

PROCEDURA DE LUCRU

privind evaluarea rezultatului medical, fluxul informațiilor CNAS-CAS-furnizori de medicamente și decontarea valorii consumului de medicamente ce fac obiectul contractului cost volum rezultat aferent pacienților pentru care a fost înregistrat rezultat medical, astfel cum acesta a fost definit prin contractul cost volum rezultat nr P8920/01.10.2015

Etapa I. Responsabil – medicul curant (prescriptor) și furnizorul la care își desfășoară activitatea

1. Pentru pacienții care au parcurs întreg ciclul de tratament și pentru care s-au determinat cele 2 viremii (viremia de la sfârșitul tratamentului și viremia de la 12 săptămâni după terminarea tratamentului), **medicul curant (prescriptor)** completează fișa de evaluare a rezultatului medical în termen de **maxim trei zile lucrătoare** de la primirea rezultatului viremiei de la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului, atașează investigațiile paralele în original (cele două buletine de determinare cantitativă ARN-VHC) și voucherele aferente în original și le transmite la casa de asigurări cu care se află în relație contractuală prin intermediul furnizorului la care își desfășoară activitatea (spital, ambulator, cabinet).

2. Pentru pacienții care nu parcurs întreg ciclul de tratament, dar pentru care nu s-au determinat cele 2 viremii care evaluează rezultatul medical:

- la sfârșitul tratamentului (în intervalul ziua 85 - ziua 91 de la începerea tratamentului pentru pacienții cu o durată a terapiei de 12 săptămâni, respectiv în intervalul ziua 169 - ziua 175 de la începerea tratamentului pentru pacienții cu o durată a terapiei de 24 săptămâni)
- și/sau
- în luna în care ar fi trebuit determinată a doua viremie (în intervalul ziua 169 - ziua 175 de la începerea tratamentului pentru pacienții cu o durată a terapiei de 12 săptămâni respectiv în intervalul ziua 253 - ziua 259 de la începerea tratamentului pentru pacienții cu o durată a terapiei de 24 săptămâni)

medicul curant (prescriptor) completează formularul de instiințare privind imposibilitatea evaluării rezultatului medical și în termen de **maxim trei zile lucrătoare** de la ultima zi a intervalului de evaluare îl transmite la casa de asigurări cu care se află în relație contractuală prin intermediul furnizorului la care își desfășoară activitatea (spital, ambulator, cabinet). În situația în care pacientul a efectuat doar viremia de la sfârșitul tratamentului, la formularul de instiințare privind imposibilitatea evaluării rezultatului medical se va atașa investigația paralelă în original (buletinul de determinare cantitativă ARN-VHC) și voucherul aferent.

3. Pentru pacienții care au întrerupt ciclul de tratament, **medicul curant (prescriptor)** completează formularul de instiințare privind întreruperea tratamentului antiviral în termen de **maxim trei zile lucrătoare** de la data luării la cunoștință a întreruperii tratamentului, atașează, după caz, documentele care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigilență sau alte documente ce justifică întreruperea tratamentului și le transmite casei de asigurări asigurări cu care se află în relație contractuală prin intermediul furnizorului la care își desfășoară activitatea (spital, ambulator, cabinet).

NOTA

1. Medicii curanti vor utiliza fișa de evaluare a rezultatului medical, respectiv formularul de instiintare privind imposibilitatea evaluării rezultatului medical/ formularul de instiintare privind intreruperea tratamentului antiviral ce pot fi descărate de pe site-ul CNAS secțiunea "Informații pentru furnizori" - "Medicamente" - „Tratament fără Interferon”, formulare ce se regasesc cu denumirea: fișa de evaluare 27.05.2016 și formular de instiintare 27.05.2016.

Nu se vor accepta alte formulare decât cele publicate pe site-ul CNAS.

2. Pentru pacienții care au urmat întreg ciclul de tratament, medicul curant are obligația de a programa pacientul în vederea efectuării celor 2 viremlii, respectiv viremlia de la sfârșitul tratamentului precum și viremlia de la 12 săptămâni de la sfârșitul tratamentului, indiferent de rezultatul viremliei de la sfârșitul tratamentului.

Etapa II -Responsabil – CAS – Medic Sef

Casa de asigurări de sănătate transmite la CNAS în fiecare zi de joi a săptămânii, în atenția Comisiei de experți CNAS pentru afecțiuni hepatice, cu adresa de înaintare (conform machetei din anexa nr. 1 la prezenta procedura), în original, fișele de evaluare cu documentele menționate mai sus respectiv formularele de instiintare privind imposibilitatea evaluării rezultatului medical/ formularul de instiintare privind intreruperea tratamentului antiviral, primite la casa de asigurări de sănătate până în ziua anterioară. Pentru operativitate adresa scanată și macheta xls ce va fi denumită „centralizator_cas...data...” (ex: centralizator_CASMB_02.06.2016) se vor transmite la adresa de e-mail: irene.tudor@densan.ro

Nu se vor accepta fișe de evaluare transmise pe fax.

Casa de asigurări de sănătate se va asigura ea pentru toți pacienții care au început tratamentul antiviral există transmise de către medicii curanți fie fișe de evaluare a rezultatului medical, fie formulare de instiintare privind intreruperea tratamentului sau formulare de instiintare privind imposibilitatea evaluării rezultatului medical.

Etapa III Responsabil Comisia de experți pentru afecțiuni hepatice și secretariatul comisiei

În vederea calculării indicatorilor de rezultat, Comisia de experți pentru afecțiuni hepatice de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate evaluează rezultatul medical al fiecărui pacient inclus în terapia antivirală în baza criteriilor de evaluare a rezultatului medical.

Etapa IV- Responsabil CNAS –Direcția farmaceutica, clawback, cost volum

În termen de maxim 5 zile lucratoare de la încheierea lunii în care Comisia de experți pentru afecțiuni hepatice a analizat documentele transmise de medicii curanți prin intermediul CAS pentru pacienții incluși în tratamentul antiviral fără interferon al hepatitei cronice C și cirozei hepatice C și a evaluat rezultatul medical al acestora, CNAS va transmite CAS din centrele B, BV, BH,CJ, CT, DJ,GI, IS, SB, MS, TM și CASAOPSNAJ, pe suport hartie și electronic, centralizat, datele referitoare la:

- Prescripțiile medicale aferente pacienților care au parcurs întregul ciclu de tratament, a caror evaluare a avut loc în luna anterioară și pentru care s-a obținut rezultat medical

- Prescripțiile medicale aferente pacienților a căror evaluare a avut loc sau care ar fi trebuit să fie efectuată în luna anterioară și pentru care nu s-a obținut rezultat medical (pacienți care nu parcurs întregul ciclu de tratament și nu au răspuns viral și pacienți la care s-a întrerupt ciclul de tratament din cauza reacțiilor adverse generate de tratament)
- Prescripțiile medicale aferente pacienților a căror evaluare ar fi trebuit să fie efectuată în luna anterioară dar pentru care nu s-au efectuat determinările virale sau au întrerupt ciclul de tratament din alte motive decât cele generate de tratament.

Etapa V – responsabil CAS- Directia relatii contractuale

În termen de maxim 5 zile lucratoare de la comunicarea CNAS, CAS va aduce la cunostinta farmaciilor ce au eliberat medicamentele ce fac obiectul contractului cost volum rezultat, cumulat pe fiecare furnizor in parte, prescripțiile medicale ce urmeaza să fie decontate din FNUASS și pentru care se va întocmi o singura factura și prescripțiile medicale pentru care DAPP suportă integral valoarea consumului de medicamente, conform prevederilor art 12 alin (8) din OUG nr 77/2011 cu modificările și completările ulterioare.

Etapa VI – Responsabil – furnizorii de medicamente

Pana la termenul prevazut in contract, furnizorii de medicamente vor depune la CAS factura aferenta conform datelor puse la dispozitie de CAS.

Etapa VII – Responsabil CAS

În termen de 60 de zile de la validarea facturii, aceasta se deconteaza din FNUASS.