**INSTRUCŢIUNI**

**privind utilizarea şi modul de completare a biletului de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletului de internare utilizat în sistemul asigurărilor sociale de sănătate**

**A. Principii generale:**

1. Recomandarea pentru servicii medicale clinice/în vederea internării în unităţi sanitare cu paturi sau în unităţi sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să furnizeze servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi, atunci când este cazul, se face pe formularul cu regim special descris în anexa nr. 1 la ordin. Utilizarea altor formulare pentru recomandarea de servicii medicale clinice/în vederea internării în unităţi sanitare cu paturi sau în unităţi sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să furnizeze servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, atrage răspunderea furnizorului şi conduce la aplicarea măsurilor prevăzute în contractul-cadru şi în normele metodologice de aplicare a acestuia.

2. Biletul de trimitere pentru servicii medicale clinice/Biletul de internare în unităţi sanitare cu paturi sau în unităţi sanitare autorizate de Ministerul Sănătăţii să furnizeze servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi, denumit în continuare bilet de trimitere/de internare, se completează de către medicii aflaţi în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, respectiv cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, precum şi de către medicii cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere/de internare eliberate, în baza convenţiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condiţiile contractului-cadru şi ale normelor metodologice de aplicare a acestuia.

Biletul de trimitere/de internare se completează şi de către medicii din unităţile sanitare cu paturi pentru pacienţii spitalizaţi

care necesită, la externare, recomandare pentru servicii medicale de reabilitare medicală în ambulatoriu, respectiv servicii medicale de recuperare şi reabilitare medicală în spitale de recuperare, secţii/compartimente din spitale, sanatorii/secţii sanatoriale pentru adulţi şi copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiţi conform <LLNK 11990 31 11 211 0 30>Legii societăţilor nr. 31/1990, republicată, cu modificările şi completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătăţii ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătăţii secţii sanatoriale balneare.

3. Se interzic:

- emiterea biletelor de trimitere/de internare de către medicii care nu au încheiat contracte de furnizare de servicii medicale cu casele de asigurări de sănătate sau Casa Naţională de Asigurări de Sănătate, respectiv convenţii în baza cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere/de internare, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;

– emiterea de către unităţile sanitare cu paturi a biletelor de trimitere pentru pacienţii spitalizaţi, în decursul internării acestora, precum şi a celor pentru servicii medicale contra cost, deoarece tratamentul pacienţilor internaţi se asigură integral de către respectiva unitate sanitară cu paturi, indiferent de afecţiunile asociate.

4. Serviciile medicale clinice/spitaliceşti se pot efectua de către orice furnizor de servicii medicale clinice/spitaliceşti aflat în relaţie contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condiţiile prevăzute în contractul-cadru şi în normele metodologice de aplicare a acestuia.

**B. Instrucţiuni privind utilizarea formularelor biletelor de trimitere/de internare, în sistemul de asigurări sociale de sănătate**

1. Biletul de trimitere/de internare este tipărit pe hârtie autocopiantă în două culori. Exemplarul 2 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarul 1 (alb) se predă pacientului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale care va stabili conduita de urmat. Furnizorul de servicii medicale va păstra exemplarul alb (originalul) pe care îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

2. În situaţia în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere/de internare există formulare greşit tipărite, incomplete sau completate greşit de către medic, se va scrie cuvântul "ANULAT" pe formular şi acesta nu va fi decupat din carnet. Aceste file vor fi pliate, rămânând în carnet. Pe versoul cotorului ultimului bilet de trimitere/de internare se va preciza: "Acest carnet conţine... file (în cifre şi în litere), de la numărul ... la numărul ..., şi ... file anulate."

3. Gestionarea, distribuirea şi achiziţionarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare se vor face după cum urmează:

a) carnetele înseriate şi numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcţie de necesităţi, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale care are dreptul de a trimite pacientul către alte specialităţi sau către o unitate sanitară cu paturi/unitate sanitară autorizată de Ministerul Sănătăţii să furnizeze servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, şi care a încheiat în prealabil contract/convenţie cu aceasta, asigurând evidenţa biletelor de trimitere/de internare distribuite furnizorilor de servicii medicale;

b) gestionarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare la nivelul caselor de asigurări de sănătate se va face potrivit reglementărilor legale în vigoare;

c) furnizorii de servicii medicale îşi vor asigura la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţii contractuale sau cu care au încheiat convenţie;

d) achiziţia formularelor de bilete de trimitere/de internare se va face de către reprezentantul legal al furnizorului de servicii medicale sau de către delegatul acestuia, pe baza facturii.

4. Furnizorul de servicii medicale îşi va organiza modul de gestionare şi evidenţă a carnetelor cu bilete de trimitere/de internare, precum şi modul de păstrare a carnetelor epuizate.

Pentru furnizorii de servicii medicale cu mai mulţi medici angajaţi care au dreptul de a trimite pacientul către alte specialităţi clinice sau către o unitate sanitară cu paturi/unitate sanitară autorizată de Ministerul Sănătăţii să furnizeze servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, distribuirea şi arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conţine următoarele rubrici obligatorii: numele şi prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire şi parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 2, seria biletelor de trimitere/de internare returnate (exemplarul 2), semnătura de returnare şi parafa.

Înregistrarea biletelor de trimitere/de internare emise pacienţilor se va face în registrul de consultaţii, la rubrica "Recomandări", unde se vor nota seria şi numărul biletului de trimitere/de internare emis.0

**C. Instrucţiuni de completare a formularelor biletelor de trimitere/de internare utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate**

Formularele biletelor de trimitere/de internare se completează în succesiunea numerelor şi în ordinea cronologică a consultaţiilor, astfel:

***Cod de bare***

Formularele cu regim special - biletele de trimitere/de internare vor avea inscripţionat codul de bare aferent seriei şi numărului formularelor respective.

***Câmpul 1 - «Către specialitatea clinică»:***

- se va menţiona specialitatea clinică către care este îndrumat pacientul pentru servicii medicale clinice sau în vederea internării, atunci când este cazul.

În situaţia în care pacientului îi sunt recomandate servicii de îngrijiri paliative în ambulatoriu de specialitate sau servicii de acupunctură în ambulatoriu de specialitate, se va specifica «îngrijiri paliative în ambulatoriu», respectiv «acupunctură», după caz.

În situaţia în care pacientul este îndrumat în vederea internării, se va specifica specialitatea clinică către care este îndrumat şi se va adăuga sintagma «- internare».

În situaţia în care pacientul este îndrumat în vederea internării într-o secţie de îngrijiri paliative, se va specifica «îngrijiri paliative - internare

***Câmpul 2 - "Unitate medicală":***

a) se completează cu denumirea unităţii medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unităţii sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat contract/convenţie, numărul contractului de furnizare de servicii medicale/convenţiei în baza căruia/căreia medicul care efectuează trimiterea prestează serviciul. Se poate aplica şi codul de bare aferent numărului contractului/convenţiei de furnizare de servicii medicale;

b) se alege prin bifare cu "x" categoria de furnizor de servicii medicale, după cum urmează:

- "MF" pentru furnizorii de servicii de asistenţă medicală primară;

– "Amb. Spec." pentru furnizorii de servicii ambulatorii de specialitate.

Medicii angajaţi ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital şi casele de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuţa "Amb. Spec." atunci când emit un bilet de trimitere/de internare pacienţilor consultaţi în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

- "Unitate sanitară cu paturi" pentru furnizorii de servicii medicale spitaliceşti, inclusiv pentru cei autorizaţi de Ministerul Sănătăţii să furnizeze servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi, respectiv pentru centrele de dializă private aflate în relaţie contractuală cu Casa Naţională de Asigurări de Sănătate;

– "Altele" pentru situaţia în care se eliberează bilete de trimitere/de internare în baza convenţiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru recunoaşterea acestora;

c) "Nivel de prioritate" - se va bifa cu "x" căsuţa corespunzătoare nivelului de prioritate al serviciilor medicale clinice recomandate sau al recomandării de internare.

***Câmpul 3 - "Date de identificare pacient":***

a) "Asigurat la CAS/Neasigurat"

- dacă pacientul este asigurat, se va tăia cu o linie "Neasigurat" şi se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidenţa căreia se află asiguratul;

– dacă pacientul este neasigurat, se va tăia cu o linie "Asigurat la CAS";

b) "RC" - se completează numărul din registrul de consultaţii (RC);

c) se alege prin bifare cu "x" categoria în care se încadrează asiguratul. Medicul va bifa o singură categorie de asigurat, astfel:

- se bifează categoria "Salariat" pentru toate persoanele angajate în sectorul public/privat care fac dovada plăţii contribuţiei la Fondul naţional unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

– se bifează categoria "Co-asigurat" pentru soţul, soţia şi părinţii fără venituri proprii, aflaţi în întreţinerea unei persoane asigurate;

– se bifează căsuţa "Liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

– se bifează categoria "Copil (< 18 ani)" pentru toate persoanele care fac dovada calităţii lor de asigurat printr-un document cu valabilitate legală (certificat de naştere, carte de identitate);

– se bifează categoria «Elev/ucenic/student (18-26 ani)» pentru toate persoanele de la 18 la 26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenţi de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni de la terminarea studiilor, ucenicii sau studenţii, precum şi persoanele care urmează modulul instruirii individuale, pe baza cererii lor, pentru a deveni soldaţi sau gradaţi profesionişti;

– se bifează căsuţa "Gravidă/Lehuză" numai pentru femeile gravide şi lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul de bază minim brut pe ţară (conform prevederilor <LLNK 12006 95 10 201 0 17>Legii nr. 95/2006 privind reforma în domeniul sănătăţii, cu modificările şi completările ulterioare). Pentru femeile gravide/lehuze care nu se încadrează în această categorie se bifează exclusiv categoria de asigurat din care fac parte;

– se bifează căsuţa «Pensionar» pentru toate persoanele care îşi dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie

– se bifează căsuţa "Veteran", "Revoluţionar" sau "Handicap" pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale;

– se bifează căsuţa "PNS" şi se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecţiuni incluse în Programul naţional de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătăţii, până la vindecarea respectivei afecţiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluşi în program;

– se bifează căsuţa "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit <LLNK 12001 416 10 201 0 18>Legii nr. 416/2001 privind venitul minim garantat, cu modificările şi completările ulterioare;

– se bifează căsuţa "Şomaj" pentru persoanele care beneficiază de indemnizaţia de şomaj;

– se bifează căsuţa "Personal contractual" pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual conform Ordinului ministrului sănătăţii publice şi al preşedintelui Casei Naţionale de Asigurări de Sănătate nr. 886/218/2007 pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor <LLNK 12004 115180 301 0 68>art. 24 alin. (1) din Ordonanţa de urgenţă a Guvernului nr. 115/2004 privind salarizarea şi alte drepturi ale personalului contractual din unităţile sanitare publice din sectorul sanitar, cu modificările şi completările ulterioare;

– se bifează căsuţa "Card european (CE)" pentru pacienţii din statele membre ale Uniunii Europene/ale Spaţiului Economic European/ai Confederaţiei Elveţiene (cu excepţia României), titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate.

– se bifează căsuţa "Acorduri internaţionale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor, înţelegerilor, convenţiilor sau protocoalelor internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii, la care România este parte;

– la rubrica "Alte categorii" se va nota:

● cifra 1, pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere, menţionându-se expres categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale ( <LLNK 12002 309 10 201 0 18>Legea nr. 309/2002 privind recunoaşterea şi acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcţiei Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările şi completările ulterioare, <LLNK 11990 118 411831 0 26>Decretul-lege nr. 118/1990 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate din motive politice de dictatura instaurată cu începere de la 6 martie 1945, precum şi celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, <LLNK 11993 51 10 201 0 17>Legea nr. 51/1993 privind acordarea unor drepturi magistraţilor care au fost înlăturaţi din justiţie pentru considerente politice în perioada anilor 1945-1989, cu modificările ulterioare, <LLNK 11999 105130 301 0 33>Ordonanţa Guvernului nr. 105/1999 privind acordarea unor drepturi persoanelor persecutate de către regimurile instaurate în România cu începere de la 6 septembrie 1940 până la 6 martie 1945 din motive etnice, aprobată cu modificări şi completări prin <LLNK 12000 189 10 201 0 18>Legea nr. 189/2000 , cu modificările şi completările ulterioare);

● cifra 2, pentru beneficiarii formularelor europene, menţionându-se distinct fiecare tip de formular european, respectiv: E 106; E 109; E 112; E 120; E 121; pot fi menţionate şi formularele europene S - corespondente acestor formulare;

Pentru cetăţenii străini menţionaţi mai sus se va preciza cetăţenia, prin selecţia codului ţării din Lista abrevierilor pentru ţările cu care România are acorduri, înţelegeri, convenţii sau protocoale internaţionale cu prevederi în domeniul sănătăţii şi statele membre ale Uniunii Europene, ale Spaţiului Economic European şi Confederaţia Elveţiană, conform prevederilor respectivelor documente, prevăzută în anexa nr. 3.

***Câmpul 4:***

- **"Diagnostic prezumtiv":** - se vor completa denumirea în clar a diagnosticului prezumtiv, precum şi căsuţele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului prezumtiv pentru care se recomandă trimiterea pentru servicii medicale clinice/internare, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală.

În biletele de trimitere emise de medicii de familie în cadrul consultaţiilor preventive din pachetul de bază, prin care se recomandă servicii medicale clinice, codul de diagnostic completat va fi 999.

**– Tip diagnostic:**

(i) - se va bifa cu "x": căsuţa P pentru servicii medicale clinice specifice pentru unele afecţiuni cuprinse în programele naţionale de sănătate: diabetul şi bolile de nutriţie, precum şi cele pentru afecţiunile oncologice; căsuţa A/S pentru servicii medicale clinice pentru afecţiunile acute/ subacute/acutizări ale bolilor cronice; căsuţa C pentru servicii medicale clinice pentru bolile cronice, altele decât cele incluse în programele naţionale de sănătate: diabet şi boli de nutriţie, precum şi cele pentru afecţiuni oncologice; căsuţa M pentru efectuarea de servicii medicale clinice pentru cazurile la care se realizează plan de management integrat pentru boli cronice cu impact major asupra poverii îmbolnăvirilor privind: riscul cardiovascular înalt - HTA, dislipidemie şi diabet zaharat tip 2/astmul bronşic/boala cronică respiratorie obstructivă (BPOC)/boala cronică de rinichi; - pentru stabilirea termenului de valabilitate a biletului de trimitere, conform prevederilor din contractul-cadru şi normele metodologice de aplicare a acestuia.

Pentru biletele de trimitere emise de medicii de familie în cadrul consultaţiilor preventive din pachetul de bază (cod de diagnostic 999), prin care se recomandă servicii medicale clinice, nu se completează niciuna dintre căsuţele de la câmpul "tip diagnostic".

– se bifează căsuţa «Accidente de muncă/Boli profesionale/Daune» dacă la nivelul furnizorului există documente doveditoare pentru cazurile respective astfel:

- se notează cifra 1 pentru cazurile care reprezintă accidente de muncă;

– se notează cifra 2 pentru cazurile care reprezintă boli profesionale;

– se notează cifra 3 pentru cazurile prezentate ca urmare a situaţiilor în care au fost aduse prejudicii sau daune sănătăţii de către alte persoane, precum şi daune sănătăţii propriei persoane, din culpă.

***Câmpul 5 - "Alte diagnostice cunoscute":***

- se vor completa denumirile acestor diagnostice în clar, precum şi căsuţele destinate codurilor de diagnostice corespunzătoare diagnosticelor cunoscute, utilizând clasificarea CIM revizia a 10-a, varianta 999 coduri de boală;

***Câmpul 6 - "Motivul trimiterii către alte specialităţi clinice/în vederea internării":***

- medicul care trimite pacientul va completa motivele trimiterii pentru servicii medicale clinice sau în vederea internării - scurt istoric al bolii prezumate, antecedente;

***Câmpul 7 - "Investigaţii şi tratamente efectuate":***

- se va completa de către medicul care trimite pacientul;

– rezultatul investigaţiilor efectuate va fi scris lizibil şi/sau va fi ataşat biletului de trimitere/de internare; se va completa şi data la care acestea au fost efectuate;

– se completează tratamentele efectuate sau în curs de efectuare, pentru afecţiunea pentru care a fost trimis şi/sau pentru altele concomitente.

***Câmpul 8 - "Numărul de consultaţii acordate":***

- în căsuţă se va completa numărul de consultaţii acordate pentru acelaşi episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice.

În situaţia în care medicul de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice consideră necesară trimiterea asiguratului către un alt medic de specialitate din ambulatoriul de specialitate pentru specialităţile clinice, acesta va completa în căsuţă numărul total de consultaţii acordate de către acesta, cumulat după caz cu numărul de consultaţii anterior acordate de către un alt medic de specialitate din ambulatoriul clinic, astfel încât medicul primitor să cunoască numărul de consultaţii pe care îl mai poate acorda asiguratului respectiv. Numărul de consultaţii anterioare este cel înscris în biletul de trimitere cu care s-a prezentat asiguratul la medicul de specialitate respectiv.

Numărul maxim de consultaţii ce se pot acorda pentru un episod de boală acută/subacută/acutizări ale bolilor cronice la nivelul ambulatoriului de specialitate pentru specialităţile clinice este cel prevăzut în contractul-cadru privind condiţiile acordării asistenţei medicale în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate şi în normele metodologice de aplicare a acestuia.

***Câmpul 9 - "Data trimiterii":***

- se va specifica data trimiterii pacientului pentru efectuarea serviciilor medicale clinice/în vederea internării;

– «Semnătura medicului/Cod parafă» - se execută specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere/de internare şi se aplică parafa şi codul corespunzător acestuia. Se poate aplica şi codul de bare aferent codului de parafă.

***Câmpul 10 - "Se internează la unitatea sanitară cu paturi ....... secţia .......":***

- se va completa de către medicul de gardă al secţiei/unităţii sanitare cu paturi unde a fost internat pacientul, cu specificarea în totalitate şi în clar a denumirii unităţii sanitare cu paturi şi a secţiei/compartimentului.

***Câmpul 11 - "Motivul pentru care nu a fost necesară internarea şi recomandări la domiciliu":***

- se va completa de către medicul de gardă al secţiei/unităţii sanitare cu paturi unde a fost examinat pacientul, cu specificarea motivului/motivelor pentru care nu a fost internat pacientul;

– se vor completa de către medicul de gardă recomandările cu care se trimite pacientul la domiciliu.

***Câmpul 12 - "Data prezentării şi semnătura pacientului":***

- se va completa de către medicul din ambulatoriu/medicul din unitatea sanitară autorizată de Ministerul Sănătăţii să furnizeze servicii medicale spitaliceşti în regim de spitalizare de zi/medicul de gardă data la care pacientul s-a prezentat la furnizorul de servicii medicale;

– se execută semnătura beneficiarului biletului de trimitere/de internare;

– «Semnătura medicului care furnizează servicii medicale clinice/în regim de spitalizare de zi/a medicului de gardă al secţiei/unităţii sanitare cu paturi/Cod parafă» - se execută specimenul de semnătură a medicului care furnizează servicii medicale clinice/în regim de spitalizare de zi/medicului de gardă care examinează pacientul şi decide internarea sau recomandă tratament la domiciliu şi se aplică parafa, codul corespunzător acestuia.

**CONDUCEREA CAS TELEORMAN**