**ANEXA 31 A**

**CONDIŢIILE**

**acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi modalităţile de plată ale acestora**

 ART. 1

 (1) Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, numai pentru statusul de performanţă ECOG 3 sau 4 al asiguratului.

 (2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face de către medicii de specialitate din ambulatoriu, inclusiv medicii de familie şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate. Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu respectă modelul prezentat în anexa nr. 31 C la ordin.

 (3) Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, cu excepţia unităţii sanitare care are organizată şi aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii sau de direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă sau urmărite în regim ambulatoriu, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanţi legali, asociaţi, acţionari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soţ/soţie sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu.

 (4) Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu acordate în baza recomandărilor medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi nici a recomandărilor medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit şi statusul de performanţă ECOG al acestuia.

 (5) Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medici de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. Medicii de specialitate din spital recomandă îngrijiri medicale la domiciliu la externarea asiguratului, ca urmare a acordării unui serviciu de spitalizare raportat la casa de asigurări de sănătate.

 În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

 a) incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4.

(6) Recomandarea privind necesitatea efectuării îngrijirilor medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultaţii în ambulatoriu pentru recomandările eliberate de medicii de familie/medicii de specialitate din ambulatoriul clinic.

 ART. 2

 (1) Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 A la ordin.

 (2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire medicală la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de 114 lei (pentru mediul urban), respectiv 124 de lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 134 de lei (pentru mediul rural - peste 20 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 144 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate~~,~~ respectiv 153 de lei (pentru mediul rural - peste 40 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate, respectiv 163 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate). În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciilor de îngrijire la domiciliu, precum şi costurile de transport la adresa declarată de asigurat unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

 Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 A la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

 [Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4)] x tariful pe zi de îngrijire.

 Numărul şi tipul serviciilor efectuate trebuie să fie acelaşi cu numărul şi tipul serviciilor recomandate.

 (3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicităţii/periodicităţii serviciilor, consemnate în formularul "Recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu", dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni (în mai multe etape episoade de îngrijire), respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani. Un episod de îngrijire este de maxim 15 zile de îngrijiri, respectiv maximum 30 de zile pentru situaţiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia în care, conform recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

 (4) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri medicale la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, starea de sănătate a acestuia impune întreruperea furnizării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu avizul medicului care a emis recomandarea comunicat cu semnătură electronică extinsă/calificată, furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor medicale la domiciliu. Dacă întreruperea episodului de îngrijiri medicale la domiciliu este mai mare de 7 zile calendaristice, se reia întreaga procedură pentru o nouă recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3), dacă medicul consideră că acest lucru este necesar. Furnizorul anunță prin poșta electronică în aceeași zi casa de asigurări de sănătate despre întreruperea/reluarea acordării îngrijirilor medicale la domiciliu. Reluarea acordării serviciilor medicale la domiciliu se face de catre acelasi furnizor.

 (5) Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni;

 (6) Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu acordă servicii conform unui plan de îngrijiri stabilit în conformitate cu recomandările făcute de către medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale. Planul de îngrijiri poate fi modificat numai cu avizul medicului care a emis recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu, aviz transmis electronic, certificat cu semnătura electronică extinsă/calificată a acestuia.

 (7) Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire medicala la domiciliu care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura persoanei care a furnizat serviciul de îngrijire, precum şi evoluţia stării de sănătate. Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoana împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau a reprezentantului legal al asiguratului confirmă efectuarea acestor servicii prin semnarea.

 ART. 3

 (1) În vederea stabilirii valorii de contract personalul este punctat proporţional cu timpul lucrat la furnizor.

Punctajul se acordă pentru fiecare persoană din personalul medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu normă întreagă; pentru cei cu normă parţială se acordă unităţi proporţionale cu fracţiunea de normă lucrată, iar pentru asistentul medical nu se acordă punctaj pentru mai puţin de jumătate de normă. Pentru personalul care depăşeşte o normă întreagă se acordă punctaj şi pentru fracţiunea de normă lucrată ce depăşeşte norma întreagă.

Pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea cu contract individual de muncă de cel puțin 6 luni la furnizor, se acordă un punctaj suplimentar de 2 puncte/persoană.

 1. medic de specialitate clinică 20 puncte;

 2. medic de medicină generală 18 puncte;

 3. asistenţi medicali 13 puncte;

 4. fizioterapeut 13 puncte;

 5. logoped 13 puncte;

 Se consideră o normă întreagă astfel:

 - pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)

 - pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)

 - pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

- pentru un logoped - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

 (2) Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilesc astfel:

 a. se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor conform structurii de personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

 b. se calculează valoarea unui punct prin împărţirea sumei cu destinaţia îngrijiri medicale la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toţi furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu autorizaţi şi acreditaţi sau înscriși în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

 c. valoarea unui punct obţinută conform literei b se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate.

 (3) Suma contractată se defalchează pe trimestre şi pe luni.

 (4) Programul de activitate al furnizorului solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână.

Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri medicale la domiciliu.

Pentru activitatea desfăşurată în relaţie cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă şi duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu condiţia ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

 (5) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu, conform prevederilor alin. (1) - (3), se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii, cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care au obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

 Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare şi a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

 Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

 ART. 4

 (1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcţie de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate şi validate şi tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat şi confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz şi a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depăşită cu maximum 10% cu condiţia diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepţia lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv. La calcularea numărului maxim de zile de îngrijiri medicale la domiciliu ce pot fi efectuate şi raportate în vederea decontării de personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, se au în vedere:

 - timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră;

- numărul de ore/zi în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi acordă serviciile de îngrijiri la domiciliu.

 (2) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare, şi se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional.

În situaţia în care la unii furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în acelaşi trimestru şi-au epuizat valoarea de contract.

 Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

 Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

 (3) În trimestrul IV al anului calendaristic în situaţia în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea lunară de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

 Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

 Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

 În cazul în care nu există furnizori la care să poată fi redistribuite sumele rezultate din economii, acestea se pot utiliza ca fonduri suplimentare cu destinaţia îngrijiri paliative la domiciliu.

 (4) Furnizorii de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 30 de zile calendaristice al recomandării.

 ART. 5

 (1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenţei de îngrijiri la domiciliu.

 (2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi/acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere prevederile art. 3 din prezenta anexă.

    ART. 6

    (1) Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu, se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se ataşează la foaia de observaţie/fişa medicală, după caz.

    Al doilea exemplar al recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original de către asigurat/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu sau transmis prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, care va certifica încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul. Certificarea se face la momentul prezentării/primirii prin poștă sau curierat a recomandării în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul este aceeași cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile. În cazul în care recomandarea este transmisă prin  mijloace de comunicare electronică, precum și în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul nu este aceeași cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, certificarea se transmite prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată asiguratului/reprezentantului acestuia, în maxim 3 zile lucrătoare de la primirea recomandării. În cazul transmiterii prin poștă sau curierat, recomandarea certificată se va transmite asiguratului/reprezentantului acestuia prin poștă sau curierat în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea recomandării. Încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul, se face în limita prevăzută la art. 2 alin. (3), recomandarea cu certificarea încadrării în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul fiind ulterior predată furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu care îi va acorda serviciile respective. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, are obligația de a o transmite electronic furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

    Prezentarea recomandării/transmiterea acesteia prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile, se poate face de către acesta, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau pot fi depuse/transmise în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu.

     În cazul în care asiguraţii aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri medicale la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu,  prezintă recomandarea în original/transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii.  Casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile certifică încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia acesta prin comunicarea cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J., în termen de 3 zile lucrătoare de la data prezentării/transmiterii recomandării.

       În cazul în care asiguraţii aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri medicale la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială acoperită cu furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. .

     Recomandarea în original însoțită după caz, de certificarea transmisă asiguratului/reprezentantului legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, de către casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, prin mijloace de comunicare electronică  privind încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, are obligația de a o transmite electronic furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

    În cazul în care recomandarea se eliberează de medic la externarea din spital, se ataşează o copie a scrisorii medicale/biletului de externare care se prezintă/se transmite prin mijloace de comunicare electronică casei de asigurări de sănătate. Pentru aceste situaţii casa de asigurări de sănătate verifică dacă serviciile din recomandare sunt în sensul celor din scrisoarea medicală/biletul de externare, înainte de a certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijire. În cazul în care există neconcordanţe între datele înscrise pe recomandare şi cele din scrisoarea medicală/biletul de externare, casa de asigurări de sănătate nu va certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijiri la domiciliu pentru a fi luată în considerare recomandarea respectivă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

    Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării/transmiterii recomandării prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat, va înmâna/ transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat şi lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală cu datele de contact ale acestora.

   Casa de asigurări de sănătate păstrează în evidenţa proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri, respectiv o copie a certificării privind încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul transmise prin mijloace de comunicare electronică asiguratului şi va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

    Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu este de 30 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligaţia de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire şi la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligaţia să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situaţia în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obţinerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

    (2) Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal,  în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului,  cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

 ART. 7

 (1) În baza fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu recomandate şi efectuate. La solicitarea casei de asigurări de sănătate/Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate, furnizorul de servicii de îngrijiri la domiciliu va pune la dispoziţie fişele de îngrijiri medicale la domiciliu, precum şi documentul semnat electronic cu semnătură electronică extinsă/calificată de către medicul care a făcut recomandarea prin care acesta şi-a dat avizul pentru modificarea sau întreruperea schemei de îngrijire din recomandarea de îngrijiri medicale la domiciliu.

 (2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentului ordin.

 (3) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor prestate pentru perioada respectivă

 (4) Furnizorul de servicii medicale transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor medicale efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa recomandărilor aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

 ART. 8

 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizaţiilor furnizorilor întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

 ART. 9 Medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, care prescriu substanţe şi preparate stupefiante şi psihotrope pentru terapia durerii, respectă prevederile legale în vigoare privind condiţiile de prescriere a medicamentelor.

 **ANEXA 31 B**

 **CONDIŢIILE**

**acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu şi modalităţile de plată ale acestora**

 ART. 1

 (1) Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, eliberată de medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii cu supraspecializare/competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, sau medicii de specialitate din spital, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate.

 (2) Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu respectă modelul prezentat în anexa nr. 31 D la prezentul ordin.

 (3) Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, cu excepţia unităţii sanitare care are organizată şi aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii sau de direcţiile de sănătate publică judeţene şi a municipiului Bucureşti structură de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă sau urmărite în regim ambulatoriu, nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanţi legali, asociaţi, acţionari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu, soţ/soţie sau rude până la gradul IV cu reprezentantul legal al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu.

 (4) Casele de asigurări de sănătate nu decontează serviciile de îngrijiri paliative acordate în baza recomandărilor în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu şi care nu cuprind diagnosticul stabilit.

 (5) Medicii de familie, medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic, şi medicii cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate, recomandă îngrijiri paliative la domiciliu ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. Medicii de specialitate din spital recomandă îngrijiri paliative la domiciliu la externarea asiguratului, ca urmare a acordării unui serviciu de spitalizare raportat la casa de asigurări de sănătate.

 (6) Recomandarea privind necesitatea efectuării îngrijirilor paliative la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, în registrul de consultaţii în ambulatoriu, pentru recomandările eliberate de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic sau în registrul de consultaţii a cabinetului, pentru recomandările eliberate de medicii de familie.

 ART. 2

 (1) Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 B la ordin.

 (2) Tariful pe caz pentru un episod de îngrijiri paliative la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire corespunzător unui episod de îngrijire cu tariful pe o zi de îngrijire. Tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 204 lei (pentru mediul urban), respectiv 214 de lei (pentru mediul rural - peste 10 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 224 de lei (pentru mediul rural – peste 20 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate), respectiv 233 de lei (pentru mediul rural - peste 30 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate, respectiv 243 de lei (pentru mediul rural – peste 40 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate; sănătate~~,~~ respectiv 253 de lei (pentru mediul rural - peste 50 km în afara localităţii unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, acreditat sau înscris în procesul de acreditare al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

În tariful pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu sunt incluse costurile materialelor necesare pentru realizarea serviciului de îngrijire, precum şi costurile de transport ale personalului calificat la adresa declarată unde se acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu. Prin o zi de îngrijiri paliative la domiciliu se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu, pentru un asigurat. Timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient al echipei multidisciplinare este de 90 de minute.

 Acest tarif se aplică dacă pentru fiecare caz sunt stabilite prin planul de îngrijire minim 4 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 B la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În cazul în care sunt recomandate mai puțin de 4 servicii, tariful se reduce proporţional, funcţie de numărul serviciilor stabilite prin planul de îngrijire, conform formulei:

[Număr servicii stabilite prin planul de îngrijire / număr minim de servicii (4)] x tariful/zi de îngrijire.

 (3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni în mai multe etape (episoade de îngrijire), respectiv 180 zile de îngrijiri/în ultimele 11 luni pentru pacienții cu vârsta sub 18 ani. Un episod de îngrijire este de maximum 30 de zile de îngrijiri.

 Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În cazul în care, conform nevoilor identificate de echipa multidisciplinară şi consemnate în planul de îngrijiri paliative la domiciliu, îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile/180 de zile, după caz, în ultimele 11 luni se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile.

 Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu acordă servicii de îngrijiri paliative conform unui plan de îngrijiri stabilit de către medicul cu supraspecializare/competență/atestat în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

 Ritmicitatea acordării serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu se stabileşte pe baza protocolului de monitorizare în funcţie de nevoile pacientului identificate de echipa de îngrijire paliativă a furnizorului.

 Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării iniţiale a pacientului şi este revizuit în funcţie de necesităţile pacientului. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 31 E la ordin.

 Medicul cu supraspecializare/competență/atestat în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu poate stabili planul de îngrijire în funcţie de necesităţile pacientului; acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

 Planul de îngrijire paliativă se întocmeşte la prima vizită şi în termen de maximum 3 zile lucrătoare de la prima vizită se comunică la casa de asigurări de sănătate. În situaţia în care planul de îngrijire se modifică în funcţie de necesităţile pacientului, variaţiile planului de îngrijire sunt transmise casei de asigurări de sănătate odată cu raportarea lunară.

 (4) În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative la domiciliu unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în ziua în care a fost întreruptă acordarea îngrijirilor paliative la domiciliu. Dacă întreruperea episodului de îngrijiri paliative la domiciliu este mai mare de 32 zile calendaristice, se reia întreaga procedură pentru o nouă recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3), dacă medicul consideră că acest lucru este necesar. Furnizorul anunță prin poșta electronică în aceeași zi casa de asigurări de sănătate despre întreruperea/reluarea acordării îngrijirilor paliative la domiciliu. Reluarea acordării serviciilor medicale la domiciliu se face de catre acelasi furnizor.

 (5) Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu şi de 90 de zile de îngrijiri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni, cu excepția pacienților cu vârsta sub 18 ani care pot beneficia de 300 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și îngrijri paliative la domiciliu, în ultimele 11 luni.

 ART. 3

 (1) În vederea stabilirii valorii de contract se are în vedere punctajul corespunzător numărului de echipe multidisciplinare.

 (2) Echipa multidisciplinară de îngrijiri paliative la domiciliu este formată din minim un medic cu normă întreagă cu supraspecializare/competenţă/atestat de studii complementare de îngrijiri paliative, doi asistenţi medicali cu normă întreagă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, un psiholog specializat în psihologie clinică/consilierepsihologică/psihoterapie, cu jumătate de normă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, precum şi un fizioterapeut cu studii aprofundate în îngrijiri paliative cu un sfert de normă, având studii aprofundate în îngrijiri paliative la domiciliu. La furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu îşi poate desfăşura activitate şi alt personal, în funcţie de nevoile pacienţilor aflaţi în îngrijire.

 (3) Fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu obţine un punctaj corespunzător numărului de echipe multidisciplinare cu componenţă minimă.

 Se consideră o normă întreagă astfel:

 - pentru un medic - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)

 - pentru un psiholog - 35 ore/săptămână (7 ore x 5 zile/săptămână)

 - pentru un asistent medical - 40 ore/săptămână (8 ore/zi x 5 zile/săptămână)

 - pentru un fizioterapeut - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

 (4) Pentru fiecare echipă multidisciplinară cu componenţă minimă, un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu primeşte 20 de puncte. Nu se punctează personalul calificat care îşi desfăşoară activitatea la furnizor în afara componenţei minime a echipelor multidisciplinare. O normă întreagă poate fi acoperită şi de mai multe persoane cu aceeaşi calificare profesională.

 (5) Programul de activitate al furnizorului, solicitat a fi contractat cu casa de asigurări de sănătate, nu poate fi mai mic de 8 ore pe zi - de luni până vineri, respectiv 40 de ore/săptămână, cu obligaţia ca pentru cel puţin o normă pe zi (7ore) programul să fie acoperit de medic/medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

 Întregul program de activitate al furnizorului prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate trebuie să fie acoperit cu personal care furnizează servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

 Pentru activitatea desfăşurată în relaţie cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă şi duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu obligaţia ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de medic/medici şi de celălalt personal din cadrul echipei multidisciplinare care acordă în zilele respective servicii de îngrijiri paliative conform planurilor de îngrijire, şi care îşi desfăşoară activitate într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

 (6) Sumele maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu se stabilesc astfel:

 a. se stabileşte numărul total de puncte obţinut prin însumarea numărului de puncte obţinut de fiecare furnizor conform numărului de echipe multidisciplinare cu componenţă minimă formate din personal medico-sanitar care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu.

 b. se calculează valoarea unui punct prin împărţirea sumei cu destinaţia îngrijiri paliative la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toţi furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu autorizaţi şi acreditaţi sau înscrişi în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

 c. valoarea unui punct obţinută conform literei b se înmulţeşte cu numărul de puncte obţinut de fiecare furnizor, rezultând suma maxim posibil de contractat pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu cu casa de asigurări de sănătate. Suma contractată se defalchează pe trimestre şi luni.

 d. suma maxim posibil de contractat de un furnizor cu casa de asigurări de sănătate nu poate depăşi valoarea rezultată din înmulţirea tarifului pe zi de îngrijiri paliative la domiciliu cu numărul maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de furnizorul respectiv conform structurii de echipe multidisciplinare cu componenţă minimă şi programului de lucru al personalului din componenţa echipei.

 (7) Numărul maxim de vizite de îngrijiri paliative la domiciliu ce poate fi efectuat de o echipă multidisciplinară cu componentă minimă de îngrijiri paliative la domiciliu este de 18 vizite/zi.

 (8) În situaţia în care unul sau mai multe elemente care au stat la baza stabilirii punctajului pentru fiecare furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu, conform prevederilor alin. (1) - (6), se modifică în sensul diminuării faţă de condiţiile iniţiale şi furnizorii aduc la cunoştinţa caselor de asigurări de sănătate aceste situaţii - cu cel puţin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepţia situaţiilor neprevăzute, pe care au obligaţia să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte,suma stabilită iniţial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adiţional la contract începând cu luna următoare celei în care s-a produs modificarea.

 Recalcularea punctajului se va efectua în luna în care furnizorul a comunicat în scris casei de asigurări de sănătate această modificare şi a depus documente justificative, iar diminuarea valorii de contract se va efectua începând cu luna următoare celei în care s-a realizat recalcularea punctajului.

 Sumele obţinute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinaţie iniţială.

 ART. 4

 (1) Decontarea lunară de către casele de asigurări de sănătate se face în funcţie de numărul de zile de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate, raportate şi validate şi tariful pe zi de îngrijire paliativă, în limita numărului de zile recomandat şi confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz şi a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depăşită cu maximum 10% cu condiţia diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepţia lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situaţie, în cadrul unui trimestru valorile lunare se pot modifica pe baza cererii scrise a furnizorului, înregistrată până cel târziu în ultimele 3 zile lucrătoare ale fiecărei luni, cu obligativitatea încadrării în suma contractată în trimestrul respectiv.

 La calcularea numărului maxim de zile de îngrijiri paliative la domiciliu ce pot fi efectuate şi raportate în vederea decontării, de personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor, se au în vedere:

 - timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 90 de minute

 - numărul de ore/zi în contract cu casa de asigurări de sănătate pentru personalul care îşi desfăşoară activitatea la furnizor şi acordă serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu.

 (2) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de îngrijire paliativă se redistribuie la acelaşi furnizor prin acte adiţionale pentru lunile următoare, şi se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijire paliativă acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional.

 În situaţia în care la unii furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârşitul unui trimestru sume neconsumate faţă de suma trimestrială prevăzută în contract/act adiţional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adiţional la contract/act adiţional valoarea trimestrială contractată iniţial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în acelaşi trimestru şi-au epuizat valoarea de contract.

 Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor pentru trimestrul pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

 Dacă din valoarea trimestrială de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5%, se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in trimestrul urmator.

 (3) În trimestrul IV al anului calendaristic în situaţia în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se înregistrează la sfârşitul fiecărei luni sume neconsumate faţă de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adiţional la contract, valoarea lunară contractată iniţial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adiţional la furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu care în luna respectivă şi-au epuizat valoarea de contract. Dacă din valoarea de contract a rămas neconsumată o sumă reprezentând un procent de maximum 5% se consideră epuizată valoarea de contract. Pentru furnizorii care se gasesc in situatia in care suma neconsumata se incadreaza in procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiasi furnizor in luna urmatoare.

 Suma din actul adiţional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii actului adiţional şi se repartizează proporţional în funcţie de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs şi până la sfârşitul lunii pentru care se face regularizarea, suplimentând valoarea de contract.

 Consumul mediu lunar se referă la contravaloarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu decontate de casa de asigurări de sănătate.

 (4) În cazul în care nu există furnizori la care să poată fi redistribuite sumele rezultate din economii, acestea se pot utiliza ca fonduri suplimentare cu destinaţia îngrijiri medicale la domiciliu.

 (5) Furnizorii de servicii de îngrijire paliativă la domiciliu pot întocmi liste de prioritate pentru furnizarea serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu, dacă este cazul, în termenul de valabilitate de 60 de zile calendaristice al recomandării.

 ART. 5

 (1) Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenţei de îngrijire la domiciliu.

 (2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinaţia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi/acte adiţionale la contractele iniţiale şi vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu acordate asiguraţilor de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adiţional la contractul/actul adiţional iniţial se stabileşte avându-se în vedere prevederile art. 3 din prezenta anexă.

    ART. 6

    (1) Recomandarea pentru îngrijiri paliative la domiciliu, se eliberează în 2 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se ataşează la foaia de observaţie/fişa medicală, după caz.

    Al doilea exemplar al recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original de către asigurat/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu sau transmis prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii, care va certifica încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul. Certificarea se face la momentul prezentării/primirii prin poștă sau curierat a recomandării în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul este aceeași cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile. În cazul în care recomandarea este transmisă prin  mijloace de comunicare electronică, precum și în cazul în care casa de asigurări de sănătate în evidența căreia este asiguratul nu este aceeași cu casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, certificarea se transmite prin mijloace de comunicare electronică cu semnatura extinsă/calificată asiguratului/reprezentantului acestuia, în maxim 3 zile lucrătoare de la primirea recomandării. În cazul transmiterii prin poștă sau curierat, recomandarea certificată se va transmite asiguratului/reprezentantului acestuia prin poștă sau curierat în maximum 2 zile lucrătoare de la primirea recomandării. Încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul, se face în limita prevăzută la art. 2 alin. (3), recomandarea cu certificarea încadrării în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul fiind ulterior predată furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, are obligația de a o transmite electronic furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

    Prezentarea recomandării/transmiterea acesteia prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat la casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile, se poate face de către acesta, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, persoană împuternicită legal de acesta prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, sau pot fi depuse/transmise în numele asiguratului de orice persoană, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu.

     În cazul în care asiguraţii aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială care nu este acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu,  prezintă recomandarea în original/transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat casei de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească aceste servicii.  Casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială asiguratul solicită să primească serviciile certifică încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia acesta prin comunicarea cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , în termen de 3 zile lucrătoare de la data prezentării/transmiterii recomandării.

       În cazul în care asiguraţii aflați în evidența C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. solicită îngrijiri paliative la domiciliu într-o zonă administrativ-teritorială acoperită cu furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu aflați în relație contractuală cu C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. , asiguratul sau reprezentantul său legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, prezintă recomandarea în original/o transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat C.A.S.A.O.P.S.N.A.J. .

     Recomandarea în original însoțită după caz, de certificarea transmisă asiguratului/reprezentantului legal, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, de către casa de asigurări de sănătate în a cărei rază administrativ teritorială solicită să primească serviciile, prin mijloace de comunicare electronică  privind încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În cazul transmiterii de către casa de asigurări de sănătate a certificării prin mijloace de comunicare electronică, asiguratul/reprezentantul acestuia, cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, are obligația de a o transmite electronic furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, odată cu prezentarea recomandării în original.

    În cazul în care recomandarea se eliberează de medic la externarea din spital, se ataşează o copie a scrisorii medicale/biletului de externare care se prezintă/se transmite prin mijloace de comunicare electronică casei de asigurări de sănătate. Pentru aceste situaţii casa de asigurări de sănătate verifică dacă serviciile din recomandare sunt în sensul celor din scrisoarea medicală/biletul de externare, înainte de a certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijire. În cazul în care există neconcordanţe între datele înscrise pe recomandare şi cele din scrisoarea medicală/biletul de externare, casa de asigurări de sănătate nu va certifica pe recomandare numărul de zile de îngrijiri la domiciliu pentru a fi luată în considerare recomandarea respectivă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu. Pe perioada de valabilitate a unei recomandări certificată de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

    Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării/transmiterii recomandării prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat, va înmâna/ transmite prin mijloace de comunicare electronică, poștă sau curierat şi lista furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relaţie contractuală cu datele de contact ale acestora.

   Casa de asigurări de sănătate păstrează în evidenţa proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri, respectiv o copie a certificării privind încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul transmise prin mijloace de comunicare electronică asiguratului şi va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

    Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de 60 de zile calendaristice de la data emiterii recomandării, fără a lua în calcul ziua în care a fost emisă recomandarea. Termenul în care asiguratul are obligaţia de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire şi la furnizorul de îngrijiri la domiciliu este de maximum 10 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligaţia să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu. În situaţia în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obţinerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

    (2) Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I şi II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal,  în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului,  cu excepția reprezentanților legali ai furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

 ART. 7

 (1) În baza planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmeşte factura lunară şi desfăşurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu efectuate.

 (2) Reprezentantul legal al furnizorului de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu facturează caselor de asigurări de sănătate, lunar, şi transmite la casa de asigurări de sănătate până la termenul prevăzut în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu activitatea realizată în luna anterioară, conform contractului încheiat cu casa de asigurări de sănătate, care se verifică de către casele de asigurări de sănătate în vederea decontării şi se validează conform prezentului ordin.

 (3) Nerespectarea termenului de raportare atrage nedecontarea la termenele stabilite a serviciilor prestate pentru perioada respectivă.

 (4) Furnizorul de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu transmite la casa de asigurări de sănătate lunar, odată cu raportarea, în vederea decontării serviciilor de îngrijire efectuate conform contractului, un borderou centralizator cuprinzând evidenţa recomandărilor aferente serviciilor de îngrijire raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoţeşte factura.

 ART. 8

 Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie sau la cererea Comisiei de Paliaţie a Ministerului Sănătăţii sau a organizaţiilor profesionale întâlniri cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunţurile privind data şi locul desfăşurării întâlnirilor vor fi afişate pe pagina web şi la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puţin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative şi vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

 ART. 9

 Medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, pot prescrie medicamente cu sau fără contribuţie personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripţie medicală electronică/formularul de prescripţie medicală cu regim special unic pe ţară pentru prescrierea substanţelor şi preparatelor stupefiante şi psihotrope, după caz, cu respectarea prevederilor legale în vigoare privind condiţiile de prescriere a medicamentelor.