

ORDIN Nr. 698 din 23 august 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

În vigoare de la 06.01.2015

Act de bază

Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 698/2010

Acte modificatoare

Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1114/2010

Ordinul președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 869/2014

Având în vedere Referatul de aprobare nr. D.G.E./1.151/2010 al Direcției generale evaluare, Hotărârea Guvernului nr. 1.487/2004 privind achiziționarea serviciilor medicale de hemodializă și dializă peritoneală, Ordinul ministrului sănătății nr. 1.718/2004 privind aprobarea Regulamentului de organizare și funcționare a unităților de dializă publice și private, cu modificările ulterioare, Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 1.347/477/2004 privind desemnarea centrelor-pilot pentru contractarea cu operatori privați a unor servicii medicale de dializă în regim ambulatoriu, Hotărârea Guvernului nr. 261/2010 pentru aprobarea programelor naționale de sănătate pentru anul 2010, cu modificările și completările ulterioare, precum și Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 264/407/2010 pentru aprobarea Normelor tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate în anul 2010, cu modificările și completările ulterioare,

în temeiul titlului VIII "Asigurările sociale de sănătate" din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, 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 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, 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, 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. 967/2009 pentru aprobarea Normelor privind condițiile și modalitatea de decontare a serviciilor de dializă, contractate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu furnizorii din sectorul privat, câștigători ai licitației naționale pentru centrele-pilot și alți furnizori privați de servicii de dializă, autorizați și evaluați în condițiile legii, publicat în Monitorul Oficial al României, Partea I, nr. 810 din 26 noiembrie 2009.

ART. 4

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

ANEXA 1

NORME

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

1. Dispoziții generale

1.1. Serviciile de dializă pentru bolnavii cu insuficiență renală cronică în stadiu uremic se decontează în baza contractelor încheiate 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, denumiți în continuare furnizori, după cum urmează:

a) de casele de asigurări de sănătate pentru furnizorii publici, denumiți în continuare furnizori publici;

b) de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru furnizorii privați, denumiți în continuare furnizori privați de servicii de dializă.

1.2. Casele de asigurări de sănătate sunt împuternicite să reprezinte Casa Națională de Asigurări de Sănătate în relația cu furnizorii privați.

1.3. Serviciile de dializă sunt:

a) servicii de hemodializă: hemodializa convențională și hemodiafiltrarea intermitentă on-line;

b) servicii de dializă peritoneală: continuă și automată.

1.4. 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 preluate în centrele de dializă de adulți, în vederea efectuării dializei în unitățile sanitare situate în alt județ decât cel de domiciliu al persoanei respective, pentru care transportul se suportă din fondul alocat asistenței medicale de urgență și transport 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 pentru anul 2010, aprobate prin Ordinul ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. 265/408/2010, cu modificările și completările ulterioare;

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.

1.5. În calitate de parte contractantă de servicii de dializă și în calitate de reprezentanți locali ai Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, 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 naționale din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, cu mențiunea ca orice modificare ulterioară a acestora să fie comunicată.

1.6. La nivelul centrelor de dializă se acordă servicii de hemodializă atât bolnavilor aflați constant în evidență (bolnav constant), în limita a 152 de ședințe/an pentru tratamentul continuu, cât și celor tratați temporar (bolnav temporar), precum și servicii de dializă peritoneală bolnavilor aflați constant în evidență.

1.7. 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.

1.8. 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 sociale de sănătate sau al certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emis în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială și a Regulamentului (CE) nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului din 16 septembrie 2009 de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene sau ale Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a acestuia.

1.9. 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. Includerea 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 unei proporții minime de dializă peritoneală continuă de 20% din numărul bolnavilor nou-incluși în program, precum și cu respectarea criteriilor de calitate prevăzute în normele de dializă și a criteriilor de calitate a serviciilor de dializă, în conformitate cu art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și completările ulterioare.

1.10. 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 nr. 438/2008 privind aprobarea condițiilor și documentelor necesare furnizorilor de servicii medicale de dializă în vederea intrării în relații contractuale pentru furnizarea de servicii de dializă în regim ambulatoriu cu Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu modificările și completările ulterioare.

1.11. În cazul în care un bolnav constant al unui centru de dializă își exprimă adevărată voință de a se transfera definitiv în alt centru de dializă, acest lucru se poate realiza numai cu încadrarea în limita numărului de bolnavi contractat pe serviciile de dializă respective de centrul în care se transferă bolnavul și a valorii de contract pe acel tip de serviciu de dializă.

1.12. În cadrul raportării lunare de servicii de dializă, bolnavul nou-inclus în evidența unui centru de dializă, cu încadrarea în numărul total de bolnavi contractat pe tipuri de servicii de dializă și în valoarea de contract, 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). Furnizorul de servicii de dializă va notifica Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, despre aceste situații, la sfârșitul perioadei de raportare.

1.13. 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 de domiciliu a unui bolnav inclus în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică etc.), furnizorul de servicii de dializă poate solicita majorarea volumului estimat de servicii de dializă și a valorii de contract, notificând în acest sens Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, despre aceste situații. Părțile pot conveni să

majoreze 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 suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație prin buget, în anul în curs. Actul adițional pentru aceste situații se încheie în urma analizei de la nivelul casei de asigurări de sănătate și al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate privind încadrarea în limita numărului de bolnavi cuprinși în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică și a fondurilor aprobate cu această destinație. Casele de asigurări de sănătate vor informa Casa Națională de Asigurări de Sănătate despre aceste situații justificate și despre rezultatul analizei și vor încheia acte adiționale numai cu avizul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate. Până la întocmirea actului adițional, furnizorul va raporta bolnavii nou-incluși în centru, iar Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, nu va/nu vor deconta serviciile prestate de furnizor pentru bolnavii existenți în Programul național de suplere a funcției renale la bolnavii cu insuficiență renală cronică de la care a primit noi adeziuni.

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, trecerea 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 de la alt centru de dializă, 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. La regularizarea trimestrială sau, după caz, prin acte adiționale la contractele încheiate între Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, și furnizori, se pot realiza plata pentru bolnavii transferați temporar și plata pentru bolnavii titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate sau ai certificatului provizoriu de înlocuire a acestuia, emis în aplicarea Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului și a Regulamentului CE nr. 987/2009 al Parlamentului European și al Consiliului, de unul dintre statele membre ale Uniunii Europene sau ale Spațiului Economic European, în perioada de valabilitate a acestuia, cu încadrarea în bugetul alocat programului.

1.17. La regularizarea trimestrială, tariful pentru bolnavul cu dializă peritoneală continuă se poate modifica, în funcție de ponderea relativă a acestui tip de serviciu de dializă, în limita bugetului aprobat, după cum urmează:

a) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $< 20\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

b) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $20\%-24,9\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate;

c) dacă raportul: numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă/(numărul de bolnavi cu dializă peritoneală continuă + numărul de bolnavi cu hemodializă convențională) este $\geq 25\%$, tariful pentru dializă peritoneală continuă/an este prevăzut în Normele tehnice de realizare a programelor naționale de sănătate curative în vigoare, aprobate prin ordin al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

Dacă pe durata derulării contractului ponderea numărului de bolnavi cu dializă peritoneală scade sub 20% , respectiv 25% , tariful pentru bolnavii cu dializă peritoneală continuă se va ajusta lunar corespunzător serviciilor realizate. 1.18. Anual, se poate efectua regularizarea serviciilor de

dializă realizate și validate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate pentru bolnavii constanți ai centrului, în limita a 152 de ședințe/an.

2. Raportarea serviciilor de dializă

2.1. Furnizorul va transmite caselor de asigurări de sănătate, în original (două exemplare) și în format electronic, în formatul solicitat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate, cu respectarea confidențialității datelor, declarația de servicii lunară [centralizatorul și desfășurătorul 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 vor fi certificate în privința realității, regularității și legalității și vor fi semnate de:

- reprezentantul legal al furnizorului;
- directorul economic al furnizorului;
- medicul-șef/coordonatorul centrului;
- persoana care întocmește documentele.

2.2. Documentele menționate la pct. 2.1 se vor realiza în baza evidențelor tehnico-operative conduse la nivelul centrelor de dializă și se vor depune la casele de asigurări de sănătate lunar, în primele 3 zile lucrătoare ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

2.3. Netransmiterea de către furnizor a documentelor menționate la pct. 2.1 exonerează Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, de obligația plății pentru luna respectivă.

2.4. Nerespectarea de către furnizor a termenului menționat la pct. 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. După analiza, verificarea și validarea declarațiilor de servicii lunare transmise de furnizori, cu respectarea confidențialității datelor, în termen de 5 zile lucrătoare, după perioada prevăzută la pct. 2.2, ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea, casele de asigurări de sănătate sunt obligate să transmită Casei Naționale de Asigurări de Sănătate declarațiile de servicii lunare ale furnizorilor privați (centralizatorul și desfășurătorul privind evidența după CNP a bolnavilor cu IRC în stadiu uremic, beneficiari de servicii de dializă în centrele de dializă, precum și sumele aferente), în original și în format electronic. Declarația de servicii lunară va fi certificată în privința realității, regularității și legalității și va fi semnată din partea casei de asigurări de sănătate de:

- președintele-director general;
- directorul executiv relații cu furnizorii;
- medicul-șef;
- persoana care verifică documentele.

2.6. Direcțiile de specialitate din cadrul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și caselor de asigurări de sănătate, după caz, 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.

2.7. După aplicarea prevederilor pct. 2.6, Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, va/vor notifica în scris furnizorului observațiile sale, după cum urmează:

- pentru furnizorii publici, casa de asigurări de sănătate transmite notificarea în termen de 5 zile lucrătoare de la primirea în original a declarației de servicii lunare și validarea acesteia;
- pentru furnizorii privați, Casa Națională de Asigurări de Sănătate transmite notificarea în termen de 5 zile lucrătoare de la primirea în original a declarației de servicii lunare validate, transmisă de casele de asigurări de sănătate.

2.8. Furnizorul, în baza notificării primite de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, emite factura, pe care o trimite în original la casele de asigurări de sănătate/Casa Națională de Asigurări de Sănătate, după caz.

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, în conformitate cu art. 238 și 239 din Legea nr. 95/2006, cu modificările și completările ulterioare;
- 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 privați de dializă se va întocmi un raport care va fi transmis Direcției programe naționale 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. Casa Națională de Asigurări de Sănătate/Casele de asigurări de sănătate, după caz, decontează lunar contravaloarea serviciilor de dializă realizate în luna anterioară lunii în care se face decontarea, în conformitate cu termenii contractuali.

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.

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 evențrații 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.

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 Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz, în calitate de achizitor, și centrul privat/public, în calitate de beneficiar.

Datele de identificare ale furnizorului 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 Casa Națională de Asigurări de Sănătate/casele de asigurări de sănătate, după caz.

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 pct. 4.2.

4.6. Contractele pentru serviciile de dializă se încheie după aprobarea bugetului anual al Casei Naționale de Asigurări de Sănătate.

4.7. Dacă bugetul anual al Casei Naționale de Asigurări 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, fără a depăși însă valoarea de 50% a contractului, 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
 Anexele A și B fac parte integrantă din prezentele norme.

ANEXA A
 la norme

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

Centralizator

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

Tabelul 1 - Hemodializă

Semnificația coloanelor din tabelul de mai jos este următoarea:

- a - contractat
- b - contractate
- c - constanți
- d - transferați temporar
- e - cumulat de la începutul contractului (fără luna de raportare)
- f - pentru bolnavi constanți
- g - pentru bolnavi transferați temporar

Serviciul de hemodializă, din care:	Bolnavi tratați	Ședințe de tratament	Suma de decontat	Observații
	a din care b din care rămase (lei)	realizat realizat pentru anul în	c d TOTAL e f g TOTAL curs	
	C0	C1 C2 C3 C4=	C5 C6 C7 C8 C9=	C10=C5- C11= C12
		C2+C3 C7+C8 C6-C9 C9*tarif		
Hemodializă convențională				
Hemodiafiltrare intermitentă				
on-line				
TOTAL:				

Tabelul 2 - Dializă peritoneală

Serviciul de dializă peritoneală, din care:	Număr de bolnavi	Suma de decontat	Observații
		(lei)	

	contractat		realizat			
	C0	C1	C2	C3	C4	
Dializă peritoneală continuă						
Dializă peritoneală automată						
TOTAL:						

Tabelul 3 - Suma de decontat

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

C1 din tabelul 3 = C11 Hemodializă convențională din tabelul 1

C2 din tabelul 3 = C11 Hemodiafiltrare intermitentă on-line din tabelul 1

C3 din tabelul 3 = C3 Dializă peritoneală continuă din tabelul 2

C4 din tabelul 3 = C3 Dializă peritoneală automată din tabelul 2

Certificat în privința realității, legalității și regularității

Furnizor, Director economic, Medic-șef/Coordonator
al centrului de dializă,

.....

Certificat în privința realității, legalității și regularității

Președinte-director general, Director executiv relații cu furnizorii, Medic-șef, Verificat

.....

Figura 1Lex: Declarație de servicii lunară - centralizator

ANEXA B
la norme

DECLARAȚIE DE SERVICII LUNARĂ

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

Furnizor
Casa de Asigurări de Sănătate
Centrul de Dializă

Raportare pentru luna

I. HEMODIALIZĂ

Tabelul I.A - Bolnavi constanți tratați prin hemodializă

Nr. crt.	CNP cu HD	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi (SZ	Nr. de ședințe HD realizate (lei)	Tarif/ HD (lei)	Suma de ședință decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
....						
TOTAL:						

Tabelul I.B - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodializă

Nr. crt.	CNP bolnavi cu HD transferați temporar	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi	Nr. de ședințe HD realizate pentru bolnavi transferați temporar	Tarif/ (lei)	Suma de ședință decontat (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
....						
TOTAL:						

Tabelul 1 - Bolnavi tratați prin hemodializă

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

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

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

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

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

Nr. crt.	CNP bolnavi cu HDF	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi (SZ	Nr. de ședințe realizate (lei)	Tarif/ HDF (lei)	Suma de ședință (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
....						
TOTAL:						

Tabelul II. B - Bolnavi transferați temporar tratați prin hemodiafiltrare on-line

Nr. crt.	CNP bolnavi cu HDF transferați temporar	Nr. de înregistrare în fișa de spitalizare de zi	Nr. de ședințe realizate pentru bolnavi transferați temporar	Tarif/ HDF (lei)	Suma de ședință (lei)	Observații
C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7
....						
TOTAL:						

Tabelul 2 - Bolnavi tratați prin hemodiafiltrare on-line

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

C1 = total C1 din tabelul II. A + total C1 din tabelul II.B
C2 = total C4 din tabelul II. A + total C4 din tabelul II.B
C3 = total C6 din tabelul II. A + total C6 din tabelul II.B

II. DIALIZĂ PERITONEALĂ

Tabelul 3 - Bolnavi dializă peritoneală continuă

Nr.	CNP bolnavi	Nr. de	Nr. de zile	Suma de	Observații
-----	-------------	--------	-------------	---------	------------

Nr. crt.	cu DPC	înregistrare	cu dializă	decontat		
		în fișa de	peritoneală	(lei)		
		spitalizare	continuă			
		de zi				
		(SZ				
C1	C2	C3	C4	C5	C6	
....						
TOTAL:						

Tabelul 4 - Bolnavi dializă peritoneală automată

Nr. crt.	CNP bolnavi	Nr. de	Nr. de zile	Suma de	Observații
	cu DPA	înregistrare	cu dializă	decontat	
		în fișa de	peritoneală	(lei)	
		spitalizare	automată		
		de zi			
		(SZ			
C1	C2	C3	C4	C5	C6
....					
TOTAL:					

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 C5 din tabelul 3 + total C5 din tabelul 4

Certificat în privința realității, legalității și regularității

Furnizor, Director economic, Medic-șef/Coordonator al centrului de dializă, Întocmit

.....

Certificat în privința realității, legalității și regularității

Președinte-director general, Director executiv relații cu furnizorii, Medic-șef, Verificat

.....

