

Medic Sf Sanda Janca
S. Audit - ec. Pop Gabriela
06 AUG. 2014



**CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE**

Calea Călărășilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
E-mail: cabinet_președinte@casan.ro. Tel. 0372.309.270, Fax 0372.309.231

Nr. PG423/08.08.2014

CATRE,

Casa de Asigurari de Sanatate

Doamnei/Domnului Președinte-Director General

Spre stiinta Medic Sef

Avand in vedere adresa Asociatiei Pacientilor cu Afectiuni Hepatice din Romania (APAH-RO) inregistrata la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate cu numarul P/ 9067/18.07.2014 si respectiv MS/SM2383/21.07.2014, prin care ne semnaleaza disfunctionalitati aparute in circuitul dosarelor pacienților diagnosticați cu hepatite cronice si ciroze hepatice de etiologie virala, precum si boala inflamatorie cronica intestinala al caror tratament necesită aprobarea Comisiei de Experti de la nivel CNAS, cu privire la derularea procedurii de aprobare a initierii/continuarii tratamentului specific hepatitelor cronice si cirozei hepatice de etiologie virala, precum si boala inflamatorie cronica intestinala, in conformitate cu prevederile *Ordinul presedintelui CNAS nr.180/2013 privind aprobarea regulamentelor de organizare și funcționare ale comisiilor de experți de la nivelul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pentru implementarea unor programe naționale, respectiv subprograme de sănătate, cu scop curativ, finanțate din bugetul Fondului național unic de asigurări sociale de sănătate, precum și pentru anumite boli cronice, respectiv anumite DCI-uri prevăzute de Hotărârea Guvernului nr. 720/2008, cu modificarile si completarile ulterioare, va comunicam urmatoarea procedura de lucru :*

1. Dosarele se depun la casele de asigurari de sanatate de catre pacienti sau reprezentantii legali ai acestora. Dosarele se verifică și se înregistrează la casa de asigurări de sănătate pentru care optează pacientul, astfel:

- la casa de asigurări de sănătate unde figurează pacientul ca asigurat, sau
- la casa de asigurări de sănătate care se află în contract cu medicul prescriptor al pacientului

În situația în care un pacient migrează de la o casa de asigurări la alta, casa de asigurări de sănătate de la care a plecat pacientul va anunța prin adresă scrisă atât *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* cât și *casa de asigurări de sănătate primitoare*, menționând faptul că are cunoștință despre intenția pacientului respectiv de a fi preluat de altă casă de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate primitoare va anunța prin adresă scrisă atât *Casa Națională de Asigurări de Sănătate* cât și *casa de asigurări de sănătate de la care a plecat pacientul*, menționând faptul că e de acord să preia pacientul respectiv. Aceste măsuri se impun în scopul evitării posibilității ca dosarul aceluiasi pacient să fie transmis de două case de asigurări de sănătate diferite.

2. Dosarul de initiere/continuare va cuprinde toate documentele si investigatiile necesare analizarii dosarului si astfel incat sa fie respectate prevederile Ordinului MS/CNAS nr1301/500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale corespunzatoare medicamentelor de care beneficiaza asiguratii, cu sau fara contributie personala , pe baza de prescriptie medicala, in sistemul de asigurari sociale de sanatate, aprobata prin Hotararea Guvernului nr.720/2008, cu modificarile si completarile ulterioare.

3. Nu se accepta transmiterea pe fax a documentelor/investigatiilor medicale care lipsesc de la dosar.

4. Daca dosarul propus spre initiere/ continuarea terapiei este transmis catre casele de asigurari de sanatate incomplet, personalul de la nivelul CAS abilitat cu primirea dosarului nu il va transmite catre CNAS si va lua masurile de rigoare pentru completarea documentelor lipsa. Dosarul incomplet, care ajunge la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate, va fi respins

de comisia de experti ca nefondat, intraga responsabilitate pentru lipsa de acoperire cu tratament revine in exclusivitate medicului curant si caselor de asigurari de sanatate in evidenta carora se afla pacientii.

5. Documentele lipsa vor face obiectul unui alt dosar de completare care va fi transmis de casele de asigurari de sanatate in luna urmatoare cu adresa de inaintare conform prevederilor de la punctul 3 sau 4, dupa caz.

6. Dosarele vor fi transmise către CNAS in original, însoțite de adresă de înaintare, numai prin poștă, cu specificatia corectă a titlaturii comisiei de experti de la nivelul CNAS. In situatia in care o casa de asigurari de sanatate transmite mai multe dosare de initiere/continuare acestea vor intocmi o singura adresa de inaintare care va cuprinde si centralizatorul dosarelor (nume prenume, CNP, diagnostic, data expirarii valabilitatii deciziei, dupa caz).

7. Dosarele de continuare a tratamentului se transmit la CNAS in timp util, astfel incat sa existe posibilitatea tehnica de analiza a dosarelor si transmiterea la nivelul caselor de asigurari de sanatate a deciziei comisiei, astfel incat sa nu existe disfunctionalitati in continuarea tratamentului asiguratilor.

8. Dosarele de initiere se transmit de casele de asigurari de sanatate, conform prioritizarii, si se inregistreaza la Registratura generala a CNAS pana la data de 15 a lunii urmatoare celei in care a fost transmisa prioritizarea. Dosarele de initiere vor face obiectul analizei in sedintelor Comisiei de Experti din luna urmatoare. Dosarele transmise dupa aceasta data nu vor fi analizate de Comisie in sedintele din luna urmatoare.

9. Casele de asigurari de sanatate au obligatia de a aduce la cunostinta aceasta procedura de lucru atat pacientilor cat si medicilor curanti. La depunerea dosarelor de initiere, pacientii sau reprezentantii legali ai acestora, vor semna pe langa consimtamantul informat cu privire la tratamentul specific si un document (in doua exemplare, un exemplar pentru pacient/reprezentant legal al acestuia, un exemplar pentru casa de asigurari de sanatate care gestioneaza dosarul pacientului) prin care sunt informati cu privire la aceasta procedura de lucru. Prin acest document, pacientilor sau reprezentantilor legali ai acestora, li se vor aduce la cunostinta, inca de la depunerea dosarului, atat circuitul documentelor cat si care le sunt

responsabilitatile ce le revin in vederea administrarii in conditii optime a tratamentului si totodata care sunt consecintele nerespectarii termenelor de depunere a dosarelor sau depunerea documentatiei incomplete (faptul ca intarzierile in aprobarea dosarelor atrag dupa sine intreruperea terapiei, neexistand posibilitatea aprobarii retroactive a tratamentului).

10. Sedintele comisiei de experti se desfasoara saptamanal la sediul CNAS.

11. După terminarea ședinței de analiză, vor fi redactate deciziile de aprobare / neaprobare a tratamentului specific, care vor fi transmise prin fax, către casele de asigurări de sănătate în termen de 48 de ore de la data ședinței comisiei de experti. Casele de Asigurari de Sanatate vor informa in timp util CNAS despre eventualele neconcordante aparute intre centralizatorul transmis in luna respectiva si deciziile primite de la CNAS.

12. Documentele care fac obiectul dosarului de initiere/continuare sunt :

- CI/BI
- Dovada calitatii de asigurat
- Investigatii medicale
- Referat de justificare /fisa de monitorizare
- Consimtamant pacient

PRESEDINTE

Vasile CIURCHEA





CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

CABINET PREȘEDINTE

Calea Călărașilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București

E-mail: cabinet_președinte@casan.ro. Tel. 0372/309.270, Fax 0372/309.231

Pl. 4.765.....

Către,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

În atenția,

Doamnei / Domnului **PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL**



Având în vedere :

Solicitările primite din partea caselor de asigurări de sănătate și a furnizorilor de servicii medicale privind modalitatea de prescriere a rețetei pentru medicamentele care necesită aprobare CNAS/CJAS, precizăm următoarele:

În conformitate cu prevederile *Ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 619/360/2014 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2014 a hotărârii Guvernului nr. 400/2014 pentru aprobarea pachetelor de servicii medicale și a Contractului-cadru privind condițiile acordării asistenței medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate pentru anii 2014 – 2015*, eliberarea medicamentelor se face de către unitățile farmaceutice, *indiferent de casa de asigurări de sănătate la care este luat în evidență asiguratul, în condițiile în care furnizorul de medicamente respectiv are contract cu aceeași casă de asigurări de sănătate cu care se află în contract/convenție medicul prescriptor.*

În conformitate cu prevederile Legii 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare, la Art. 208, (3) se precizează faptul că în sistemul asigurărilor sociale de sănătate românesc, orice asigurat are dreptul de a-și alege casa de asigurări în evidențele căreia va figura ca persoană asigurată și furnizorul de servicii medicale. Acest lucru vine în sprijinul creșterii accesibilității la servicii și tratament pentru asigurați în mod echitabil și nediscriminatoriu.

În acest context, subliniem faptul că un asigurat aparținând oricărei case teritoriale, respectiv CASMB și CASAOPSNAJ, are posibilitatea de a-și alege un medic curant aflat în relație contractuală *cu orice altă casă de asigurări de sănătate și care va fi responsabil de inițierea și monitorizarea tratamentului specific pentru medicamentele care necesită aprobare CNAS/CJAS.* Ca urmare, medicul specialist ales de pacient va întocmi dosarul de aprobare a terapiei specifice care va fi depus la casa de asigurări de sănătate cu care se află în relație

Spre aplicarea
Medic Seif - dr. Jaman S.

Spre informare

Dr. - Răduțeanu M

Dr. - Jian A - du
S. Jucă - Dumă
Serv. Audit - e. Pop. G.

11-08-2014

11
Pastore
si te

contractuală. Aprobarea va fi emisă la nivelul acelei case de asigurări de sănătate și va fi valabilă pentru prescrierea rețetei de către medicul specialist care a întocmit dosarul și se află în relație contractuală cu casa de asigurări care a emis decizia.

În situația în care un pacient se transferă de la o casa de asigurări la alta, casa de asigurări de sănătate de la care a plecat pacientul va anunța prin adresă scrisă atât *Casa Națională de Asigurări de Sănătate cât și casa de asigurări de sănătate primitoare*, menționând faptul că are cunoștință despre intenția pacientului respectiv de a fi preluat de altă casă de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate primitoare va anunța prin adresă scrisă atât *Casa Națională de Asigurări de Sănătate cât și casa de asigurări de sănătate de la care a plecat pacientul*, menționând faptul că e de acord să preia pacientul respectiv. Aceste măsuri se impun în scopul evitării posibilității ca dosarul aceluiași pacient să fie transmis de două case de asigurări de sănătate diferite.

Vă mulțumim pentru colaborare,

PRESEDINTEL
ROMANIA
VASILE CIURCHEA
CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE



CASA NAȚIONALĂ DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE
CABINET PREȘEDINTE
 Calea Călărașilor nr. 248, Bloc S19, Sector 3, București
 E-mail: cabinet_presedinte@casan.ro, Tel. 0372/309.270, Fax 0372/309.231

P/ 4765/02.09-2014.....



Către,
CASA DE ASIGURĂRI DE SĂNĂTATE

În atenția,
 Doamnei / Domnului **PREȘEDINTE DIRECTOR GENERAL**

Având în vedere :

Solicitările primite din partea caselor de asigurări de sănătate și a furnizorilor de servicii medicale privind modalitatea de prescriere a rețetei pentru medicamentele care necesită aprobare CNAS/CJAS, *revenim la adresa Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. P/4765/11.08.2014*, cu următoarele precizări:

Medicul curant este medicul specialist care inițiază și/ sau monitorizează tratamentul specific pentru un pacient diagnosticat cu afecțiunile cronice a căror terapie necesită aprobare CNAS/CJAS și care întocmește dosarul pacientului în acest sens.

Medicul prescriptor este medicul care prescrie rețeta pentru terapia specifică, în baza aprobării emise de CAS/CJAS și care poate fi diferit de medicul curant, așa cum este definit el mai sus.

În acest condiții, un asigurat aflat în evidența oricărei case teritoriale, respectiv CASMB și CASAOPSNAJ, poate opta pentru un medic curant aflat în relație contractuală *cu orice altă casă de asigurări de sănătate și căruia îi revine responsabilitatea de întocmire a dosarului pacientului*. După întocmirea dosarului, pacientul are două posibilități:

1. Optează pentru monitorizarea și prescrierea tratamentului de către medicul care i-a întocmit dosarul. În această situație, dosarul va fi depus la casa de asigurări de sănătate cu care acest medic se află în relație contractuală. Aprobarea va fi emisă la nivelul acelei case de asigurări de sănătate (pentru aprobarea CJAS) sau către acea casă de asigurări de sănătate (pentru aprobarea CNAS) și va fi valabilă pentru prescrierea rețetei de către medicul specialist care a întocmit dosarul și se află în relație contractuală cu casa de asigurări care a emis/ primit decizia.
2. Optează pentru monitorizarea tratamentului de către medicul care i-a întocmit dosarul, conform periodicității stabilite de protocoalele terapeutice în vigoare, dar prescrierea tratamentului va fi asigurată de un medic specialist din alt județ (exemplu, medicul curant

*Medic S. P. Pașcu
 DRG C. Rodelescu
 03 SEP. 2014*

*Post Roal Site
 03 SEP. 2014*

- este din București și se află în relație contractuală cu CASMB, iar medicul specialist prescriptor din județul Teleorman și se află în relație contractuală cu CAS Teleorman). În această situație, dosarul va fi întocmit de medicul curant din București, dar va fi depus de pacient la CAS Teleorman, aprobarea va fi emisă la nivelul acestei case de asigurări de sănătate (pentru aprobarea CJAS) sau către acea casă de asigurări de sănătate (pentru aprobarea CNAS) și va fi valabilă pentru prescrierea rețetei de către medicul specialist ales de pacient și care se află în relație contractuală cu casa de asigurări care a emis/ primit decizia.
3. În situația în care un pacient își transferă dosarul de la o casă de asigurări la alta, pentru aprobările CNAS, casa de asigurări de sănătate de la care a plecat pacientul va anunța prin adresă scrisă atât *Casa Națională de Asigurări de Sănătate cât și casa de asigurări de sănătate primitoare*, menționând faptul că are cunoștință despre intenția pacientului respectiv de a fi preluat de altă casă de asigurări de sănătate. Casa de asigurări de sănătate primitoare va anunța prin adresă scrisă atât *Casa Națională de Asigurări de Sănătate cât și casa de asigurări de sănătate de la care a plecat pacientul*, menționând faptul că e de acord să preia pacientul respectiv. Aceste măsuri se impun în scopul evitării posibilității ca dosarul aceluiași pacient să fie transmis de două case de asigurări de sănătate diferite.
4. Pentru situațiile în care este necesară aprobarea CJAS, se va respecta aceeași procedură, dar fără anunțarea Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Vă mulțumim pentru colaborare,

