UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „VICTOR BABEȘ” TIMIȘOARA

LEGISLAȚIE FARMACEUTICĂ

Seminar 8

PRESCRIEREA ŞI ELIBERAREA MEDICAMENTELOR ÎN SISTEMUL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE.

Facultatea de Farmacie · Anul IV · 2026–2027

1. Asigurările sociale de sănătate – definiție și obiective

- **Asigurările sociale de sănătate reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii sănătății populației, prin care se asigură accesul persoanelor asigurate la pachetul de servicii de bază.**

- Obiectivul este protejarea asiguraților față de costurile serviciilor medicale în caz de boală sau accident.

- Protecția se realizează în mod echitabil și nediscriminatoriu, în condițiile utilizării eficiente a FNUASS.

Principiile sistemului de asigurări sociale de sănătate (I)

- Caracter obligatoriu și funcționare unitară; participarea la constituirea fondului potrivit legislației fiscale.

- Solidaritate și subsidiaritate în constituirea și utilizarea resurselor.

- Alegerea liberă a casei de asigurări și a furnizorilor de servicii medicale, medicamente și dispozitive, în condițiile legii și ale contractului-cadru.

- Acces echitabil și nediscriminatoriu al asiguraților la pachetul de bază.

Principiile sistemului (II)

- Descentralizare și autonomie în conducerea și administrarea sistemului.
- Participarea asiguraților, statului și angajatorilor la managementul fondului, potrivit legii.
- Transparența activității și libera concurență între furnizorii aflați în relații contractuale cu casele de asigurări.
- Exemplu: pacientul poate alege o farmacie aflată în contract cu o casă de asigurări, cu respectarea regulilor de eliberare.

CNAS, casele de asigurări și Ministerul Sănătății

• **CNAS** coordonează administrarea sistemului de asigurări sociale de sănătate; casele de asigurări încheie contracte și decontează prestații potrivit competențelor.

• Ministerul Sănătății exercită atribuțiile de autoritate în domeniul sănătății și coordonare a politicilor sanitare.

• Farmacia comunitară devine furnizor în sistemul de compensare prin relația contractuală cu casa de asigurări și îndeplinirea condițiilor aplicabile.

Finanțarea Fondului național unic (FNUASS)

• **FNUASS** se constituie din contribuțiile de asigurări sociale de sănătate (CASS), în condițiile Codului fiscal.

• Pot exista subvenții de la bugetul de stat și alte venituri prevăzute de lege.

• Fondul finanțează prestațiile prevăzute de legislație și de contractul-cadru, inclusiv medicamentele compensate.

• CASS este contribuția la finanțarea sistemului; compensarea reprezintă mecanismul prin care se suportă o parte din costul unui medicament.

Asigurări obligatorii și asigurări voluntare

- **Asigurarea socială de sănătate este reglementată prin Legea nr. 95/2006 și normele fiscale aplicabile**.

- Pot exista și asigurări voluntare/private, în condițiile legii, care nu se confundă cu calitatea de asigurat în sistemul CNAS.

- O poliță privată nu înlocuiește automat drepturile și obligațiile aferente sistemului public.

2. Termeni esențiali: servicii și furnizori

• **Serviciile medicale** sunt prestațiile prevăzute în pachetele de servicii, acordate în condițiile legislației.

• **Furnizorii** sunt persoanele fizice ori juridice care îndeplinesc condițiile legale pentru furnizarea de servicii, medicamente sau dispozitive medicale.

• Autorizarea privește dreptul de funcționare; evaluarea verifică îndeplinirea standardelor; contractarea stabilește relația cu casa de asigurări.

• Aceste etape au roluri diferite și nu trebuie confundate.

Pachetul de servicii de bază

• Se acordă persoanelor care au calitatea de asigurat, în condițiile legii.

• Include servicii medicale, îngrijiri, medicamente, materiale sanitare, dispozitive medicale și alte prestații reglementate.

• Conținutul concret al pachetului este stabilit prin contractul-cadru și normele de aplicare.

• Exemplu: eliberarea unui medicament compensat presupune atât eligibilitatea pacientului, cât și îndeplinirea condițiilor de prescriere și decontare.

Pachetul minimal de servicii

- Se adresează persoanelor care nu fac dovada calității de asigurat, în condițiile legii.
- Cuprinde un set limitat de servicii, inclusiv pentru urgențe și alte situații expres reglementate.
- Nu echivalează cu accesul general la toate medicamentele și serviciile din pachetul de bază.
- Drepturile concrete depind de categoria persoanei și de reglementările în vigoare.

Preț de referință, preț de decontare și contribuție personală

- **Prețul de referință** este baza de calcul pentru suma suportată de casa de asigurări, pentru medicamentele la care se aplică acest mecanism.

- **Prețul de decontare** este utilizat în situațiile reglementate, inclusiv pentru anumite medicamente din programele naționale de sănătate.

- **Contribuția personală** pentru medicamente este suma achitată de pacient la eliberare, după aplicarea regulilor de compensare.

- **Coplata** pentru servicii medicale este o noțiune distinctă; nu trebuie folosită automat ca sinonim al contribuției la medicamente.

Exemplu de calcul: compensarea nu înseamnă reducere din prețul de raft

- Exemplu ipotetic: preț cu amănuntul = 35 lei; preț de referință = 30 lei; compensare = 50%.
- Casa de asigurări suportă 50% × 30 lei = 15 lei.
- Pacientul achită 35 − 15 = 20 lei.
- Diferența dintre prețul de vânzare și prețul de referință poate crește contribuția pacientului.

3. Cine are calitatea de asigurat?

• Calitatea de asigurat se dobândește și se menține în condițiile **Legii nr. 95/2006** și ale Codului fiscal.

• Sunt vizate persoane care datorează contribuția, precum și categorii asigurate fără plata acesteia, expres prevăzute de lege.

• Pot exista reguli speciale pentru cetățeni străini, rezidenți, lucrători transfrontalieri și persoane acoperite de regulile europene de coordonare.

• Verificarea calității de asigurat se face prin mijloacele oficiale ale sistemului, nu doar pe baza declarației pacientului.

Categorii protejate și modificări legislative recente

- Legea prevede categorii care beneficiază de asigurare fără plata CASS, în condiții specifice; exemple: copii și anumite categorii de tineri, gravide și lăuze.

- Legea nr. 141/2025 a modificat regimul unor categorii de persoane și a introdus reguli distincte pentru beneficiarii programelor naționale de sănătate.

- Pentru fiecare caz se verifică temeiul legal și statutul actual al persoanei.

Programele naționale de sănătate și drepturile beneficiarilor

• Accesul la medicamente și servicii în programele naționale se stabilește prin reglementările specifice programului.

• Pentru unele persoane neasigurate, legislația prevede acces la prestațiile programului și la serviciile necesare acordării lor, fără a conferi automat întregul pachet de bază.

• Regimul poate fi diferit pentru oncologie, HIV/SIDA și tuberculoză; nu se generalizează între programe.

• Farmacistul urmărește încadrarea în program, documentele și regulile de eliberare/decontare.

4. Dreptul la medicamente compensate

• Asiguraţii pot beneficia de medicamente cu sau fără contribuţie personală, pe baza unei prescripţii emise în condiţiile legii.

• Lista DCI-urilor eligibile este aprobată prin HG nr. 720/2008, cu modificările și completările ulterioare.

• Simpla autorizare a unui medicament de către ANMDMR nu înseamnă automat includerea sa pe lista de compensare.

• Prescrierea și eliberarea sunt reglementate prin contractul-cadru, norme și, după caz, protocoale terapeutice.

Cum intră un medicament pe lista de compensare?

- Evaluarea tehnologiilor medicale (HTA) urmărește elementele relevante pentru includerea, extinderea indicațiilor sau excluderea unor DCI-uri.

- ANMDMR are atribuții în evaluarea tehnologiilor medicale, potrivit reglementărilor aplicabile.

- Lista medicamentelor compensate se aprobă și se actualizează prin acte normative.

- În 2026, HG nr. 121/2026 a modificat lista aprobată prin HG nr. 720/2008:

Prescrierea: DCI și denumirea comercială

• Regula generală este prescrierea pe denumire comună internațională (DCI), în condițiile normelor.

• Există situații în care prescrierea pe denumire comercială este permisă ori necesară, conform reglementărilor și justificării medicale.

• Exemple: anumite medicamente biologice, situații reglementate prin contracte cost-volum și cazuri justificate medical.

• La eliberare se verifică DCI, concentrația, forma farmaceutică, doza, cantitatea și eligibilitatea pentru compensare.

Cine prescrie medicamentele compensate?

• Prescrierea se face de către medici care îndeplinesc condițiile prevăzute de sistemul de asigurări, în limitele competențelor profesionale.

• Medicul de familie și medicul specialist pot prescrie în condițiile contractului-cadru și ale normelor aplicabile.

• Pentru anumite DCI-uri, inițierea sau continuarea tratamentului depinde de protocoale terapeutice și de documente precum scrisoarea medicală.

• Farmacistul nu modifică arbitrar indicația sau regimul terapeutic prescris.

Durata tratamentului și valabilitatea prescripției

• În reglementarea generală sunt prevăzute perioade diferite pentru afecțiuni acute, subacute și cronice.

• Pentru afecțiunile acute/subacute, valabilitatea prescripției este, în general, de maximum 48 de ore; pentru cele cronice, maximum 30 de zile.

• Pentru tratamente cronice stabilizate pot exista prescripții pe 90/91/92 de zile, cu condiții specifice.

• Valabilitatea rețetei nu este același lucru cu durata tratamentului prescris.

Eliberarea fracționată a prescripțiilor

• Pentru anumite prescripții electronice online pe 90/91/92 de zile, eliberarea se poate face fracționat, în condițiile normelor.

• Se respectă cantitățile, perioadele și regulile de validare în sistemul informatic.

• Nu orice prescripție poate fi fracționată și nu orice medicament urmează același regim.

• Exemplu: o prescripție pe 90 de zile poate permite ridicări succesive, dacă sunt îndeplinite condițiile legale.

5. Sublistele de compensare – vedere de ansamblu

- **Sublista A**: compensare 90% din prețul de referință.

- **Sublista B**: compensare 50% din prețul de referință; pentru anumite categorii pot exista reguli suplimentare.

- **Sublista C**: regimuri speciale, inclusiv C1, C2 și C3; nu toate secțiunile se explică exclusiv prin aceeași bază de calcul.

- **Sublista D**: compensare 20% din prețul de referință; cadrul legal conține și alte subliste/secțiuni, inclusiv E.

- Procentele nu se aplică automat la prețul integral al produsului.

Sublista A – compensare 90%

- Cuprinde DCI-uri eligibile în tratamentul ambulatoriu, conform HG nr. 720/2008.

- Suma decontată se calculează prin aplicarea procentului de 90% asupra prețului de referință, potrivit regulilor aplicabile.

- Nu este corect să afirmăm că sublista A conține exclusiv medicamente generice.

- Exemplu ipotetic: preț de referință 20 lei → decontare 18 lei; diferența până la prețul de vânzare rămâne în sarcina pacientului.

Sublista B – compensare 50%

- Cuprinde DCI-uri eligibile în tratamentul ambulatoriu în regim de compensare de 50% din prețul de referință.

- Pentru unele categorii de beneficiari există reguli speciale de compensare, în condițiile legislației.

- Exemplu ipotetic: preț de referință 40 lei → decontare obișnuită 20 lei.

Sublista C1 – afecțiuni cronice

• Cuprinde DCI-uri pentru tratamentul ambulatoriu al unor grupe de boli cronice, în condițiile stabilite de listă și protocoale.

• Compensarea este de 100% din prețul de referință, nu neapărat 100% din prețul de vânzare al oricărui produs.

• Exemple de grupe de boli insuficiență cardiacă, boala Parkinson, afecțiuni psihice, glaucom.

• Încadrarea DCI-urilor și a grupelor terapeutice se verifică în forma actualizată a anexelor.

Sublista C2 – programe naționale de sănătate curative

• Cuprinde medicamente utilizate în programele naționale de sănătate curative, conform listei și normelor specifice.

• În cazurile reglementate, decontarea se raportează la prețul de decontare, nu la mecanismul obișnuit de compensare procentuală din prețul de referință.

• Exemple de domenii: oncologie, diabet zaharat, boli neurologice și tratamentul unor boli rare.

• Regimul de prescriere, eliberare și decontare depinde de program și de circuitul medicamentului.

Sublista C3 – categorii de beneficiari

• Cuprinde DCI-uri de care beneficiază anumite categorii de persoane, în condițiile prevăzute de lege.

• Exemple- copii, tineri aflați în anumite forme de educație, gravide și lăuze.

• Drepturile depind de statutul persoanei și de condițiile legale actuale; nu se confundă cu scutirea de la plata CASS.

• La eliberare se verifică încadrarea și regulile concrete de compensare.

Sublista D și alte categorii

- Sublista D este asociată compensării de 20% din prețul de referință.
- Lista aprobată prin HG nr. 720/2008 a fost extinsă și modificată de-a lungul timpului;
- Există și sublista E, cu secțiuni și reguli proprii de compensare.
- Pentru fiecare medicament se verifică sublista, secțiunea, eventualele note și protocoale.

Exemple : grupe de boli C1

- G1 – insuficiență cardiacă; G12 – boala Parkinson; G15 – anumite boli psihice; G16 – demențe.
- G18 – poliartrită reumatoidă și alte afecțiuni inflamatorii; G19 – spondilită anchilozantă.
- G22 – anumite boli endocrine; G25 – insuficiență renală cronică; G26 – glaucom.

Exemple: programe C2

- Tratamentul infecției HIV/SIDA și al tuberculozei.
- Programul național de oncologie; programe pentru afecțiuni neurologice.
- Tratamentul diabetului zaharat; hemofilie, talasemie și unele boli rare.
- Transplant de organe, țesuturi și celule – conform cadrului actual al programelor.

6. Eliberarea medicamentelor compensate în farmacie

• Farmacia verifică prescripția, eligibilitatea, condițiile de compensare și disponibilitatea medicamentului.

• În condițiile prevăzute de lege, medicamentele pot fi ridicate de beneficiar sau de o persoană care acționează în numele acestuia.

• Documentarea eliberării, utilizarea cardului național de sănătate și semnăturile urmează regulile aplicabile situației concrete.

• Farmacistul informează pacientul despre opțiuni, contribuția personală și administrarea corectă.

Alegerea farmaciei și opțiunile pacientului

• În condițiile sistemului, pacientul poate utiliza o farmacie aflată în contract cu o casă de asigurări, cu excepțiile legale.

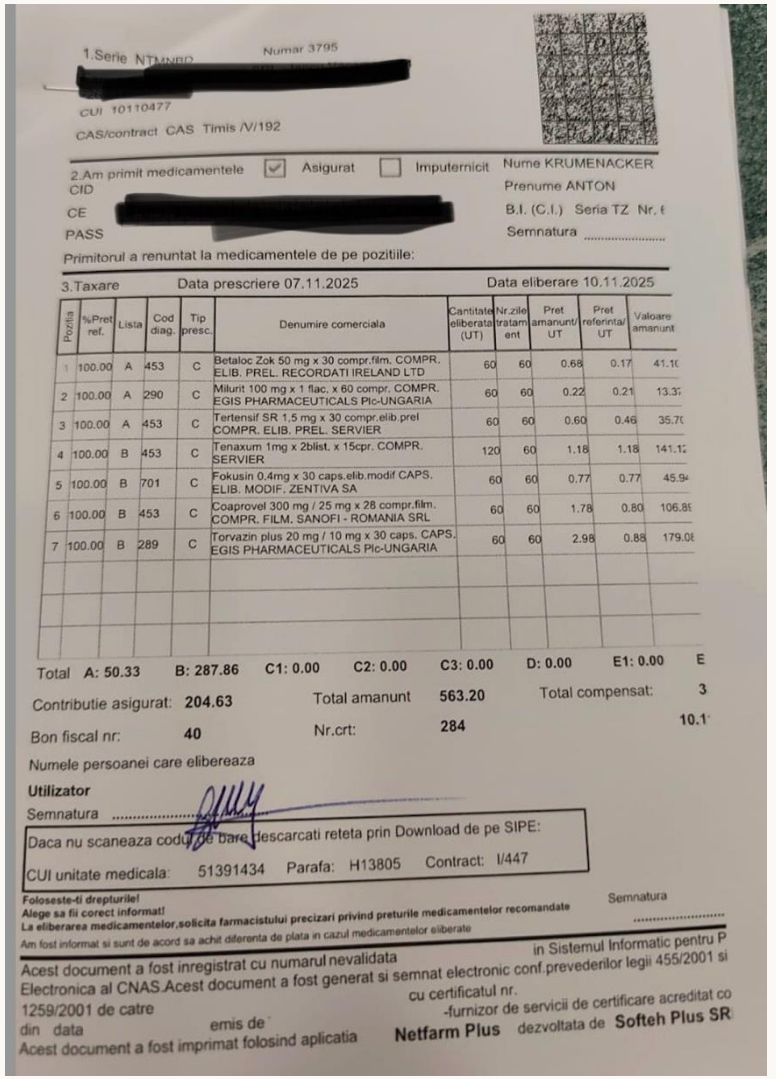
• La prescrierea pe DCI, farmacistul poate prezenta variantele eligibile și diferențele de contribuție personală.

• Produsele cu preț apropiat de prețul de referință pot reduce contribuția pacientului.

• Înlocuirea și eliberarea trebuie să respecte prescripția, regimul de eliberare și normele aplicabile.

7. Studiu de caz – citirea unei prescripții compensate

- Se identifică: tipul prescripției, categoria beneficiarului, diagnosticul/codul, DCI-ul, forma, concentrația și cantitatea.
- Se verifică: sublista/secțiunea, procentul de compensare, protocolul și valabilitatea prescripției.
- Se compară: prețul cu amănuntul, prețul de referință și contribuția pacientului.



1.Serie NTMNRD [redacted] Numar 3795

CUI 10110477

CAS/contract CAS Timis /V/192

2.Am primit medicamentele ☑ Asigurat ☐ Imputernicit

CID

CE [redacted]

PASS

Nume KRUMENACKER

Prenume ANTON

B.I. (C.I.) Seria TZ Nr. [redacted]

Semnatura .....

Primitorul a renuntat la medicamentele de pe pozitile:

3.Taxare Data prescriere 07.11.2025 Data eliberare 10.11.2025

Pozitia	%Pret ref.	Lista	Cod diag.	Tip presc.	Denumire comerciala	Cantitate eliberata (UT)	Nr.zile tratament	Pret amanunt/ UT	Pret referinta/ UT	Valoare amanunt
1	100.00	A	453	C	Betaloc Zok 50 mg x 30 compr.film. COMPR. ELIB. PREL. RECORDATI IRELAND LTD	60	60	0.68	0.17	41.1(
2	100.00	A	290	C	Milurit 100 mg x 1 flac. x 60 compr. COMPR. EGIS PHARMACEUTICALS Plc-UNGARIA	60	60	0.22	0.21	13.3
3	100.00	A	453	C	Tertensif SR 1,5 mg x 30 compr.elib.prel COMPR. ELIB. PREL. SERVIER	60	60	0.60	0.46	35.7(
4	100.00	B	453	C	Tenaxum 1mg x 2blist. x 15cpr. COMPR. SERVIER	120	60	1.18	1.18	141.1
5	100.00	B	701	C	Fokusin 0,4mg x 30 caps.elib.modif CAPS. ELIB. MODIF. ZENTIVA SA	60	60	0.77	0.77	45.9
6	100.00	B	453	C	Coaprovel 300 mg / 25 mg x 28 compr.film. COMPR. FILM. SANOFI - ROMANIA SRL	60	60	1.78	0.80	106.8
7	100.00	B	289	C	Torvazin plus 20 mg / 10 mg x 30 caps. CAPS. EGIS PHARMACEUTICALS Plc-UNGARIA	60	60	2.98	0.88	179.0

Total A: 50.33 B: 287.86 C1: 0.00 C2: 0.00 C3: 0.00 D: 0.00 E1: 0.00 E

Contributie asigurat: 204.63 Total amanunt 563.20 Total compensat: 3

Bon fiscal nr: 40 Nr.crt: 284 10.1

Numele persoanei care elibereaza

Utilizator

Semnatura .....

Daca nu scaneaza codul de bare descarcati reteta prin Download de pe SIPE:

CUI unitate medicala: 51391434 Parafa: H13805 Contract: I/447

Foloseste-ti drepturile!
Alege sa fii corect informat!
La eliberarea medicamentelor,solicita farmacistului precizari privind preturile medicamentelor recomandate
Am fost informat si sunt de acord sa achit diferenta de plata in cazul medicamentelor eliberate

Semnatura .....

Acest document a fost inregistrat cu numarul nevalidata in Sistemul Informatic pentru P
Electronica al CNAS.Acest document a fost generat si semnat electronic conf.prevederilor legii 455/2001 si
1259/2001 de catre cu certificatul nr.
din data emis de -furnizor de servicii de certificare acreditat co
Acest document a fost imprimat folosind aplicatia Netfarm Plus dezvoltata de Softeh Plus SR

Aplicație: calculul contribuției personale

- Presupunem un medicament din sublista A, cu preț de referință de 24 lei și preț de vânzare de 30 lei.

- Decontare = 90% × 24 = 21,60 lei.

- Contribuție pacient = 30 − 21,60 = 8,40 lei.

- Dacă există un produs echivalent eligibil la un preț mai mic, contribuția poate fi diferită; verificarea se face în sistemul de eliberare.

Concluzii

- Calitatea de asigurat, pachetul de servicii și eligibilitatea pentru compensare sunt noțiuni distincte.

- Procentul de compensare se raportează, în cazurile prevăzute, la prețul de referință – nu automat la prețul de vânzare.

- C1, C2 și C3 au reguli specifice; programele naționale impun verificarea normelor proprii.

- Farmacistul verifică prescripția, informează pacientul și documentează eliberarea conform legislației.

Bibliografie și bază legislativă

• Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, titlul VIII, cu modificările și completările ulterioare.

• HG nr. 720/2008 – lista medicamentelor compensate, republicată și actualizată, inclusiv prin HG nr. 121/2026.

• HG nr. 521/2023 – contractul-cadru, cu modificările ulterioare; Ordinul MS/CNAS nr. 1857/441/2023 – norme de aplicare.

• Legea nr. 141/2025 – modificări relevante pentru calitatea de asigurat și beneficiarii programelor naționale.

• Portal legislativ: legislatie.just.ro; CNAS: cnas.ro.