. Termenul-limită de prezentare de către prestator a informației suplimentare/corectate este de cinci zile lucrătoare de la data notificării.

9. În cazul neprezentării de către prestator a informației solicitate în termenele stabilite, agenția teritorială notifică prestatorului respingerea cererii de contractare, cu indicarea motivului respingerii.

10. În urma verificării și acceptării dosarului, agenția teritorială examinează chestionarul (chestionarele) de autoevaluare a prestatorului, cu atribuirea punctajului corespunzător datelor din chestionar.

11. În cazul neacumulării punctajului pentru contractarea prestatorului, agenția teritorială notifică prestatorului necesitatea remedierii neajunsurilor și depunerii repetate a chestionarului de autoevaluare.

12. La întrunirea tuturor criteriilor de contractare, agenția teritorială semnează cu prestatorul contractul privind eliberarea medicamentelor și/sau dispozitivelor medicale compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. În cazul neîntrunirii criteriilor de contractare, agenția teritorială notifică prestatorului respingerea cererii de contractare, cu indicarea motivului respingerii.

13. Pe parcursul valabilității contractului, agenția teritorială monitorizează valabilitatea actelor de activitate/permisive și, cu 30 de zile calendaristice înainte de expirarea termenului de valabilitate al acestora, informează prestatorul despre necesitatea actualizării actelor al căror termen urmează să expire și notifică prestatorului rezoluțiunea contractului în cazul neprezentării actelor solicitate până la data expirării actelor incluse în dosar.

[anexa nr.3](#)