

ORDIN nr. 822 din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

privind aprobarea regulamentelor de organizare si functionare ale comisiilor de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru avizarea tratamentului cu anumite DCI-uri prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile 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, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, utilizate in cadrul unor programe nationale de sanatate curative, respectiv subprograme de sanatate curative, precum si pentru anumite boli cronice, finantate din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

Avand in vedere:

- Referatul de aprobare al Serviciului medical al Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. MS/SM/2.864 din 12 august 2015;

- art. 56 si 278 din Legea nr. 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata;

- art. 5 alin. (1) pct. 25 si 26, art. 8, art. 18 pct. 17 si art. 37 din Statutul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 972/2006 , cu modificarile si completarile ulterioare;

- Ordinul ministrului sanatatii publice si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 1.301 / 500/2008 pentru aprobarea protocoalelor terapeutice privind prescrierea medicamentelor aferente denumirilor comune internationale prevazute in Lista cuprinzand denumirile 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;

- Ordinul ministrului sanatatii nr. 861/2014 pentru aprobarea criteriilor si metodologiei de evaluare a tehnologiilor medicale, a documentatiei care trebuie depusa de solicitanti, a instrumentelor metodologice utilizate in procesul de evaluare privind includerea, extinderea indicatiilor, neincluderea sau excluderea medicamentelor in/din Lista cuprinzand denumirile 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, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, precum si a cailor de atac, cu modificarile si completarile ulterioare;

- Ordinul ministrului sanatatii si al presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 3 / 1/2015 privind modelul de contract, metodologia de negociere, incheiere si monitorizare a modului de implementare si derulare a contractelor de tip cost-volum/cost-volum-rezultat, cu modificarile si completarile ulterioare;

in temeiul dispozitiilor art. 291 alin. (2) din Legea nr. 95/2006 , republicata, si art. 17 alin. (5) din Statutul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate, aprobat prin Hotararea Guvernului nr. 972/2006 , cu modificarile si completarile ulterioare,

presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate emite urmatorul ordin:

Articolul 1

(1) Se aproba regulamentele de organizare si functionare ale comisiilor de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate (CNAS) pentru avizarea tratamentului cu anumite DCI-uri prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile 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, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, cu modificarile si completarile ulterioare, utilizate in cadrul unor programe nationale de sanatate curative, respectiv subprograme de sanatate curative, prevazute in anexele nr. 1-6, care fac parte integranta din prezentul ordin.

(2) Se aproba regulamentele de organizare si functionare ale comisiilor de experti de la nivelul CNAS pentru avizarea tratamentului cu anumite DCI-uri prevazute in Hotararea Guvernului nr. 720/2008 , cu modificarile si completarile ulterioare, pentru anumite boli cronice, prevazute in anexele nr. 7-13, care fac parte integranta din prezentul ordin.

(3) Regulamentele prevazute la alin. (1) si (2) pot fi modificate la propunerea justificata a membrilor comisiilor de experti cu aprobarea presedintelui CNAS.

Articolul 2

(1) Comisiile de experti care functioneaza la nivelul CNAS sunt in subordinea presedintelui CNAS si sunt coordonate metodologic de medicul-sef - director general adjunct al CNAS.

(2) Numirea si revocarea persoanelor din componenta comisiilor de experti se face prin ordin al presedintelui CNAS.

(3) Comisiile de experti isi desfasoara activitatea in sedinte organizate periodic, potrivit prevederilor regulamentelor de organizare si functionare ale acestora si ori de cate ori este necesar, la propunerea presedintelui fiecarei comisii de experti si cu aprobarea presedintelui CNAS.

(4) Comisiile de experti intocmesc pentru fiecare sedinta cate un proces-verbal semnat de membrii prezenti, in care se consemneaza deciziile luate.

(5) Sedintele se desfasoara numai in prezenta presedintelui comisiei de experti si a cel putin a jumatate plus unul din numarul membrilor sai.

(6) In situatia in care, din motive obiective, presedintele nu poate participa la lucrarile comisiei de experti, delega aceasta competenta unuia dintre membrii comisiei

(7) Fiecare comisie de experti are stampila proprie, iar actele oficiale ale acestora sunt semnate numai de presedintele comisiei, cu exceptia deciziilor/centralizatoarelor care sunt semnate de presedintele comisiei si de cel putin jumatate plus unu din membrii acesteia.

(8) Comisiile de experti avizeaza, in conditiile actelor normative in vigoare, numarul de pacienti inregistrati in evidentele CNAS in baza carora se determina numarul de pacienti eligibili pentru

fiecare terapie in parte aferenta medicamentelor pentru care s-a emis decizie de includere conditionata.

Articolul 3

(1) Sedintele comisiilor de experti au loc la sediul CNAS.

(2) Membrii comisiilor de experti beneficiaza de o indemnizatie lunara de 1% din indemnizatia presedintelui CNAS, care se acorda doar o data pe luna, indiferent de numarul de sedinte convocate.

(3) Cheltuielile reprezentand plata indemnizatiei lunare de 1% din indemnizatia presedintelui CNAS se suporta din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, pe baza situatiei privind participarea nominala a membrilor comisiei de experti la sedintele desfasurate conform regulamentului de organizare si functionare, in fiecare luna. Membrii comisiilor de experti vor depune la Directia resurse umane, salarizare si evaluare personal, pana la data de 5 a lunii urmatoare numirii, codul IBAN al contului in care se va achita indemnizatia, denumirea bancii la care este deschis contul si codul numeric personal (copie de pe cartea de identitate).

(4) Situatia prezentei membrilor comisiei de experti, certificata prin semnatura presedintelui acesteia si cu avizul presedintelui CNAS, este depusa la Directia resurse umane, salarizare si evaluare personal din cadrul Directiei generale economice a CNAS, lunar, pana la data de 3 a lunii curente, pentru luna precedenta.

(5) Cheltuielile de deplasare a membrilor comisiilor de experti din alte localitati, ocazionate de participarea la sedintele comisiilor de experti, sunt suportate de CNAS, cu respectarea prevederilor Hotararii Guvernului nr. 1.860/2006 privind drepturile si obligatiile personalului autoritatilor si institutiilor publice pe perioada delegarii si detasarii in alta localitate, precum si in cazul deplasarii, in cadrul localitatii, in interesul serviciului, cu modificarile si completarile ulterioare, in baza unui referat aprobat de presedintele CNAS.

Articolul 4

Membrii comisiilor de experti si directiile de specialitate din cadrul CNAS vor duce la indeplinire prevederile prezentului ordin.

Articolul 5

Incepand cu data intrarii in vigoare a prezentului ordin se abroga prevederile Ordinului presedintelui Casei Nationale de Asigurari de Sanatate nr. 180/2013 privind aprobarea regulamentelor de organizare si functionare ale comisiilor de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea unor programe nationale, respectiv subprograme de sanatate cu scop curativ, finantate din bugetul Fondului national unic de asigurari sociale de sanatate, precum si pentru anumite boli cronice, respectiv anumite DCI-uri prevazute de Hotararea Guvernului nr. 720/2008 pentru aprobarea Listei cuprinzand denumirile 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, precum si denumirile comune internationale corespunzatoare medicamentelor care se acorda in cadrul programelor nationale de sanatate, publicat in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I, nr. 191 din 4 aprilie 2013.

Articolul 6

Prezentul ordin se publica in Monitorul Oficial al Romaniei, Partea I.

Presedintele Casei Nationale de Asigurari de Sanatate,

Vasile Ciurchea

Bucuresti, 15 septembrie 2015.

Nr. 822.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a comisiilor de experti ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de oncologie si pentru monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice (Anexa 1)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

A. Tratamentul bolnavilor cu afectiuni oncologice

1. Comisia de experti a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de oncologie - Subprogramul de tratament al bolnavilor cu afectiuni oncologice, constituita din Subcomisia de oncologie medicala adulti, Subcomisia de hematologie adulti si Subcomisia de hematologie si oncologie pediatrica, denumita in continuare Comisie, are urmatoarele atributii:

a) emite decizii de avizare/neavizare (se specifica motivele neincluderii in tratament) a initierii si/sau continuarii tratamentelor cu medicamente care se elibereaza cu aprobarea comisiilor de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate (CNAS), in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii. Durata de valabilitate a tratamentului este inscrisa pe decizie; Comisia nu emite aprobari de terapie retroactive;

b) elaboreaza criterii de prioritizare a pacientilor eligibili in vederea includerii in tratament, dupa caz;

c) elaboreaza rapoarte trimestriale care contin numarul pacientilor intrati in tratament si numarul pacientilor aflati in tratament, pe scheme terapeutice;

d) elaboreaza si actualizeaza, ori de cate ori este nevoie, documentele si circuitul acestora, astfel incat sa se asigure functionarea adecvata a Comisiei.

2. In vederea indeplinirii atributiilor sale, Comisia va avea intalniri astfel:

a) Subcomisia de oncologie medicala adulti si Subcomisia de hematologie adulti - intalniri lunare la sediul CNAS si, dupa caz, intalniri extraordinare la convocarea presedintelui Comisiei sau a presedintelui CNAS;

b) Subcomisia de hematologie si oncologie pediatrica - intalniri la nevoie, in termen de maximum 3 zile lucratoare de la primirea prin fax a dosarelor pacientilor si, dupa caz, intalniri extraordinare la convocarea presedintelui Comisiei sau a presedintelui CNAS; intalnirile au loc la sediul CNAS.

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

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

5. Circuitul documentelor:

a) casele de asigurari de sanatate au obligatia si responsabilitatea sa transmita la CNAS referatele completate ale pacientilor, in vederea aprobarii initierii si/sau continuarii tratamentului solicitat;

b) documentele medicale vor fi transmise de casele de asigurari de sanatate la CNAS astfel:

b1) pentru pacientii adulti, prin posta/fax (cazuri motivate) in timp util (in primele 10 zile calendaristice ale fiecărei luni), avand: numar de inregistrare, adresa de inaintare cu antetul casei de asigurari de sanatate respective si tabel centralizator al referatelor, astfel incat in urma acestui demers toti pacientii sa fie luati in evidenta atat in teritoriu, cat si la CNAS;

b2) pentru pacientii copii, prin fax in primele 2 zile lucratoare si prin posta in primele 7 zile calendaristice de la primirea documentelor de catre casa de asigurari de sanatate, avand: numar de inregistrare, adresa de inaintare cu antetul casei de asigurari de sanatate respective si tabel centralizator al referatelor, astfel incat in urma acestui demers toti pacientii sa fie luati in evidenta atat in teritoriu, cat si la CNAS;

c) dosarele pacientilor pentru initierea tratamentului trebuie sa contina referatul de justificare, parafat si semnat de medicul curant, validat de medicul coordonator, investigatiile care sustin diagnosticul si evolutia bolii si consimtamantul scris al acestuia pentru tratamentul propus pentru pacientii adulti, respectiv al parintelui/reprezentantului legal pentru pacientii copii;

d) pentru dosarele incomplete, intreaga responsabilitate pentru lipsa de acoperire a retetei revine in exclusivitate medicului curant si caselor de asigurari de sanatate in evidenta carora se afla pacientii;

e) in baza tabelelor centralizatoare emise de catre Comisie, care contin situatia pacientilor evaluati in sedinta, fiecare casa de asigurari de sanatate va elabora decizia individuala a pacientului (avizare/neavizare, dupa caz) care va contine si eventualele observatii/solicitari ale Comisiei si, de asemenea, va informa medicul curant asupra deciziei referitoare la pacientul evaluat pentru care acesta a trimis propunerea de initiere/continuare de tratament; casa de asigurari de sanatate elaboreaza deciziile individuale in primele 2 zile lucratoare de la primirea tabelelor centralizatoare emise de Comisie.

6. Secretariatul Comisiei intocmeste referatele de repartizare a sumelor aferente contractelor de tip cost-volum pentru medicamente oncologice, cu incadrarea in bugetul aprobat cu aceasta destinatie.

B. Monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice

1. Comisia de experti a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de oncologie - Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT, constituita din Subcomisia pentru monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice la adulti si Subcomisia pentru monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice la copii, denumita in continuare Comisie, are urmatoarele atributii:

a) analizeaza dosarul fiecarui bolnav, transmis de casele judetene de asigurari de sanatate, in vederea aprobarii efectuarii examinarii PET-CT (Positron Emission Tomography/Computed Tomography);

b) emite decizii de avizare/neavizare a efectuarii examinarii PET-CT, in conformitate cu criteriile de eligibilitate cuprinse in Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT, a caror valabilitate incepe la data emiterii acestora. Deciziile de avizare au o valabilitate de 45 de zile. Nu se emit decizii cu valabilitate retroactiva;

c) elaboreaza rapoarte trimestriale care contin numarul dosarelor examinate, numarul dosarelor aprobate si numarul de rezultate transmise de fiecare furnizor care deruleaza programul;

d) elaboreaza circuitul documentelor care sa asigure functionarea adecvata a Comisiei;

e) raspunde la petitiile petentilor referitor la investigatia PET-CT.

2. In vederea indeplinirii atributiilor sale, Comisia va avea intalniri astfel:

a) Subcomisia pentru monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice la adulti - intalniri lunare, la sediul CNAS si, dupa caz, intalniri extraordinare la convocarea presedintelui Comisiei sau a presedintelui CNAS;

b) Subcomisia pentru monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice la copii - intalniri la nevoie, in termen de maximum 3 zile lucratoare de la primirea prin fax a dosarelor pacientilor si, dupa caz, intalniri extraordinare la convocarea presedintelui Comisiei sau a presedintelui CNAS; intalnirile au loc la sediul CNAS.

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

4. Circuitul documentelor:

a) documentul principal il reprezinta referatul de justificare, completat de medicul curant oncolog/hematolog, cu respectarea criteriilor de eligibilitate cuprinse in Subprogramul de monitorizare a evolutiei bolii la pacientii cu afectiuni oncologice prin PET-CT, avizat si parafat de coordonatorul de program de la nivelul judetului respectiv sau din centrul universitar, dupa caz;

b) dosarele pacientilor pentru avizarea efectuarii examinarii PET-CT trebuie sa contina:

b1) pentru pacientii adulti: referatul de justificare, investigatiile care sustin diagnosticul si evolutia bolii, consimtamantul pacientului si copia actului de identitate;

b2) pentru pacientii copii: referatul de justificare, investigatiile care sustin diagnosticul si evolutia bolii, consimtamantul parintelui/reprezentantului legal, copia actului de identitate al parintelui/reprezentantului legal si copia actului de identitate al copilului (certificat de nastere/carte de identitate);

c) dosarele se depun la casele de asigurari de sanatate, care le transmit la CNAS astfel:

c1) pentru pacientii adulti, prin posta, cu 7 zile calendaristice inainte de urmatoarea intalnire a comisiei comunicata de CNAS, cu adresa de inaintare inregistrata la casa de asigurari de sanatate si insotita de tabelul centralizator al dosarelor inaintate;

c2) pentru pacientii copii, prin fax si posta in primele 2 zile lucratoare de la primirea acestora de catre casele de asigurari de sanatate, cu adresa de inaintare inregistrata la casa de asigurari de sanatate si insotita de tabelul centralizator al dosarelor inaintate;

d) pentru dosarele incomplete sau care nu respecta criteriile de eligibilitate si sunt respinse de drept, intreaga responsabilitate revine in exclusivitate medicului curant si caselor de asigurari de sanatate in evidenta carora se afla pacientii;

e) Comisia analizeaza in sesiuni ordinare sau extraordinare dosarele depuse si emite decizii de avizare/neavizare (se specifica motivele respingerii) a efectuarii explorarii;

f) decizia este transmisa de CNAS catre casele de asigurari de sanatate in termen de maximum 3 zile lucratoare de la aprobare;

g) decizia este comunicata pacientului de catre casa de asigurari de sanatate care a inregistrat dosarul, in primele 2 zile lucratoare de la primirea unei copii a acesteia de la Comisie;

h) pacientul se programeaza la furnizor si efectueaza examinarea, dupa care prezinta rezultatul, in original si in copie, medicului oncolog/hematolog care a intocmit referatul;

i) furnizorul este obligat sa transmita lunar la CNAS, in format electronic, centralizatorul investigatiilor efectuate.

Regulamentul de organizare si functionare a comisiilor de experti ale Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de oncologie si pentru monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice a fost inlocuit cu anexa la ORDINUL nr. 139 din 7 martie 2016 publicat in MONITORUL OFICIAL nr. 320 din 26 aprilie 2016, conform art. I din ordinul mai sus mentionat.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de hemofilie, talasemie si alte boli rare - tratamentul specific talasemiei si hemofiliei (Anexa 2)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de hemofilie, talasemie si alte boli rare - tratamentul specific talasemiei si hemofiliei, denumita in continuare Comisie, isi desfasoara activitatea specifica pentru aprobarea tratamentului chelator al talasemiei si are urmatoarele atributii:

a) aproba schemele terapeutice pentru medicamentele specifice solicitate de medicul curant, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii;

b) emite decizii de avizare/neavizare (se specifica motivele neincluserii in tratament) a terapiei a caror valabilitate este inscrisa pe decizie; deciziile vor fi transmise prin fax, catre casele de asigurari de sanatate. Comisia nu emite aprobari de terapie retroactive;

c) elaboreaza criteriile de eligibilitate si de excludere a pacientilor cu talasemie, precum si planul de monitorizare;

d) elaboreaza si actualizeaza, ori de cate ori este nevoie, documentele si circuitul acestora astfel incat sa se asigure functionarea adecvata a Comisiei.

2. In vederea indeplinirii atributiilor sale, Comisia va avea intalniri periodice la sediul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate (CNAS) si, dupa caz, intalniri extraordinare, la convocarea presedintelui Comisiei sau a presedintelui CNAS.

3. Comisia elaboreaza un raport semestrial care contine numarul de pacienti intrati in tratament si numarul pacientilor aflati in tratament.

4. Circuitul documentelor:

a) dosarele se depun la casele de asigurari de sanatate, care le vor transmite la CNAS in original, numai prin posta, insotite de adresa de inaintare si avand numar de inregistrare al casei respective;

b) dosarele pacientilor trebuie sa contina: referatul de justificare avand numar de inregistrare, parafat si semnat de medicul curant (hematolog sau competenta de hematologie) si validat de medicul coordonator al programului; consimtamantul informat al pacientului semnat la initierea tratamentului; datele de identitate ale bolnavului, inclusiv adresa si numar de telefon; investigatiile care sustin diagnosticul (electroforeza hemoglobinei pacientului si a parintilor, diagnostic molecular in cazuri neconcludente) si evolutia bolii: feritina serica recenta, probe biologice recente (creatinina serica, clearance de creatinina, transaminaze serice, proteinurie, bilirubina, fosfataza alcalina serica), ecografie abdominala si ecocardiografie; examen oftalmologic si examen O.R.L.; inaltime si greutate pentru copii (sub 12 ani) si adolescenti (12-16 ani);

c) comisia poate solicita medicului curant completarea dosarului unui bolnav cu documente justificative privind evolutia bolii si terapia administrata, boli asociate etc.;

d) casa de asigurari de sanatate care trimite dosarul pacientului catre CNAS isi asuma responsabilitatea asigurarii bugetare a tratamentului specific pentru fiecare pacient; pentru dosarele incomplete, intreaga responsabilitate revine in exclusivitate medicului curant si coordonatorului de program.

5. Circuitul informatiei si al documentelor va fi asigurat de secretarul Comisiei.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de tratament al bolilor neurologice - scleroza multipla (Anexa 3)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de tratament al bolilor neurologice - scleroza multipla, denumita in continuare Comisie, are urmatoarele atributii:

- a) elaboreaza criteriile de eligibilitate privind includerea in terapia imunomodulatoare;
- b) stabileste criteriile de excludere din program a bolnavilor cu scleroza multipla;
- c) stabileste criteriile de schimbare a tratamentului cu un alt imunomodulator;
- d) analizeaza stocurile raportate la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate (CNAS);
- e) solicita coordonatorilor teritoriali situatia bolnavilor cu scleroza multipla;
- f) analizeaza situatia centralizata la nivelul CNAS a bolnavilor cu scleroza multipla;
- g) stabileste metodologia de derulare a Programului national de tratament al bolilor neurologice - scleroza multipla;
- h) analizeaza dosarele bolnavilor cu scleroza multipla transmise de coordonatorii teritoriali in vederea aprobarii tratamentului;
- i) analizeaza propunerile de schimbare a tratamentului, precum si propunerile de transfer al unui bolnav dintr-o unitate sanitara in alta;
- j) aproba/respinge referatele de justificare pentru initierea tratamentului cu medicamentele care se elibereaza cu aprobarea comisiei de la nivelul CNAS transmise de coordonatorii teritorialii ai programului impreuna cu documentele necesare justificarii propunerii de tratament;
- k) aproba/respinge referatele de schimbare a tratamentului, precum si propunerile de transfer al unui bolnav dintr-o unitate sanitara in alta;
- l) emite decizii de avizare a initierii si/sau schimbarii tratamentului cu medicamentele care se elibereaza cu aprobarea comisiei de la nivelul CNAS, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii.

2. Dosarele bolnavilor cu scleroza multipla transmise comisiei pentru initierea tratamentului trebuie sa cuprinda: referatul de justificare, parafat si semnat de medicul coordonator teritorial, copii de pe

analizele medicale care sustin diagnosticul, respectiv examen IRM cerebral si eventual medular recent, potentiale evocate (optional in functie de criteriile internationale de diagnostic McDonald actualizate), analiza LCR (optional in functie de criteriile internationale de diagnostic McDonald actualizate), copii de pe analizele biologice recente (hemoleucograma, TGO, TGP, examen serologic pentru HIV, precum si consimtamantul informat semnat (specimen de semnatura) si datat al bolnavului, in functie de tipul de tratament propus. Este recomandabil ca inaintea inceperii tratamentului cu natalizumab sa se faca dozarea serica a anticorpilor antivirus JC. Pentru acesti din urma pacienti, trebuie sa se faca obligatoriu, dupa 2 ani de tratament cu natalizumab, dozarea serica a anticorpilor antivirus JC, iar continuarea tratamentului se va face doar dupa stratificarea riscului pentru LEMP al pacientului, conform recomandarilor producatorului (pe sistemul STRATIFY RISK SCORE) care se va aduce pacientului la cunostinta si dupa care acesta semneaza un nou consimtamant informat scris de continuare sau oprire a tratamentului. Referatul de justificare se va completa cu urmatoarele informatii: date de identitate ale bolnavului (adresa, telefon), informatii privind evolutia bolii (forma clinico-evolutiva, debut, numar pusee), boli asociate, rezultatul examenului neurologic recent si scorul EDSS.

3. Dosarele complete ale pacientilor eligibili pentru includerea in program vor fi transmise la CNAS prin casele de asigurari cu incadrarea in numarul de bolnavi si bugetul alocat. Bolnavii cu scleroza multipla ale caror dosare sunt transmise comisiei pentru initierea tratamentului sunt bolnavii aflati in baza de date a fiecarui centru medical prin care se deruleaza programul. Pentru dosarele incomplete intreaga responsabilitate pentru disfunctionalitati in asigurarea tratamentului revine in exclusivitate medicului curant si medicului coordonator in evidenta carora se afla bolnavii cu scleroza multipla. Orice modificare in conduita terapeutica a bolnavilor beneficiari de program, respectiv schimbare de tratament, va fi comunicata in scris comisiei CNAS prin referat de schimbare a tratamentului insotit de consimtamantul bolnavului pentru terapia propusa cu justificarea medicala a propunerii de schimbare. Pentru situatiile de excludere a bolnavilor din program se va comunica Comisiei in maximum 10 zile de la efectuarea acesteia de catre coordonatorul teritorial cu justificarea privind decizia de excludere.

4. Comisia poate solicita completarea dosarului unui bolnav cu documente justificative privind evolutia bolii si terapia administrata, boli asociate, examen psihiatric.

5. Comisia elaboreaza formularul-tip al deciziilor de aprobare/neaprobare in tratament.

6. Dupa finalizarea sedintei, deciziile se transmit, prin fax, caselor de asigurari de sanatate.

7. In vederea indeplinirii atributiilor sale Comisia va avea intalniri lunare si, dupa caz, intalniri extraordinare la convocarea presedintelui Comisiei sau a presedintelui CNAS.

8. Circuitul informatiei si al documentelor va fi asigurat de secretarul comisiei.

9. Comisia se va intalni trimestrial cu coordonatorii teritoriali la sediul CNAS, in vederea analizei derularii Programului national de tratament al bolilor neurologice - scleroza multipla.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis sever - Purpura trombocitopenica imuna cronica la adultii splenectomizati si nesplenectomizati (Anexa 4)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis sever - Purpura trombocitopenica imuna cronica la adulti splenectomizati si nesplenectomizati (Comisia) emite decizii de avizare/neavizare a terapiei, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii, a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului inscris pe decizie. Comisia nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.

2. In vederea initiarii/continuarii terapiei specifice, casele de asigurari de sanatate vor transmite la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate dosarele pacientilor diagnosticati cu Purpura trombocitopenica pe care le au in evidenta, in ordinea depunerii (in conformitate cu numarul de inregistrare).

3. Comisia elaboreaza un raport semestrial care contine numarul pacientilor intrati in tratament si numarul pacientilor aflati in tratament.

4. Comisia intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient sau utilizand centralizatoare, dupa caz, si le transmite caselor de asigurari de sanatate teritoriale. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului). Comisia poate solicita completarea dosarului cu mentionarea datelor sau a documentelor incomplete ori cu valabilitate depasita.

5. Comisia elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fise de initiere/fise de monitorizare sau referate de justificare, decizii) si stabileste circuitul documentelor, pe care il transmite prin adresa oficiala caselor de asigurari de sanatate, in vederea asigurarii functionarii adecvate a acesteia.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis sever - Pacienti adulti si copii cu hiperfenilalaninemie diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina (BH4) (Anexa 5)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis sever - Pacienti adulti si copii cu hiperfenilalaninemie diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina (BH4) (Comisia) emite decizii de avizare/neavizare a terapiei, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii, a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului inscris pe decizie. Comisia nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.
2. In vederea initiarii/continuarii terapiei specifice, casele de asigurari de sanatate vor transmite la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate dosarele pacientilor diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina (BH4) pe care le au in evidenta, in ordinea depunerii (in conformitate cu numarul de inregistrare).
3. Comisia isi elaboreaza criteriile proprii de prioritate a pacientilor eligibili in vederea includerii in tratament.
4. Comisia elaboreaza un raport semestrial care contine numarul pacientilor intrati in tratament si numarul pacientilor aflati in tratament.
5. Comisia intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient sau utilizand centralizatoare, dupa caz, si le transmite caselor de asigurari de sanatate teritoriale. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului). Comisia poate solicita completarea dosarului cu mentionarea datelor sau a documentelor incomplete ori cu valabilitate depasita.
6. Comisia elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fise de initiere/fise de monitorizare sau referate de justificare, decizii) si stabileste circuitul documentelor, pe care il transmite prin adresa oficiala caselor de asigurari de sanatate, in vederea asigurarii functionarii adecvate a acesteia.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis sever - Pacienti adulti si copii cu hiperfenilalaninemie diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina (BH4) (Anexa 5)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru implementarea Programului national de diagnostic si tratament pentru boli rare si sepsis sever - Pacienti adulti si copii cu hiperfenilalaninemie diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina (BH4) (Comisia) emite decizii de avizare/neavizare a terapiei, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii, a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului inregistrat pe decizie. Comisia nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.
2. In vederea initiarii/continuarii terapiei specifice, casele de asigurari de sanatate vor transmite la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate dosarele pacientilor diagnosticati cu fenilcetonurie sau deficit de tetrahidrobiopterina (BH4) pe care le au in evidenta, in ordinea depunerii (in conformitate cu numarul de inregistrare).
3. Comisia isi elaboreaza criteriile proprii de prioritate a pacientilor eligibili in vederea includerii in tratament.
4. Comisia elaboreaza un raport semestrial care contine numarul pacientilor intrati in tratament si numarul pacientilor aflati in tratament.
5. Comisia intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient sau utilizand centralizatoare, dupa caz, si le transmite caselor de asigurari de sanatate teritoriale. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului). Comisia poate solicita completarea dosarului cu mentionarea datelor sau a documentelor incomplete ori cu valabilitate depasita.
6. Comisia elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fise de initiere/fise de monitorizare sau referate de justificare, decizii) si stabileste circuitul documentelor, pe care il transmite prin adresa oficiala caselor de asigurari de sanatate, in vederea asigurarii functionarii adecvate a acesteia.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul specific in psoriazisul cronic sever (Anexa 7)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul specific in psoriazisul cronic sever, denumita in continuare CCNASP, isi desfasoara activitatea specifica pentru aprobarea tratamentului in psoriazisul cronic sever (placard) - tratament cu biologice.
2. CCNASP emite decizii de avizare/neavizare a terapiei, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii, a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului inregistrat pe decizie. CCNASP nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.
3. In vederea initiierii/continuarii terapiei specifice, casele de asigurari de sanatate vor transmite la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate dosarele pacientilor diagnosticati cu psoriazis cronic sever pe care le au in evidenta, in ordinea depunerii (in conformitate cu numarul de inregistrare).
4. CCNASP avizeaza/nu avizeaza schemele terapeutice pentru medicamentele specifice, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii.
5. CCNASP elaboreaza un raport semestrial care contine numarul pacientilor intrati in tratament si numarul pacientilor aflati in tratament. Raportul poate fi folosit in scop stiintific la elaborarea unor lucrari sau ghiduri care pot fi prezentate sau publicate.
6. CCNASP poate stabili in anumite situatii completarea dosarelor cu elemente suplimentare (investigatii, evaluari, in conformitate cu protocoalele terapeutice in vigoare).
7. CCNASP propune modificarea sau completarea protocoalelor terapeutice in functie de evolutia cunoasterii medicale (medicina bazata pe dovezi).
8. CCNASP intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient sau utilizand centralizatoare, dupa caz, si le transmite caselor de asigurari de sanatate teritoriale. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului). CCNASP poate solicita completarea dosarului cu mentionarea datelor sau a documentelor incomplete ori cu valabilitate depasita.
9. CCNASP elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fise de initiere/fise de monitorizare sau referate de justificare, decizii) si stabileste circuitul documentelor, pe care il transmite prin adresa oficiala caselor de asigurari de sanatate, in vederea asigurarii functionarii adecvate a comisiei de experti.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul specific in boala Gaucher (Anexa 8)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul specific in boala Gaucher, denumita in continuare CCNASG, isi desfasoara activitatea pentru aprobarea tratamentului specific in boala Gaucher.
2. CCNASG emite decizii de avizare/neavizare a terapiei, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului inscris pe decizie. CCNASG nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.
3. Diagnosticul si monitorizarea semestriala specifica a pacientilor cu boala Gaucher se realizeaza in Centrul de Patologie Genetica (Spitalul Clinic de Urgenta pentru Copii) din Cluj-Napoca, Centrul urmand sa intocmeasca dosarele pacientilor.
4. CCNASG solicita Centrului de Patologie Genetica din cluj-napoca trimiterea dosarelor pacientilor, de regula semestrial, cu exceptia pacientilor recent diagnosticati cu forme severe de boala care necesita initierea imediata a terapiei.
5. CCNASG elaboreaza un raport semestrial care contine numarul de pacienti intrati in tratament, numarul pacientilor aflati in tratament, numarul estimat al pacientilor aflati pe listele de prioritate.
6. CCNASG transmite caselor de asigurari de sanatate teritoriale copii de pe dosarele pacientilor si raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului).
7. CCNASG elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fise de initiere/fise de monitorizare sau referate de justificare, decizii) si stabileste circuitul documentelor, pe care il transmite prin adresa oficiala caselor de asigurari de sanatate, in vederea asigurarii functionarii adecvate a acesteia.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice in endocrinologie (Anexa 9)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru monitorizarea activa a terapiilor specifice oncologice in endocrinologie, denumita in continuare CMATSOE, isi

desfasoara activitatea specifica pentru aprobarea tratamentului in acromegalie si tumori neuroendocrine.

2. In vederea initierii/continuarii terapiei specifice, casele de asigurari de sanatate vor transmite la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate dosarele pacientilor diagnosticati cu tumori cu expansiune supraselara si tumori neuroendocrine, pe care le au in evidenta.

3. CMATSOE avizeaza/nu avizeaza schemele terapeutice in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii.

4. CMATSOE emite decizii de avizare/neavizare in tratament a caror valabilitate incepe de la data emiterii deciziei si se termina la sfarsitul intervalului inscris pe decizie. CMATSOE nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.

5. CMATSOE elaboreaza un raport semestrial care cuprinde numarul pacientilor intrati in tratament si numarul pacientilor aflati in tratament.

6. CMATSOE intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate pentru fiecare pacient in parte si le transmite caselor de asigurari de sanatate. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului). CMATSOE poate solicita completarea dosarului cu mentionarea datelor sau a documentelor incomplete/inexistente care trebuie transmise.

7. CMATSOE elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fise de initiere/de monitorizare, decizii), stabileste documentele care alcatuiesc dosarul si circuitul acestora.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul specific hepatitelor cronice si cirozei hepatice de etiologie virala, precum si pentru boala inflamatorie cronica intestinala (Anexa 10)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul specific hepatitelor cronice si cirozei hepatice de etiologie virala, precum si pentru boala inflamatorie cronica intestinala, denumita in continuare CCNASHCBI, are urmatoarele atributii:

a) analizeaza dosarele pentru initierea/continuarea terapiei antivirale, alta decat terapia fara interferon, solicitate lunar caselor de asigurari de sanatate, in numar proportional cu numarul

pacientilor aflati pe listele de asteptare, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii;

b) analizeaza dosarele pentru aprobarea terapiei cu agenti biologici in bolile inflamatorii intestinale nespecifice (boala Crohn si rectocolita ulcerohemoragica), in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii.

2. Casele de asigurari de sanatate (CAS) transmit dosarele solicitate insotite de o adresa de inaintare, inregistrata la CAS si insotita de un tabel centralizator al referatelor transmise.

A. Tratamentul specific hepatitelor cronice si cirozei hepatice de etiologie virala

1. Ordinea de initiere a tratamentului antiviral va fi cea a vechimii dosarelor, dupa data inregistrarii lor la CAS. Fac exceptie de la aceasta regula urmatoarele categorii de pacienti:

a) forme grave de hepatita cronica VHC (pacienti cu valori ale transaminazelor peste 3X LNS, histologie cu scor Metavir A3F3, precum si viremie peste 1.000.000 UI/ml), cu diagnosticul stabilit si confirmat, de preferinta, intr-o sectie de gastroenterologie dintr-o clinica universitara;

b) pacientii cu varsta cuprinsa intre 3-18 ani;

c) cazurile de infectie virala in context profesional, cu documente care sa ateste activitatea desfasurata intr-o unitate sanitara;

d) pacientii cu hepatita cronica VHC care necesita tratament antiviral pentru evitarea inducerii replicarii virale de catre medicamentele citostatice necesare tratamentului oncologic concomitent (la indicatia medicului oncolog).

2. CCNASHCBI avizeaza/nu avizeaza schemele terapeutice pentru medicamentele specifice, in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii.

3. CCNASHCBI emite decizii de avizare/neavizare a terapiei, a caror valabilitate incepe la data emiterii deciziei si se termina la sfarsitul intervalului in scris pe decizie. CCNASHCBI nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.

4. CCNASHCBI intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient si le transmite CAS. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului). CCNASHCBI poate solicita completarea dosarului cu mentionarea datelor sau a documentelor incomplete si cu valabilitate depasita.

5. CCNASHCBI va acorda aprobari pe toata durata prevazuta in protocol dupa comportamentul viremiilor periodice (pentru hepatita C: 8 luni daca viremia este nedetectabila la 12 saptamani, 5 luni daca viremia este nedetectabila la 24 de saptamani de tratament; pentru hepatita B: din 6 in 6 luni, pana la finele tratamentului).

6. CCNASHCBI elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fise de initiere/fise de monitorizare sau referate de justificare, decizii) si stabileste circuitul documentelor, pe care il transmite prin adresa oficiala CAS, in vederea asigurarii functionarii adecvate a Comisiei de experti a Casei Nationale de Asigurari de Sanatate.

7. Probele biologice care au fost luate in considerare la prescrierea tratamentului (transaminaze, biopsie hepatica, viremie) isi pastreaza valabilitatea pana la initierea tratamentului. Se va evalua la initiere doar situatia hematologica (hemograma completa: hemoglobina, numar de leucocite,

formula leucocitara, numar de trombocite) si va fi reactualizata viremia pentru hepatita cronica virala C si ciroza hepatica C, daca termenul este mai mare de 12 luni de la efectuarea ei initiala si daca medicul curant considera ca evaluarea este in favoarea pacientului.

8. Medicul curant impreuna cu medicul coordonator vor fi responsabili pentru deciziile de reducere sau intrerupere a tratamentului din cauza aparitiei unor reactii adverse (psihiatrice, tiroidiene, imunologice sau hematologice), iar CCNASHCBI va fi informata despre aceste decizii, cu documente medicale anexate. Medicii coordonatori vor verifica documentele medicale din dosarele pacientilor, astfel incat indicatia terapeutica sa fie in conformitate cu protocolul terapeutic elaborat.

9. CCNASHCBI va fi informata despre utilizarea factorilor de crestere hematologici, iar medicul curant va documenta decizia luata, cu documente medicale anexate.

10. Pentru evitarea utilizarii tratamentului antiviral la pacienti cu alte forme de hepatita cronica asociate hepatitelor virale (hepatita autoimuna, steatohepatita etc.) si pentru diagnosticul corect al stadiului evolutiv al cirozelor hepatice, diagnosticul initial si indicatia de tratament antiviral se vor stabili, de preferinta, in centre tertiare de gastroenterologie si hepatologie.

B. Tratamentul cu agenti biologici in bolile inflamatorii intestinale nespecifice (boala Crohn si rectocolita ulcerohemoragica)

1. Acest tip de tratament este indicat pacientilor care nu au raspuns sau nu tolereaza tratamentul initial imunosupresor (corticosteroizi, azatioprina/6 mercaptopurina, metotrexat, ciclosporina).

2. Diagnosticul, indicatia, aplicarea si monitorizarea acestui tip de tratament se vor face in centrele de gastroenterologie si hepatologie tertiare (Bucuresti, Iasi, Cluj, Timisoara, Craiova, Targu Mures, Constanta), iar la CCNASHCBI va fi inaintata documentatia biologica, endoscopica, histologica si terapeutica care sa confirme necesitatea tratamentului biologic.

3. Medicii coordonatori de la nivelul CAS judetene, ai Casei Asigurarilor de Sanatate a Apararii, Ordinii Publice, Sigurantei Nationale si Autoritatii Judecatoresti, precum si ai Casei de Asigurari de Sanatate a Municipiului Bucuresti, responsabili cu diagnosticul si tratamentul hepatitelor cronice, cirozelor hepatice si bolilor inflamatorii intestinale, vor avea calificarea profesionala de medic primar in specialitatea Gastroenterologie.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul infertilitatii de cauza hormonala (Anexa 11)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul infertilitatii de cauza hormonala, denumita in continuare CCNASIH, isi desfasoara activitatea specifica pentru aprobarea tratamentului in infertilitatea de cauza hormonala.
 2. CCNASIH emite decizii de avizare/neavizare a terapiei in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii, a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului in scris pe decizie. CCNASIH nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.
 3. Casele de asigurari de sanatate vor transmite dosarele asiguratilor care solicita initierea tratamentului specific cu Follitropinum Alfa, Follitropinum Beta si Lutropina Alfa.
 4. CCNASIH elaboreaza un raport semestrial care contine numarul de pacienti intrati in tratament si numarul de bolnavi aflati in tratament.
 5. CCNASIH intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient si le transmite caselor de asigurari de sanatate teritoriale. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului).
 6. CCNASIH elaboreaza documentele in baza carora se face initierea tratamentului (fise de initiere, decizii) si stabileste circuitul documentelor, pe care il transmite prin adresa oficiala caselor de asigurari de sanatate, in vederea asigurarii functionarii adecvate a acestora.
-

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul cu imunosupresoare in poliartrita reumatoida, artropatia psoriazica, spondilita anchilozanta si artrita juvenila (Anexa 12)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul cu imunosupresoare in poliartrita reumatoida, artropatia psoriazica, spondilita anchilozanta si artrita juvenila, denumita in continuare CCNASPASA, isi desfasoara activitatea specifica pentru aprobarea tratamentului cu agenti biologici prin intermediul Registrului roman de boli reumatice (RRBR).
2. CCNASPASA emite decizii de avizare/neavizare a terapiei in conformitate cu criteriile stipulate de protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii, a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului in scris pe decizia emisa din sistemul informatic. CCNASPASA nu emite decizii cu valabilitate retroactiva.

3. CCNASPASA solicita fiecarei case de asigurari de sanatate trimiterea lunara a centralizatoarelor generate direct din RRBR, dupa inregistrarea dosarelor de catre medicii curanti pentru pacientii diagnosticati cu poliartrita reumatoida (PR), artropatie psoriazica (AP), spondilita anchilozanta (SA). Documentele anexe/sursa ale fisei electronice pentru PR, AP si SA sunt incarcate direct de catre medicii curanti in RRBR, iar istoricul retetelor pe ultimele 12 luni pe fiecare CNP si afectiune (numai pentru dosarele de initiere), de catre casele de asigurari de sanatate (CAS). Imagistica (filme radiologice sau RMN/CD) pentru SA si PR cu factori de prognostic nefavorabil (conform definitiei din protocol) se va trimite prin posta la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate (CNAS).

Pentru artrita idiopatica juvenila (AIJ) CAS transmite dosarele, in format hartie, prin posta la CNAS insotite de istoricul retetelor pe ultimele 12 luni numai pentru initiere, precum si de un tabel centralizator al dosarelor semnat, stampilat si cu numar de inregistrare de la nivelul CAS.

Dosarele inregistrate de catre medicii curanti pentru PR, AP, SA in RRBR pentru sedinta comisiei lunii respective vor fi validate de CAS (prin bifa certificand astfel calitatea de asigurat a pacientului) care, ulterior, isi "vor rula raportul" pana la sfarsitul lunii anterioare. Nerularea acestui raport pana la sfarsitul lunii anterioare celei in care va avea loc sedinta comisiei conduce la imposibilitatea analizei dosarelor pacientilor de catre CCNASPASA.

4. CCNASPASA elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fisa de initiere/fise de monitorizare sau referate de justificare, consimtamantul pacientului) si stabileste circuitul documentelor pe care il transmite cu adresa de inaintare CAS. Pentru PR, SA, AP medicii curanti au obligativitatea de a inregistra electronic pacientii in RRBR.

5. CCNASPASA elaboreaza un raport semestrial care contine numarul de pacienti intrati in tratament, numarul pacientilor aflati in tratament, numarul estimat al pacientilor aflati pe listele de asteptare, dupa caz.

6. CCNASPASA intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient si transmite CAS teritoriale centralizatoarele cu deciziile Comisiei de experti, semnate pe suport hartie de membrii CCNASPASA. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului). CCNASPASA poate solicita completarea dosarului cu mentionarea datelor sau a documentelor incomplete ori cu valabilitate depasita.

REGULAMENT DE ORGANIZARE SI FUNCTIONARE din 15 septembrie 2015 (*actualizat*)

a Comisiei de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul tulburarilor de nutritie si metabolism (Anexa 13)

(actualizat pana la data de 26 aprilie 2016*)

EMITENT

CASA NATIONALA DE ASIGURARI DE SANATATE

1. Comisia de experti de la nivelul Casei Nationale de Asigurari de Sanatate pentru tratamentul tulburarilor de nutritie si metabolism, denumita in continuare CCNASTNM, isi desfasoara activitatea in conformitate cu prevederile protocolului terapeutic privind criteriile de eligibilitate pentru includerea in tratamentul specific si alegerea schemei terapeutice pentru pacientii cu obezitate.
2. CCNASTNM emite decizii de avizare/neavizare a terapiei, a caror valabilitate incepe la data de emitere a deciziei si se termina la sfarsitul intervalului inscris pe decizie. Nu se emit decizii cu valabilitate retroactiva.
3. CCNASTNM informeaza casele de asigurari de sanatate prin adresa despre data cand va avea loc sedinta de analiza a dosarelor depuse de pacientii diagnosticati cu tulburari de nutritie si metabolism si data-limita de trimitere a dosarelor la Casa Nationala de Asigurari de Sanatate.
4. CCNASTNM avizeaza/nu avizeaza schemele terapeutice pentru medicamentele specifice, in conformitate cu protocoalele terapeutice elaborate de comisiile de specialitate ale Ministerului Sanatatii.
5. CCNASTNM elaboreaza un raport semestrial care contine numarul de pacienti intrati in tratament si numarul pacientilor aflati in tratament.
6. CCNASTNM intocmeste raspunsurile potrivit deciziei luate individual pentru fiecare pacient si le transmite caselor de asigurari de sanatate teritoriale. Deciziile pot fi: avizare/neavizare a tratamentului (se specifica motivele neavizarii tratamentului). CCNASTNM poate solicita completarea dosarului cu mentionarea datelor sau a documentelor incomplete ori cu valabilitate depasita.
7. CCNASTNM elaboreaza documentele in baza carora se fac initierea si monitorizarea tratamentului (fise de initiere/fise de monitorizare sau referate de justificare, decizii) si stabileste circuitul documentelor, pe care il transmite prin adresa oficiala caselor de asigurari de sanatate, in vederea asigurarii functionarii adecvate a acesteia.
