**Anexa 31B**

**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 specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii cu competență / atestat de studii complementare în îngrijiri paliative, sau de 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 cu paturi care are organizată şi aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii structură de îngrijiri paliative la domiciliu, pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanţi legali, medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, 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.

 Furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu nu poate efectua servicii de îngrijiri paliative la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la acelaşi furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu sau la acelaşi furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte şi pentru specialităţi clinice, inclusiv pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu și pentru medicină fizică şi de reabilitare.

 (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 și care nu cuprind diagnosticul stabilit.

 (5) Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate clinic și medicii cu competență/atestat de studii complementare în îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate, recomandă îngrijiri paliative la domiciliu numai ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate 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, sau în registrul de consultaţii în ambulatoriu, pentru recomandările eliberate de medicii de specialitate din ambulatoriul clinic.

 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 maximal pe o zi de îngrijiri paliative la domiciliu este de 105 lei.

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 caz contrar, 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). Un episod de îngrijire este de maxim 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/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 atestat în îngrijiri paliative care îşi desfăşoară activitatea la furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica și în timpul sărbătorilor legale.

 Ritmicitatea acordării serviciilor de îngrijire paliativă la domiciliu se stabilește pe baza protocolului de monitorizare în funcție 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 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 întocmește la prima vizită și 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. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative la domiciliu asiguratul are nevoie de o nouă recomandare.

 (5) În situaţia în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât şi de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijiri medicale şi îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 90 de zile 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 competență/atestat de studii complementare de îngrijiri paliative, doi asistenţi medicali cu normă întreagă cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, un psiholog specializat in psihologie clinica/consiliere psihologica/psihoterapie, cu jumătate de norma cu studii aprofundate în îngrijiri paliative, precum și un kinetoterapeut/fiziokinetoterapeut/profesor de cultura fizica medicala cu studii aprofundate în îngrijiri paliative cu un sfert de norma, având studii aprofundate în îngrijiri paliative la domiciliu. La furnizorul de îngrijiri paliative la domiciliu își poate desfășura 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 fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală - 35 ore/săptămână (7 ore/zi x 5 zile/săptămână)

 (4) Pentru fiecare echipa multidisciplinară cu componenţă minimă, un furnizor de îngrijiri paliative la domiciliu primeşte 20 de puncte. Nu se punctează personalul calificat care își desfășoară 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 (7 ore) 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 desfășurată 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 și de celălalt personal din cadrul echipei multidisciplinare care acordă în zilele respective servicii de îngrijiri paliative conform planurilor de îngrijire, și 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 evaluaţi, 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 și programului de lucru al personalului din componența echipei.

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

 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 și validate și tariful pe zi de îngrijire paliativă, 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 5% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare.

 La calcularea numărului maxim de zile de îngrijiri paliative 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 90 de minute

- 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 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.

 (3) În trimestrul IV 2018, 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 valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică decât tariful în lei reprezentând contravaloarea unei zile de îngrijiri paliative la domiciliu, se consideră că a fost epuizată 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 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 destinația 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.

 (6) Deciziile de aprobare pentru îngrijiri paliative la domiciliu emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 aprilie 2018, aflate în derulare, își păstrează valabilitatea, cu condiția ca serviciile de îngrijiri paliative să facă obiectul pachetului de bază. Serviciile de îngrijire aferente deciziilor emise de casele de asigurări de sănătate anterior datei de 1 aprilie 2018 se decontează la tariful înscris pe decizie, cu încadrare în valoarea de contract.

 Art. 5. - (1) Decontarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenţei de îngrijire paliativă la domiciliu.

 (2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2018 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. În ziua în care a făcut recomandarea, medicul are obligația să o transmită electronic, cu semnătură electronică extinsă/calificată, casei de asigurări de sănătate. Al doilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi prezentat în original de către asigurat/reprezentantul acestuia casei de asigurări de sănătate, care va certifica – la momentul prezentării recomandării - încadrarea în numărul de zile de îngrijiri de care poate beneficia asiguratul, în limita prevăzută la art. 2 alin. (3) și ulterior predat furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective.

 Prezentarea recomandării la casa de asigurări de sănătate se poate face de către asigurat, unul dintre membrii familiei de grad I și II, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului.

 În situația în care asiguratul se prezintă la casa de asigurări de sănătate cu un exemplar al recomandării, iar medicul care a făcut recomandarea nu a transmis-o casei de asigurări de sănătate, se sesizează structura de control proprie pentru luarea măsurilor ce se impun.

 Recomandarea în original se depune la un singur furnizor, numai în ziua începerii acordării serviciilor 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 păstrează în evidența proprie o copie a recomandării pe care a fost certificat numărul de zile de îngrijiri și va înregistra în PIAS toate datele din recomandare. Recomandarea va primi în PIAS un număr unic de identificare.

 Casa de asigurări de sănătate la momentul prezentării recomandării va înmâna și lista de furnizori de îngrijiri paliative la domiciliu cu care se află în relație contractuală, respectiv datele de contact ale acestora.

 Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri paliative la domiciliu este de maximum 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 obligația de a se prezenta la casa de asigurări de sănătate - pentru certificarea numărului de zile de îngrijire și la furnizorul de îngrijiri paliative domiciliu este de maximum 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării. În termenul de valabilitate al recomandării furnizorul are obligația să înceapă acordareaserviciilor de îngrijiripaliative la domiciliu. În situația în care acordarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu nu se 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, soţ/soţie, o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, 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 Paliație a Ministerului Sănătății 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. Neparticiparea furnizorilor de îngrijiri paliative la domiciliu la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

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