

PROCEDURA DE LUCRU

privind evaluarea rezultatului medical, fluxul informațiilor CNAS-CAS-furnizori de medicamente și decontarea valorii consumului de medicamente pangentipice ce fac obiectul contractelor cost-volum-rezultat aferente pacienților pentru care a fost înregistrat rezultat medical, astfel cum acesta a fost definit prin contractele cost-volum-rezultat nr. VH2372/08.04.2024 (EPCLUSA) și VH2287/05.04.2024 (MAVIRET)

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

1. Pentru pacienții care au parcurs întreg ciclul de tratament și pentru care s-a determinat viremia de la 12 săptămâni după terminarea tratamentului, medicul curant (prescriptor) evaluează rezultatul medical conform criteriilor din protocolul terapeutic, completează integral, **FISA DE EVALUARE A REZULTATULUI MEDICAL**, aferentă codului de formular: J05AP

În termen de maxim trei zile lucrătoare de la primirea rezultatului viremiei de la 12 săptămâni de la terminarea tratamentului, transmite la casa de asigurări cu care se află în relație contractual prin intermediul furnizorului la care își desfășoară activitatea (spital, ambulatoriu, cabinet) **dosarul de evaluare al pacientului**.

Dosarul de evaluare al pacientului conține următoarele documente:

- Fișa de evaluare a rezultatului medical completată integral, datată, semnată și parafată;
- Confirmarea de înregistrare a Formularului specific în PIAS;
- Viremia de la inițierea tratamentului;
- Viremia de la 12 săptămâni de la data terminării tratamentului.

2. Pentru pacienții care au parcurs întreg ciclul de tratament dar pentru care nu s-a determinat viremia care evaluează rezultatul medical, respectiv viremia de la 12 săptămâni de la sfârșitul tratamentului efectuată:

- în intervalul **ziua 141 - ziua 171** de la începerea tratamentului pentru pacienții cu o durată a terapiei de 8 săptămâni;
- în intervalul **ziua 169 - ziua 199** de la începerea tratamentului pentru pacienții cu o durată a terapiei de 12 săptămâni;
- în intervalul **ziua 196 - ziua 226** de la începerea tratamentului pentru pacienții cu o durată a terapiei de 16 săptămâni;
- în intervalul **ziua 253 - ziua 283** de la începerea tratamentului pentru pacienții cu o durată a terapiei de 24 săptămâni;

medicul curant (prescriptor) completează integral documentul denumit „**ÎNȘTIINȚARE PRIVIND a. ÎNTRERUPEREA TRATAMENTULUI ANTIVIRAL/ b. IMPOSIBILITATEA REALIZĂRII EVALUĂRII REZULTATULUI MEDICAL**” aferentă codului de formular J05AP prin marcarea și completarea informațiilor cuprinse la **litera b. IMPOSIBILITATEA REALIZĂRII EVALUĂRII REZULTATULUI MEDICAL**”.

Formularul se transmite în PIAS on line cu completarea obligatorie a rubricii "DESCRIERE MOTIV ÎNTRERUPERE TRATAMENT" selectând una din cele trei variante din descrierile preformate „Necomplianță”, „Deces” sau „Pacient pierdut din evidență”.

În termen de maxim trei zile lucrătoare transmite la casa de asigurări cu care se află în relație contractuală prin intermediul furnizorului la care își desfășoară activitatea (spital, ambulator, cabinet) **dosarul privind imposibilitatea evaluării rezultatului medical** care conține următoarele documente:

- Formularul de înștiințare privind imposibilitatea evaluării rezultatului medical datat, semnat și parafat;

- Confirmarea de înregistrare a Formularului specific în PIAS - de la inițierea tratamentului și de la întreruperea tratamentului.

3. Pentru pacienții care au întrerupt ciclul de tratament, **medicul curant (prescriptor)** completează documentul denumit "**ÎNȘTIINȚARE**" (document detaliat la punctul 2), prin marcarea și completarea informațiilor cuprinse la *litera a. „ÎNTRERUPEREA TRATAMENTULUI ANTIVIRAL”*.

Formularul se transmite în PIAS on line cu completarea obligatorie a rubricii "DESCRIERE MOTIV ÎNTRERUPERE TRATAMENT" selectând una din cele patru variante din descrierile preformate „Reacții adverse”, „Necomplianță”, „Deces” sau „Pacient pierdut din evidență”.

În termen de maxim trei zile lucrătoare transmite la casa de asigurări cu care se află în relație contractuală prin intermediul furnizorului la care își desfășoară activitatea (spital, ambulator, cabinet) ***dosarul de întrerupere*** care conține următoarele documente:

- Formularul de înștiințare privind întreruperea tratamentului datat, semnat și parafat;
- Confirmarea de înregistrare a Formularului specific în PIAS - de la inițierea tratamentului și de la întreruperea tratamentului;
- Documente care fac dovada raportării reacțiilor adverse în sistemul de farmacovigilență precum și alte documente medicale (bilet de externare, rapoarte medicale etc.);
- Alte documente ce justifică întreruperea tratamentului (bilet de externare, rapoarte medicale, certificat constatator al decesului etc).

Transmiterea documentelor prevăzute la punctele 1-3 se poate face și în format electronic la adresa de e-mail dedicată, pusă la dispoziție de casa de asigurări cu care medicul este în relație contractuală.

NOTĂ

1. Întreruperile de tratament se operează numai pe dosare cu cod stare "APROBAT".

2. În momentul operării întreruperilor, după ce se selectează opțiunea cod stare "TRATAMENT TERMINAT" se va completa la rubrica stare tratament "**ÎNTRERUPERE TRATAMENT**", la rubrica "DESCRIERE MOTIV ÎNTRERUPERE TRATAMENT" se completează și motivul întreruperii conform descrierilor preformate, iar la rubrica dată întrerupere se completează obligatoriu data la care a intervenit situația de întrerupere/ imposibilitate a evaluării rezultatului medical.

3. Medicii curanți (prescriptori) vor utiliza documentele referitoare la evaluarea rezultatului medical (fișa de evaluare a rezultatului medical/înștiințarea privind imposibilitatea evaluării rezultatului medical/ înștiințare privind întreruperea tratamentului antiviral), documente ce pot fi descărcate de pe site-ul CNAS ***în rubrica Informații pentru Furnizori secțiunea Tratament fără interferon 2024***.

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

Întreaga responsabilitate cu privire la veridicitatea datelor din documentele transmise casei de asigurări de sănătate îi revine medicului curant (prescriptor).

5. În situația în care casa de asigurări constată neconcordanțe între datele operate în PIAS și datele din documentele transmise la casa de asigurări, respectiv în situația în care se constată neconcordanțe/neconformități în dosarul pacientului, medicul curant (prescriptor) are obligația ca în termen de ***5 zile lucrătoare*** să transmită documentele solicitate de casa de asigurări de sănătate.