

CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

ORDIN

pentru modificarea Ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 822/2015 privind aprobarea regulamentelor de organizare și funcționare ale comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru avizarea tratamentului cu anumite DCI-uri prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare, utilizate în cadrul unor programe naționale de sănătate curative, respectiv subprograme de sănătate curative, precum și pentru anumite boli cronice, finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate

Având în vedere:

- art. 56 și 278 alin. (1) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările ulterioare;
- art. 5 alin. (1) pct. 25 și 26, art. 8, art. 18 pct. 17 și art. 37 din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- Referatul de aprobare al Directorului General al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr./.....2016;

În temeiul dispozițiilor:

- art. 291 alin.(2) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, republicată, cu modificările ulterioare
- art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurari de Sanatate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificarile si completarile ulterioare;

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul

ORDIN

Art. I

Anexa 1 la Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 822/2015 privind aprobarea regulamentelor de organizare și funcționare ale comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru avizarea tratamentului cu anumite DCI-uri prevăzute în Hotărârea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzând denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor de care beneficiază asigurații, cu sau fără contribuție personală, pe bază de prescripție medicală, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, precum și denumirile comune internaționale corespunzătoare medicamentelor care se acordă în cadrul programelor naționale de sănătate, cu modificările și completările ulterioare,

utilizate în cadrul unor programe naționale de sănătate curative, respectiv subprograme de sănătate curative, precum și pentru anumite boli cronice, finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, se modifică și se înlocuiește cu Anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. II

Membrii comisiilor de experți și direcțiile de specialitate din cadrul CNAS vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. III

Prezentul ordin se publică în Monitorul Oficial al României, Partea I.

**PREȘEDINTE,
Vasile Ciurchea**

**Director General
Ec. Radu Țibichi**

**Medic Șef
Dr. Mihaela Ion**

**Director Direcția Programe Curative
Dr. Oana Costan**

**Aviz de legalitate nr.....
Director Direcția Juridic și Contencios Administrativ
Cj. Liliana Mihai**

REGULAMENT DE ORGANIZARE ȘI FUNCȚIONARE
a comisiilor de experți ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru implementarea Programului național de oncologie și pentru monitorizarea activă a terapiilor specifice oncologice

A. Tratamentul bolnavilor cu afecțiuni oncologice

1. Comisia de experți a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru implementarea Programului național de oncologie – Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afecțiuni oncologice, constituită din Subcomisia de oncologie medicală adulți, Subcomisia de hematologie adulți și Subcomisia de hematologie și oncologie pediatrică, denumită în continuare Comisie, are următoarele atribuții:

a) emite decizii de avizare/neavizare (se specifică motivele neincluzerii în tratament) a inițierii și/sau continuării tratamentelor cu medicamente care se eliberează cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS), în conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății. Durata de valabilitate a tratamentului este înscrisă pe decizie; Comisia nu emite aprobări de terapie retroactive;

b) elaborează criterii de prioritizare a pacienților eligibili în vederea includerii în tratament, după caz;

c) elaborează rapoarte trimestriale care conțin numărul pacienților intrați în tratament și numărul pacienților aflați în tratament, pe scheme terapeutice;

d) elaborează și actualizează, ori de câte ori este nevoie, documentele și circuitul acestora, astfel încât să se asigure funcționarea adecvată a Comisiei.

2. În vederea îndeplinirii atribuțiilor sale, Comisia va avea întâlniri astfel:

a) Subcomisia de oncologie medicală adulți și Subcomisia de hematologie adulți - întâlniri lunare la sediul CNAS și, după caz, întâlniri extraordinare la convocarea președintelui Comisiei sau a președintelui CNAS.

b) Subcomisia de hematologie și oncologie pediatrică – întâlniri la nevoie, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la primirea prin fax a dosarelor pacienților și, după caz, întâlniri extraordinare la convocarea președintelui Comisiei sau a președintelui CNAS; întâlnirile au loc la sediul CNAS

3. Comisia elaborează formularul-tip al deciziilor de avizare/neavizare pentru tratament.

4. Fiecare membru al Comisiei are drept de vot, dar nu și de veto.

5. Circuitul documentelor:

a) casele de asigurări de sănătate au obligația și responsabilitatea să transmită la CNAS referatele completate ale pacienților, în vederea aprobării inițierii și/sau continuării tratamentului solicitat;

b) documentele medicale vor fi transmise de casele de asigurări de sănătate la CNAS astfel:

b1) pentru pacienții adulți prin poștă/fax (cazuri motivate) în timp util (în primele 10 zile calendaristice ale fiecărei luni), având: număr de înregistrare, adresa de înaintare cu antetul casei de asigurări de sănătate respective și tabel centralizator al referatelor, astfel încât în urma acestui demers toți pacienții să fie luați în evidență atât în teritoriu, cât și la CNAS;

b2) pentru pacienții copii prin fax în primele 2 zile lucrătoare și prin poștă în primele 7 zile calendaristice de la primirea documentelor de către casa de asigurări de sănătate, având: număr de înregistrare, adresa de înaintare cu antetul casei de asigurări de sănătate respective și tabel centralizator al referatelor, astfel încât în urma acestui demers toți pacienții să fie luați în evidență atât în teritoriu, cât și la CNAS;

c) dosarele pacienților pentru inițierea tratamentului trebuie să conțină referatul de justificare, parafat și semnat de medicul curant, validat de medicul coordonator, investigațiile care susțin

diagnosticul și evoluția bolii și consimțământul scris al acestuia pentru tratamentul propus pentru pacienții adulți, respectiv al parintelui/reprezentantului legal pentru pacienții copii;

d) pentru dosarele incomplete, întreaga responsabilitate pentru lipsa de acoperire a rețelei revine în exclusivitate medicului curant și caselor de asigurări de sănătate în evidența cărora se află pacienții;

e) în baza tabelelor centralizatoare emise de către Comisie, care conțin situația pacienților evaluați în ședință, fiecare casă de asigurări de sănătate va elabora decizia individuală a pacientului (avizare/neavizare, după caz) care va conține și eventualele observații/solicitări ale Comisiei și, de asemenea, va informa medicul curant asupra deciziei referitoare la pacientul evaluat pentru care acesta a trimis propunerea de inițiere/continuare de tratament; casa de asigurări de sănătate elaborează deciziile individuale în primele 2 zile lucrătoare de la primirea tabelelor centralizatoare emise de Comisie.

6. Secretariatul Comisiei întocmește referatele de repartizare a sumelor aferente contractelor de tip cost-volum pentru medicamente oncologice, cu încadrarea în bugetul aprobat cu această destinație.

B. Monitorizarea activă a terapiilor specifice oncologice

1. Comisia de experți a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru implementarea Programului național de oncologie - Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT, constituită din Subcomisia pentru monitorizarea activă a terapiilor specifice oncologice la adulți și Subcomisia pentru monitorizarea activă a terapiilor specifice oncologice la copii, denumită în continuare Comisie, are următoarele atribuții:

a) analizează dosarul fiecărui bolnav, transmis de casele județene de asigurări de sănătate, în vederea aprobării efectuării examinării PET-CT (Positron Emission Tomography/Computed Tomography);

b) emite decizii de avizare/neavizare a efectuării examinării PET-CT, în conformitate cu criteriile de eligibilitate cuprinse în Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT, a căror valabilitate începe la data emiterii acestora. Deciziile de avizare au o valabilitate de 45 de zile. Nu se emit decizii cu valabilitate retroactivă;

c) elaborează rapoarte trimestriale care conțin numărul dosarelor examinate, numărul dosarelor aprobate și numărul de rezultate transmise de fiecare furnizor care derulează programul;

d) elaborează circuitul documentelor care să asigure funcționarea adecvată a Comisiei.

e) răspunde la petițiile petenților referitor la investigația PET-CT.

2. În vederea îndeplinirii atribuțiilor sale, Comisia va avea întâlniri astfel:

a) Subcomisia pentru monitorizarea activă a terapiilor specifice oncologice la adulți – întâlniri lunare, la sediul CNAS și, după caz, întâlniri extraordinare la convocarea președintelui Comisiei sau a președintelui CNAS;

b) Subcomisia pentru monitorizarea activă a terapiilor specifice oncologice la copii - întâlniri la nevoie, în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la primirea prin fax a dosarelor pacienților și, după caz, întâlniri extraordinare la convocarea președintelui Comisiei sau a președintelui CNAS; întâlnirile au loc la sediul CNAS.

3. Fiecare membru al Comisiei are drept de vot, dar nu și de veto.

4. Circuitul documentelor:

a) documentul principal îl reprezintă referatul de justificare, completat de medicul curant oncolog/hematolog, cu respectarea criteriilor de eligibilitate cuprinse în Subprogramul de monitorizare a evoluției bolii la pacienții cu afecțiuni oncologice prin PET-CT, avizat și parafat de coordonatorul de program de la nivelul județului respectiv sau din centrul universitar, după caz;

b) dosarele pacienților pentru avizarea efectuării examinării PET- CT trebuie să conțină:

b1) pentru pacienții adulți: referatul de justificare, investigațiile care susțin diagnosticul și evoluția bolii, consimțământul pacientului și copia actului de identitate;

b2) pentru pacienții copii: referatul de justificare, investigațiile care susțin diagnosticul și evoluția bolii, consimțământul părintelui/reprezentantului legal, copia actului de identitate al părintelui/reprezentantului legal și copia actului de identitate al copilului (certificat de naștere/carte de identitate);

c) dosarele se depun la casele de asigurări de sănătate, care le transmit la CNAS astfel:

c1) pentru pacienții adulți, prin poștă, cu 7 zile calendaristice înainte de următoarea întâlnire a comisiei comunicată de CNAS, cu adresă de înaintare înregistrată la casa de asigurări de sănătate și însoțită de tabelul centralizator al dosarelor înaintate;

c2) pentru pacienții copii, prin fax și poștă în primele 2 zile lucrătoare de la primirea acestora de către casele de asigurări de sănătate, cu adresă de înaintare înregistrată la casa de asigurări de sănătate și însoțită de tabelul centralizator al dosarelor înaintate;

d) pentru dosarele incomplete sau care nu respectă criteriile de eligibilitate și sunt respinse de drept, întreaga responsabilitate revine în exclusivitate medicului curant și caselor de asigurări de sănătate în evidența cărora se află pacienții;

e) Comisia analizează în sesiuni ordinare sau extraordinare dosarele depuse și emite decizii de avizare/neavizare (se specifică motivele respingerii) a efectuării explorării;

f) decizia este transmisă de CNAS către casele de asigurări de sănătate în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la aprobare;

g) decizia este comunicată pacientului de către casa de asigurări de sănătate care a înregistrat dosarul, în primele 2 zile lucrătoare de la primirea unei copii a acesteia de la Comisie;

h) pacientul se programează la furnizor și efectuează examinarea, după care prezintă rezultatul, în original și în copie, medicului oncolog/hematolog care a întocmit referatul;

i) furnizorul este obligat să transmită lunar la CNAS, în format electronic, centralizatorul investigațiilor efectuate.