

ANEXA 31 A

CONDIȚIILE

acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu și modalitățile 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 performanță 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 și de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraților, medici aflați în relații 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 excepția unității sanitare care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății sau de direcțiile de sănătate publică județene și a municipiului București 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 reprezentanți legali, asociați, acționari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soț/soție 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 și nici a recomandărilor medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit și statusul de performanță ECOG al acestuia.

(5) Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecință a consultației 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 funcție de statusul de performanță ECOG, bolnavul poate fi:

a) incapabil să desfășoare activități casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă și/sau alimentație și/sau mobilizare) - statusul de performanță ECOG 3;

b) complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentație, mobilizare) - statusul de performanță 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 consultații 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 obține înmulțind 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 localității 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 localității 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 localității 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 localității 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 localității 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 și costurile de transport la adresa declarată de asigurat unde se acordă serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu. Prin o zi de îngrijire se înțelege 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 proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

$$[\text{Număr servicii recomandate} / \text{număr minim de servicii (4)}] \times \text{tariful pe zi de îngrijire.}$$

Numărul și tipul serviciilor efectuate trebuie să fie același cu numărul și tipul serviciilor recomandate.

(3) Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabilește de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicității/periodicității 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 situațiile justificate medical de către medicul care face recomandarea. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situația 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 situația 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 dorește să renunțe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunță în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relație 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 către același furnizor.

(5) Un asigurat poate beneficia de 90 de zile de îngrijiri medicale la domiciliu și 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 îngrijiri 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 și medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și 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 fișă de îngrijire medicală la domiciliu care conține datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale acordate, data și ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura persoanei care a furnizat serviciul de îngrijire, precum și evoluția stării de sănătate. Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, 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 proporțional cu timpul lucrat la furnizor. Punctajul se acordă pentru fiecare persoană din personalul medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor cu normă întreagă; pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată, iar pentru asistentul medical nu se acordă punctaj pentru mai puțin de jumătate de normă. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

Pentru personalul care își desfășoară 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. asistenți 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 stabilește numărul total de puncte obținut prin însumarea numărului de puncte obținut de fiecare furnizor conform structurii de personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

b. se calculează valoarea unui punct prin împărțirea sumei cu destinația îngrijiri medicale la domiciliu la numărul de puncte cumulat de toți furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu autorizați și acreditați sau înscriși în procesul de acreditare, eligibili pentru a intra în relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

c. valoarea unui punct obținută conform literei b se înmulțește cu numărul de puncte obținut 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 și 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 desfășurată în relație cu casa de asigurări de sănătate în zilele de sâmbătă și duminică, respectiv sărbători legale, programul furnizorului pentru aceste zile poate fi mai mic de 8 ore/zi, cu condiția ca programul de lucru din aceste zile să fie acoperit de personal medico-sanitar care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

(5) În situația 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 față de condițiile inițiale și furnizorii aduc la cunoștința caselor de asigurări de sănătate aceste situații, cu cel puțin trei zile înaintea datei la care modificarea produce efecte, cu excepția situațiilor neprevăzute, pe care au obligația să le notifice cel târziu în ziua în care modificarea produce efecte, suma stabilită inițial se diminuează corespunzător, prin încheierea unui act adițional 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 și 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 obținute ca disponibil din aceste diminuări la nivelul caselor de asigurări de sănătate se vor folosi la reîntregirea sumelor alocate cu destinație inițială.

ART. 4

(1) Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu se face lunar, în funcție de numărul de zile îngrijiri medicale la domiciliu efectuate, raportate și validate și tariful pe zi de îngrijire, în limita numărului de zile recomandat și confirmat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz și a sumelor contractate. Valoarea lunară de contract poate fi depășită cu maximum 10% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare, cu excepția lunii decembrie, cu încadrarea în valoarea contractată pentru trimestrul respectiv. În această situație, 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 și raportate în vederea decontării de personalul care își desfășoară 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 își desfășoară activitatea la furnizor și acordă serviciile de îngrijiri la domiciliu.

(2) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare, și se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional.

În situația în care la unii furnizori de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract/act adițional, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract/act adițional valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în același trimestru și-au epuizat valoarea de contract.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție 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 găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiași furnizor în trimestrul următor.

(3) În trimestrul IV al anului calendaristic în situația în care la unii furnizori de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se înregistrează la sfârșitul fiecărei luni sume neconsumate față de suma lunară prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua, printr-un act adițional la contract, valoarea lunară contractată inițial aferentă lunii respective cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii vor fi contractate printr-un act adițional la furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu care în luna respectivă și-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 găsesc în situația în care suma neconsumată se încadrează în procentul de 5%, aceasta suma se redistribuie aceluiași furnizor în luna următoare.

Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii actului adițional și se repartizează proporțional în funcție de consumul mediu lunar stabilit pentru fiecare furnizor de la data încheierii contractului pentru anul în curs și până la sfârșitul 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 destinația 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 asistenței de îngrijiri la domiciliu.

(2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul în curs cu destinația de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu vor fi contractate de casele de asigurări de sănătate prin încheiere de contracte noi/acte adiționale la contractele inițiale și vor fi utilizate pentru decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu acordate asiguraților de la data încheierii acestora. Valoarea contractului, respectiv a actului adițional la contractul/actul adițional inițial se stabilește 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 atașează la foaia de observație/fișa 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 și II, soț/soție, 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 asigurații 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 asigurații 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 atașează 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 situații 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 neconcordanțe între datele înscrise pe recomandare și 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 și lista furnizorilor de îngrijiri medicale la domiciliu cu care se află în relație contractuală cu datele de contact ale acestora.

Casa de asigurări de sănătate păstrează în evidența 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 și 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 obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și 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 obligația să înceapă acordarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri la domiciliu nu începe în termenul de valabilitate al recomandării, este necesară obținerea unei noi recomandări, dacă starea de sănătate a asiguratului impune aceasta.

(2) Asiguratul, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soț/soție, 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 relații contractuale cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 7

(1) În baza fișelor de îngrijiri medicale la domiciliu, pentru serviciile de îngrijire acordate în decursul unei luni calendaristice, furnizorul întocmește factura lunară și desfășurătorul lunar al serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu recomandate și efectuate. La solicitarea casei de asigurări de sănătate/Casei Naționale de Asigurări de Sănătate, furnizorul de servicii de îngrijiri la domiciliu va pune la dispoziție fișele de îngrijiri medicale la domiciliu, precum și documentul semnat electronic cu semnătură electronică

extinsă/calificată de către medicul care a făcut recomandarea prin care acesta și-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, și 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 și 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 evidența recomandărilor aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

ART. 8

Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizațiilor furnizorilor întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu pentru a analiza aspecte privind respectarea prevederilor actelor normative în vigoare. Anunțurile privind data și locul desfășurării întâlnirilor vor fi afișate pe pagina web și la sediul casei de asigurări de sănătate cu cel puțin 3 zile lucrătoare anterior datei întâlnirii. Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor informa asupra modificărilor apărute în actele normative și vor stabili împreună cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității.

ART. 9 Medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, care prescriu substanțe și preparate stupefiante și psihotrope pentru terapia durerii, respectă prevederile legale în vigoare privind condițiile de prescriere a medicamentelor.