

ORDIN Nr. 507/2015 din 20 iulie 2015

pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii

Text în vigoare începând cu data de 30 iunie 2021

REALIZATOR: COMPANIA DE INFORMATICĂ NEAMȚ

Text actualizat prin produsul informatic legislativ LEX EXPERT în baza actelor normative modificatoare, publicate în Monitorul Oficial al României, Partea I, până la 30 iunie 2021.

Act de bază

#B: Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 507/2015, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 656 din 31 august 2015

Acte modificatoare

#M4: Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 636/2021

#M3: Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 854/2020

#M2: Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 538/2020

#M1: Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 886/2016

Modificările și completările efectuate prin actele normative enumerate mai sus sunt scrise cu font italic. În fața fiecărei modificări sau completări este indicat actul normativ care a efectuat modificarea sau completarea respectivă, în forma #M1, #M2 etc.

#B

Văzând Referatul de aprobare nr. DG 1.252 din 13 iulie 2015 al directorului general al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate,

având în vedere art. 48 alin. (1) și (3) din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anii 2015 și 2016, Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările ulterioare,

în temeiul art. 281 alin. (2) din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare, și al art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 972/2006, cu modificările și completările ulterioare,

președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate emite următorul ordin:

ART. 1

Se aprobă Normele privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, prevăzute în anexa care face parte integrantă din prezentul ordin.

ART. 2

Direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și Casa Asigurărilor de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, precum și furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, vor duce la îndeplinire prevederile prezentului ordin.

ART. 3

La data intrării în vigoare a prezentului ordin se abrogă Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 698/2010 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de

decontare a serviciilor de dializă, contractate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 623 din 3 septembrie 2010, cu modificările și completările ulterioare.

ART. 4

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

ANEXĂ

NORME

privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de casele de asigurări de sănătate cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii

1. Dispoziții generale

1.1. Serviciile de dializă pentru bolnavii cu insuficiență renală cronică în stadiu uremic se decontează în baza contractelor încheiate de casele de asigurări de sănătate județene, a municipiului București și Casa de Asigurări de Sănătate a Apărării, Ordinii Publice, Siguranței Naționale și Autorității Judecătorești, denumite în continuare case de asigurări de sănătate, cu furnizorii de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, denumiți în continuare furnizori, după cum urmează:

- a) furnizori publici;
- b) furnizori privați.

1.2. Serviciile de dializă sunt:

- a) servicii de hemodializă: hemodializa convențională și hemodiafiltrarea intermitentă on-line;
- b) servicii de dializă peritoneală: continuă și automată.

1.3. Serviciile de dializă cuprind:

a) serviciul de hemodializă convențională și hemodiafiltrarea intermitentă on-line: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator specifice, toate cheltuielile necesare realizării serviciului medical de hemodializă și transportului nemedicalizat al bolnavilor de la domiciliul bolnavilor la unitatea sanitară și retur, excepție făcând copiii cu vârsta cuprinsă între 0 și 18 ani și persoanele cu vârsta de peste 18 ani cu nanism care nu pot fi preluați în centrele de dializă de adulți, pentru care, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transportului sanitar, în condițiile stabilite prin normele metodologice de aplicare a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) serviciul de dializă peritoneală continuă și automată: medicamente și materiale sanitare specifice, investigații de laborator specifice și transportul lunar al medicamentelor și materialelor sanitare specifice dializei peritoneale la domiciliul pacienților.

1.4. În calitate de parte contractantă de servicii de dializă, casele de asigurări de sănătate sunt obligate să nominalizeze un număr adecvat de persoane care vor analiza, verifica și valida declarațiile de servicii lunare, cu respectarea confidențialității datelor [centralizatorul și desfășurătorul privind evidența după CNP a bolnavilor cu insuficiență renală cronică (IRC) în stadiu uremic, beneficiari de servicii de dializă, în centrele de dializă ale furnizorilor publici și privați, precum și sumele aferente], ale furnizorului de servicii de dializă pentru fiecare centru de dializă. Aceste persoane vor fi nominalizate prin decizie a președintelui-director general al casei de asigurări de sănătate. Numele persoanelor responsabile vor fi comunicate Direcției programe curative din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu mențiunea ca orice modificare ulterioară a acestora să fie comunicată.

#M1

1.5. La nivelul centrelor de dializă se acordă servicii de hemodializă atât bolnavilor aflați constant în evidență, în limita a 156 de ședințe/an*) pentru tratamentul continuu, cât și bolnavilor tratați temporar (bolnav temporar), precum și servicii de dializă peritoneală bolnavilor aflați constant în evidență, cât și

celor tratați temporar (bolnav temporar).

#B

1.6. Bolnavul constant este bolnavul tratat prin dializă pentru IRC în stadiu uremic, care necesită tratament substitutiv renal ($FG < 15 \text{ ml/min./1,73 mp}$), înregistrat în Registrul de evidență a bolnavilor dializați al unui centru de dializă, în care bolnavul beneficiază de ședințe de hemodializă mai mult de 6 săptămâni.

1.7. Bolnavul temporar este bolnavul tratat prin dializă într-un centru de dializă pentru mai puțin de 6 săptămâni, respectiv:

a) bolnavul hemodializat pentru IRC în stadiu uremic, înregistrat în Registrul de evidență a bolnavilor dializați al unui alt centru de dializă, transferat temporar, cu respectarea condițiilor și formalităților de transfer prevăzute în Regulamentul de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare;

b) bolnavul titular al cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială, precum și bolnavii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale.

1.8. Bolnavul nou-inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică este bolnavul la care inițierea tratamentului (primele 6 - 12 ședințe de hemodializă, respectiv primele 14 - 21 de zile de tratament prin dializă peritoneală) s-a realizat într-o unitate sanitară cu paturi, în condițiile Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, aprobat prin Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004, cu modificările ulterioare, aflată în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate. Incluziunea bolnavilor noi în program se realizează cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut și în bugetul aprobat pentru Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, cu respectarea criteriilor de calitate prevăzute în normele de dializă.

1.9. Bolnavul nou poate fi inclus în evidența unui centru de dializă pe un post vacantat prin ieșirea din Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică (transplant renal, deces sau alte cauze de ieșire din program) a unui bolnav constant sau pe un loc liber creat prin transferul definitiv al unui bolnav constant într-un alt centru care are un loc vacantat, cu încadrarea în numărul total de bolnavi contractat pe tipuri de servicii de dializă și în valoarea de contract, cu respectarea prevederilor ordinului președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind aprobarea normelor tehnice de realizare a programelor naționale curative.

1.10. În cazul în care un bolnav constant al unui centru de dializă își exprimă adevărată dorință de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza prin încheierea unui act adițional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, și de majorare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant, respectiv cu modificarea corespunzătoare a prevederilor bugetare.

1.11. În cadrul raportării lunare de servicii de dializă, bolnavul nou-inclus în evidența unui centru de dializă va fi raportat de centrul de dializă în care urmează să fie tratat constant, trecând în tabelele prevăzute în anexele A și B, la rubrica Observații: "N", un set minim de informații referitoare la bolnav (data inițierii tratamentului de dializă și centrul în care s-a făcut inițierea, centrul de la care provine, după caz, data intrării în centru, modalitatea de includere în centru, după caz). Furnizorii de servicii de dializă vor notifica casele de asigurări de sănătate despre aceste situații la sfârșitul perioadei de raportare.

1.12. În situații justificate (un centru de dializă nu mai îndeplinește condițiile pentru furnizare de servicii de dializă în sistemul de asigurări sociale de sănătate, schimbarea domiciliului unui bolnav inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică), furnizorii de servicii de dializă pot solicita majorarea, respectiv diminuarea volumului estimat de servicii de dializă și a valorii de contract, notificând în acest sens casele de asigurări de sănătate despre aceste situații. Părțile pot

conveni să majoreze/diminueze volumul estimat de servicii de dializă și valoarea de contract prin încheierea unui act adițional, cu încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinși în Programul național de suplerea a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație prin buget, în anul în curs. Casele de asigurări de sănătate vor informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații justificate. Actul adițional se încheie în urma analizei de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și cu avizul acesteia, trimestrial sau, după caz, prin diminuarea volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a fost bolnav constant, și majorarea volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate, cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul a devenit bolnav constant.

1.13. Bolnavii noi care nu au fost incluși în centre pe locuri vacante vor fi raportați de către furnizori, iar casele de asigurări de sănătate nu vor deconta serviciile prestate pentru acești bolnavi decât după ce vor încheia acte adiționale, numai cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

1.14. Bolnavii nou-incluși în evidența unui centru de dializă se raportează la Registrul renal român, în termen de 48 de ore, cu obligativitatea înștiințării Registrului renal român despre orice modificare survenită ulterior (devine bolnav constant, transfer în alt centru, deces, trecere la alt tip de dializă, transplant, pierdere din evidență etc.).

1.15. În cazul în care în centrul de dializă sunt tratați bolnavi transferați temporar, aceștia vor fi cuprinși în raportarea lunară a centrului de dializă la care s-au transferat, urmând ca, trimestrial sau după caz, să fie întocmit un act adițional de diminuare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate contractate cuprinse în contractul încheiat cu furnizorul la care bolnavul beneficiază de servicii ca bolnav constant. Sumele diminuate trebuie să fie aferente volumului de servicii de care a beneficiat bolnavul pe perioada transferului temporar în alt centru de dializă și trebuie alocate, prin act adițional de majorare a volumului de servicii estimat contractat și a valorii estimate de contract, centrului la care s-a transferat.

1.16. Regularizarea trimestrială sau după caz se efectuează la nivel național de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

1.17. La regularizarea trimestrială sau după caz, prin acte adiționale la contractele încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizori se pot realiza: plata bolnavilor transferați definitiv, plata pentru bolnavii transferați temporar și plata pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări de sănătate emis de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană, în perioada de valabilitate a cardului, respectiv beneficiarii formularelor/documentelor europene emise în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004, precum și bolnavii din alte state cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, în condițiile prevăzute de respectivele documente internaționale, urmând să întocmească ulterior formularele specifice și să le transmită spre decontare, prin intermediul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, instituțiilor competente din statele ai căror asigurați sunt, cu încadrarea în bugetul alocat programului.

1.18. Pentru regularizarea serviciilor de dializă, casele de asigurări de sănătate vor transmite, spre analiză, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, în primele 20 de zile lucrătoare ale lunii următoare perioadei pentru care se face raportarea, date referitoare la bolnavii transferați temporar, numărul de locuri vacante și numărul suplimentar de bolnavi (nou-inițiați, transferați definitiv de la alte centre), pe CNP/CID/număr card european/număr formular european/ număr pașaport, pentru fiecare terapie contractată, distinct, pe fiecare unitate cu care este în contract.

1.19. Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după analiza datelor, va transmite caselor de asigurări de sănătate volumul de servicii estimat și valoarea estimată contractată, urmând ca acestea să încheie acte adiționale de regularizare.

#M1

1.20. Anual se poate efectua regularizarea serviciilor de dializă realizate și validate de casele de asigurări de sănătate pentru bolnavii constanți ai centrului, în limita a 156 de ședințe/an*).

#CIN

*) Reproducem mai jos prevederile art. II din Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 886/2016 (#M1).

#M1

"ART. II

Pentru anul 2016, acordarea serviciilor de hemodializă și regularizarea acestora se vor efectua în limita de 153/ședințe/an și se vor calcula astfel:

- 152/ședințe/an împărțit la 12 luni înmulțit cu 9 luni la care se adaugă 156/ședințe/an împărțit la 12 luni înmulțit cu 3 luni, potrivit următoarei formule: $(152 / 12 * 9) + (156 / 12 * 3)$."

#M2

1.21. Pe perioada stării de urgență, pentru unitățile de specialitate care acordă servicii de dializă în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică, se vor deconta toate serviciile efectiv realizate bolnavilor constanți ai unității sanitare, bolnavilor transferați temporar, precum și bolnavilor tratați suplimentar față de contract, în limita creditului de angajament alocat/contractat pe tip de servicii de dializă la nivelul casei județene de asigurări de sănătate, cu acordul casei naționale de asigurări de sănătate.

1.22. În vederea regularizării trimestriale casele de asigurări de sănătate vor transmite, spre analiză, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate date referitoare la bolnavii transferați temporar, bolnavii tratați suplimentar, numărul de locuri vacante și numărul de servicii validate și rămase nedecontate, pe CNP/CID/număr card european/număr formular european/număr pașaport, pentru fiecare terapie contractată, distinct, pe fiecare unitate cu care este în contract.

1.23. Regularizarea se va face cu încadrarea în numărul de bolnavi prevăzut la nivel național, urmând ca după analiza datelor Casa Națională de Asigurări de Sănătate să transmită caselor de asigurări de sănătate volumul de servicii estimat și valoarea estimată contractată, pentru ca acestea să încheie acte adiționale de regularizare.

#M3

1.24. Prin excepție de la pct. 1.7, pe perioada stării de alertă, bolnavul beneficiar de tratament în cadrul Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică poate fi transferat temporar dintr-o unitate în alta pe o perioadă de până la 12 săptămâni, cu posibilitatea de prelungire automată, dar și în intervalul de timp următor, atât timp cât vor mai apărea cazuri pozitive cu SARS-CoV-2 la acești bolnavi sau la personalul medical și auxiliar din unitățile de dializă.

#B

2. Raportarea serviciilor de dializă

2.1. Furnizorii vor transmite lunar caselor de asigurări de sănătate, în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară [centralizatorul și desfășuratorul privind evidența după CNP a bolnavilor cu IRC în stadiu uremic ($FG < 15 \text{ ml/min./1,73 mp}$), tratați prin dializă în centrele de dializă, precum și sumele aferente], în formatul prevăzut în anexele A și B. Documentele se certifică pentru exactitatea și realitatea datelor raportate prin semnătura electronică a reprezentanților legali.

2.2. Documentele menționate la subpct. 2.1 se vor realiza în baza evidențelor tehnico-operative de la nivelul centrelor de dializă și se vor transmite în format electronic la casele de asigurări de sănătate lunar, în primele 5 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

2.3. Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la subpct. 2.1 exonerează casele de asigurări de sănătate de obligația plății pentru luna respectivă.

2.4. Nerespectarea de către furnizori a termenului menționat la subpct. 2.2, precum și existența unor erori în raportare vor atrage decalarea termenului de plată cu un număr de zile lucrătoare egal cu numărul zilelor cu care furnizorul a depășit termenul, respectiv până la raportarea corectă.

2.5. Casele de asigurări de sănătate, în primele 5 zile lucrătoare de la primirea raportărilor, vor verifica numărul de bolnavi contractați, respectarea volumului de servicii estimat prevăzut în contract și încadrarea în valoarea estimată contractată pe tip de serviciu de dializă: hemodializă și dializă peritoneală.

2.6. După aplicarea prevederilor subpct. 2.5, casele de asigurări de sănătate vor notifica, în scris, furnizorilor observațiile lor, după cum urmează:

- valoarea totală a serviciilor validate (numărul de servicii de hemodializă convențională validate și suma

aferentă acestora, numărul de servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line validate și suma aferentă acestora, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă validați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi și numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată validați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi);

- valoarea totală a serviciilor invalidate (numărul de servicii de hemodializă convențională invalidate și suma aferentă acestora, numărul de servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line invalidate și suma aferentă acestora, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă invalidați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi, numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată invalidați și valoarea serviciilor aferente acestor bolnavi).

Notificarea va fi semnată de către:

- președinte-director general;
- directorul executiv relații contractuale/cu furnizorii;
- medicul-șef;
- persoana care întocmește documentul.

2.7. Furnizorii, în baza notificărilor primite de la casele de asigurări de sănătate, emit facturi pe care le transmit în format electronic la casele de asigurări de sănătate.

3. Controlul raportării serviciilor de dializă

3.1. Controlul serviciilor de dializă raportate de furnizori se realizează de casele de asigurări de sănătate trimestrial, la centrele de dializă, până la data de 15 a lunii următoare trimestrului pentru care se face controlul.

3.2. Controlul va urmări, în principal, următoarele:

- a) acuratețea și validarea datelor colectate și raportate;
- b) eventuale disfuncționalități;
- c) respectarea atât a criteriilor medicale de calitate prevăzute în normele de dializă, cât și a criteriilor de calitate a serviciilor de dializă;
- d) orice alte date relevante, inclusiv date prevăzute în Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările ulterioare.

3.3. În urma fiecărui control efectuat la furnizorii de dializă se va întocmi un raport care va fi transmis Direcției generale monitorizare, control și antifraudă din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

3.4. Controlul anual se va efectua până la data de 15 februarie a anului următor.

4. Decontarea serviciilor de dializă

4.1. Casele de asigurări de sănătate decontează lunar contravaloarea serviciilor de dializă realizate în luna anterioară lunii în care se face decontarea, doar pentru bolnavii contractați, în conformitate cu termenii contractuali, cu excepția serviciilor de inițiere a tratamentului, care nu se decontează din suma aprobată Programului național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică.

4.2. Decontarea se face, după caz, prin tarif/ședință de hemodializă convențională sau tarif/ședință de hemodiafiltrare intermitentă on-line, în funcție de numărul de ședințe efectuate, și, respectiv, tarif/bolnav cu dializă peritoneală continuă/an sau tarif/bolnav cu dializă peritoneală automată/an, tratat continuu o lună completă, înmulțit cu 1/12 (o douăsprezecime).

4.3. Suma decontată lunar se calculează astfel: (i) numărul ședințelor de hemodializă convențională înmulțite cu tariful hemodializei convenționale; (ii) numărul ședințelor de hemodiafiltrare intermitentă on-line înmulțite cu tariful hemodiafiltrării intermitente on-line; (iii) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale continue tratați înmulțit cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale continue; și (iv) numărul bolnavilor supuși dializei peritoneale automate tratați înmulțit cu 1/12 (o douăsprezecime) din tariful dializei peritoneale automate, cu următoarele excepții:

4.3.1. bolnavul tratat prin ambele tipuri de servicii de dializă (hemodializă și dializă peritoneală), la care numărul de zile în care s-au efectuat ședințe de hemodializă (plătite la tarif/ședință) se scade din numărul de zile din lună în care a efectuat dializă peritoneală (tariful dializei peritoneale pe an/365 x nr. zile cu

dializă peritoneală);

4.3.2. bolnavul care începe tratamentul de dializă peritoneală în altă zi decât data de întâi a lunii, pentru care tariful dializei peritoneale devine tarif/bolnav/zi și se calculează astfel: tariful dializei peritoneale/an împărțit la 365 de zile x numărul de zile în care s-a efectuat dializa peritoneală;

4.3.3. bolnavul cu dializă peritoneală care decedează în decursul lunii de tratament, pentru care tariful dializei peritoneale devine tarif/bolnav/zi și se calculează astfel: tariful dializei peritoneale/an împărțit la 365 de zile x numărul de zile în care s-a efectuat dializa peritoneală;

4.3.4. bolnavul cu hemodializă care schimbă tipul de hemodializă în cursul lunii va fi decontat prin tariful/ședință aferent fiecărui tip de hemodializă efectuat, cu încadrarea în numărul de ședințe de hemodializă și în valoarea de contract pentru hemodializă;

4.3.5. bolnavul cu dializă peritoneală care schimbă tipul de dializă peritoneală în cursul lunii va fi decontat prin tariful/bolnav/zi aferent tipului de dializă peritoneală efectuat, cu încadrarea în valoarea de contract pentru dializă peritoneală;

#M4

4.3.6. *) nu sunt decontate ședințele de hemodiafiltrare intermitentă on-line și nici zilele de dializă peritoneală automată efectuate bolnavilor, decât pentru un număr de maximum 15% din totalul bolnavilor dializați pe tipuri de servicii de dializă (maximum 15% din totalul bolnavilor hemodializați, respectiv maximum 15% din totalul bolnavilor cu dializă peritoneală) și cu încadrarea în numărul total de bolnavi aprobat prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

#CIN

*) În textul actualizat, punctul 4.3.6 este reprodus astfel cum a fost modificat prin art. I din Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 636/2021 (#M4). Anterior modificării, punctul 4.3.6 mai conținea două paragrafe. În actul modificator legiuitorul nu face nicio precizare cu privire la cele două paragrafe.

Reproducem mai jos punctul 4.3.6 în forma în vigoare anterior modificării efectuate prin art. I din Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 636/2021 (#M4).

"4.3.6. nu sunt decontate ședințele de hemodiafiltrare intermitentă on-line și nici zilele de dializă peritoneală automată efectuate bolnavilor, decât pentru un număr de maximum 7% din totalul bolnavilor dializați pe tipuri de servicii de dializă (maximum 7% din totalul bolnavilor hemodializați, respectiv maximum 7% din totalul bolnavilor cu dializă peritoneală) și cu încadrarea în numărul de bolnavi cu hemodiafiltrare intermitentă on-line, respectiv în numărul de bolnavi cu dializă peritoneală automată, aprobat prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Hemodiafiltrarea intermitentă on-line este indicată următoarelor categorii de bolnavi:

a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei ($eKt/V \geq 1,4$ sau fosfatemie $< 5,5$ mg/dl) nu pot fi atinse 3 luni consecutiv;

b) bolnavi tineri cu șanse mari de supraviețuire prin dializă, dar cu șanse mici de transplant renal;

c) bolnavi cu polineuropatie "uremică" în ciuda tratamentului eficient prin hemodializă convențională;

d) bolnavi cu comorbidități cardiovasculare sau cu diabet zaharat.

Dializa peritoneală automată este indicată următoarelor categorii de bolnavi dializați peritoneal:

a) bolnavi la care țintele de eficiență a dializei peritoneale continue ambulatorii ($Kt/V_{uree} < 1,7$; clearance creatinină 60 l/săptămână ori ultrafiltrat < 1.000 ml/24 de ore sau absent ori negativ după un schimb de 4 ore cu dextroză 4,25%) nu pot fi atinse 3 luni consecutiv;

b) copii preșcolari la care hemodializa și dializa peritoneală continuă ambulatorie sunt dificil de aplicat din punct de vedere tehnic și cu multiple posibile accidente și complicații;

c) bolnavi cu hernii sau eventrații abdominale, care nu suportă presiunea intraabdominală crescută din DPCA;

d) bolnavi dializați care pot și vor să urmeze studiile școlare și universitare;

e) bolnavi dializați care pot și vor să presteze activitate profesională;

f) bolnavi cu dizabilități care nu își pot efectua schimburile manuale de dializă peritoneală continuă ambulatorie și la care familia sau asistența la domiciliu poate efectua conectarea și deconectarea la/de la aparatul de dializă peritoneală automată;"

#B

4.3.7. serviciile de dializă se decontează numai în limita fondurilor contractate pe tip de servicii de dializă: hemodializă și dializă peritoneală;

4.3.8. la regularizarea anuală, în condițiile în care valoarea serviciilor de dializă realizate pe un tip de terapie este mai mică decât valoarea estimată contractată, decontarea se poate face, indiferent de tipul de serviciu de dializă: hemodializă sau dializă peritoneală, pentru bolnavii constanți ai centrului, cu încadrarea în valoarea totală de contract.

4.4. Furnizorul are obligația de a nominaliza la rubrica "Cumpărător" din factură, pe lângă casele de asigurări de sănătate, în calitate de achizitor, și centrul de dializă, în calitate de beneficiar.

Datele de identificare ale furnizorilor trebuie să corespundă cu cele din contract.

Rubrica "Descrierea produselor" se va completa cu "servicii de hemodializă convențională", "servicii de hemodiafiltrare intermitentă on-line", respectiv "servicii de dializă peritoneală continuă", "servicii de dializă peritoneală automată", valoarea serviciilor exprimată în lei la tarifele prevăzute în actele normative în vigoare, precum și numărul contractului încheiat cu casele de asigurări de sănătate.

4.5. Suma decontată lunar va corespunde cu:

4.5.1. suma transmisă prin notificare pentru hemodializă (hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line), în concordanță cu numărul ședințelor prestate, verificate și validate înmulțit cu tariful/ședință de hemodializă (hemodializă convențională, hemodiafiltrare intermitentă on-line);

4.5.2. suma transmisă prin notificare pentru dializă peritoneală (dializă peritoneală continuă, dializă peritoneală automată), în concordanță cu numărul pacienților supuși dializei peritoneale, calculată conform subpct. 4.2 și 4.3.

4.6. Contractele pentru serviciile de dializă se încheie după aprobarea bugetului anual al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate.

4.7. Dacă bugetul anual al Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate nu a fost aprobat cu cel puțin 3 zile înainte de 31 decembrie, caz în care limitele de cheltuieli nu pot depăși 1/12 din prevederile bugetare ale anului precedent, se încheie acte adiționale de prelungire a contractelor existente, în limita creditelor bugetare aprobate cu această destinație, conform prevederilor legale în vigoare.

5. Contabilitatea operațiunilor rezultate din executarea contractelor încheiate

5.1. Contabilitatea operațiunilor rezultate din contractele încheiate de furnizori se ține utilizându-se următoarele conturi:

- 628 "Alte cheltuieli cu servicii executate de terți";
- 401 "Furnizori";
- 7705 "Finanțarea din bugetul FNUASS".

5.2. Înregistrările contabile ocazionate de derularea operațiunilor rezultate din executarea contractelor încheiate cu furnizorii sunt următoarele:

- a) primirea facturilor lunare și înregistrarea obligației de plată:
 - 628 "Alte cheltuielile cu servicii executate de terți" = 401 "Furnizori";
- b) decontarea serviciilor de dializă facturate:
 - 401 "Furnizori" = 7705 "Finanțarea din bugetul FNUASS".

6. Dispoziții finale

6.1. Pentru trimestrul al II-lea 2015, regularizarea trimestrială a serviciilor de dializă care fac obiectul contractelor încheiate între casele de asigurări de sănătate și furnizorii privați de servicii de dializă se realizează de către casele de asigurări de sănătate pentru serviciile efectuate în lunile mai și iunie 2015, având în vedere că pentru luna aprilie 2015 contractarea și decontarea tuturor serviciilor efectuate pentru bolnavii constanți și transferați temporar, precum și decontarea în funcție de ponderea relativă a serviciilor de dializă peritoneală continuă au fost realizate de către Casa Națională de Asigurări de Sănătate în baza art. 38 alin. (2) din Hotărârea Guvernului nr. 206/2015 privind aprobarea programelor de sănătate pentru anii 2015 și 2016.

6.2. Anexele A și B fac parte integrantă din prezentele norme.

ANEXA A

la norme

Furnizor
 Casa de Asigurări de Sănătate
 Centrul de dializă
 Raportare pentru luna

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Centralizator

Tabelul 1 - Hemodializă

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - contractați
- b - contractate
- c - pentru bolnavi transferați temporar
- d - constanți*)
- e - transferați temporar

Serviciul de hemodializă, din care:	Bolnavi tratați				Ședințe de tratament				Suma de decontat (lei)	Observații
	a	din care, realizat:			b	c	TOTAL	TOTAL		
		d	e	TOTAL						
C0	C1	C2	C3	C4= C2+C3	C5	C6	C7	C8= C6+C7	C9= C8*tarif	C10
Hemodializă convențională										
Hemodiafiltrare intermitentă on-line										
TOTAL:										

Tabelul 2 - Dializă peritoneală

Serviciul de dializă peritoneală, din care:	Număr de bolnavi			Suma de decontat (lei)	Observații
	contractați	constanți	transferați		
C0	C1	C2	C3	C4	C5
Dializă peritoneală continuă					
Dializă peritoneală automată					
TOTAL:					

*) Prin bolnavi tratați constant se va înțelege numărul total de bolnavi tratați în centru.

Tabelul 3 - Suma de decontat

Hemodializă, din care		Dializă peritoneală:		TOTAL:
Hemodializă convențională	Hemodiafiltrare intermitentă on-line	Dializă peritoneală continuă	Dializă peritoneală automată	
C1	C2	C3	C4	C5=C1+C2+C3+C4

C1 din tabelul 3 = C9 Hemodializă convențională din tabelul 1
 C2 din tabelul 3 = C9 Hemodiafiltrare intermitentă on-line din tabelul 1
 C3 din tabelul 3 = C4 Dializă peritoneală continuă din tabelul 2
 C4 din tabelul 3 = C4 Dializă peritoneală automată din tabelul 2

Certificat în privința exactității și realității
 Furnizor
 (reprezentant legal),

ANEXA B
la norme

Furnizor
 Casa de Asigurări de Sănătate
 Centrul de dializă
 Raportare pentru luna

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Desfășurător privind evidența după CNP a bolnavilor cu IRC beneficiari de hemodializă și dializă peritoneală și a sumelor de decontat

I. HEMODIALIZĂ

Tabelul I.A - Bolnavi constanți tratați prin hemodializă convențională

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemodializă convențională realizate	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Obser-vații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul I.B - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodializă convențională

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemodializă convențională realizate	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul I.C - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodializă convențională - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemodializă convențională transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemodializă convențională realizate	Tarif/ședință hemodializă convențională (lei)	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul 1 - Bolnavi tratați prin hemodializă convențională

TOTAL		
Bolnavi cu hemodializă convențională	Ședințe hemodializă convențională	Suma de decontat (lei)
C1	C2	C3

C1 = total C1 din tabelul I.A + total C1 din tabelul I.B + total C1 din tabelul I.C

C2 = total C4 din tabelul I.A + total C4 din tabelul I.B + total C4 din tabelul I.C

C3 = total C6 din tabelul I.A + total C6 din tabelul I.B + total C6 din tabelul I.C

II. HEMODIAFILTRARE INTERMITENTĂ ON-LINE

Tabelul II.A - Bolnavi constanți tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemo-diafiltrare intermitentă on-line	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemo-diafiltrare intermitentă on-line realizate	Tarif/ședință hemo-diafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul II.B - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodiafiltrare

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemo-diafiltrare intermitentă on-line transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemo-diafiltrare intermitentă on-line realizate	Tarif/ședință hemo-diafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul II.C - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu hemo-diafiltrare intermitentă on-line transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr ședințe hemo-diafiltrare intermitentă on-line realizate	Tarif/ședință hemo-diafiltrare intermitentă on-line	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
1						
2						
TOTAL:						

Tabelul 2 - Bolnavi tratați prin hemodiafiltrare intermitentă on-line

TOTAL		
Bolnavi cu hemodiafiltrare	Ședințe hemodiafiltrare	Suma de decontat

intermitentă on-line	intermitentă on-line	(lei)
C1	C2	C3

C1 = total C1 din tabelul II.A + total C1 din tabelul II.B + total C1 din tabelul II.C

C2 = total C4 din tabelul II.A + total C4 din tabelul II.B + total C4 din tabelul II.C

C3 = total C6 din tabelul II.A + total C6 din tabelul II.B + total C6 din tabelul II.C

III. DIALIZA PERITONEALĂ CONTINUĂ

Tabelul III.A - Bolnavi cu dializă peritoneală continuă

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală continuă	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)	Observații
C1					
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul III.B - Bolnavi transferați temporari cu dializă peritoneală continuă - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală continuă transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul 3 - Bolnavi tratați prin dializă peritoneală continuă

TOTAL	
Bolnavi cu dializă peritoneală continuă	Suma de decontat (lei)

C1	C2
----	----

C1 = total C1 din tabelul III.A + total C1 din tabelul III.B

C2 = total C5 din tabelul III.A + total C5 din tabelul III.B

IV. DIALIZA PERITONEALĂ AUTOMATĂ

Tabelul IV.A - Bolnavi cu dializă peritoneală automată

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală automată	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul IV.B - Bolnavi transferați temporar cu dializă peritoneală automată - cetățeni străini

Nr. crt.	CNP bolnavi cu dializă peritoneală automată transferați temporar	Număr de înregistrare fișă	Număr zile cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6
1					
2					
TOTAL:					

Tabelul 4 - Bolnavi cu dializă peritoneală automată

TOTAL	
Bolnavi cu dializă peritoneală automată	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul IV.A + total C1 din tabelul IV.B

C2 = total C5 din tabelul IV.A + total C5 din tabelul IV.B

Tabelul 5 - Bolnavi dializați

TOTAL

Bolnavi cu dializă	Suma de decontat (lei)
C1	C2

C1 = total C1 din tabelul 1 + total C1 din tabelul 2 + total C1 din tabelul 3 + total C1 din tabelul 4

C2 = total C3 din tabelul 1 + total C3 din tabelul 2 + total C2 din tabelul 3 + total C2 din tabelul 4

Certificat în privința exactității și realității

Furnizor

(reprezentant legal),

.....
