

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, ținând seama de starea de sănătate a asiguratului și de statusul de performanță ECOG al acestuia.

(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 cu paturi care are organizată și aprobată/avizată de Ministerul Sănătății structură de îngrijiri medicale la domiciliu pentru eficientizarea managementului cazurilor externate din spitalizare continuă, nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care au calitatea de reprezentanți legali, medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizor, 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.

Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu nu poate efectua servicii de îngrijiri medicale la domiciliu în baza recomandărilor emise de către medicii care își desfășoară activitatea într-o formă legală la același furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu sau la același furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte și pentru asistența medicală primară, specialități clinice și de medicină fizică și de reabilitare.

(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 ambulatoriu de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecință a consultației medicale raportate 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. 30A 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 maximal pe o zi de îngrijiri medicale la domiciliu este de 60 lei (pentru mediul urban) , respectiv 75 de lei (pentru mediul rural – peste 15 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, evaluat al furnizorului, prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate) pentru îngrijirile acordate asiguraților cu status de performanță ECOG 4 și tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraților cu status de performanță ECOG 3 este de 55 lei (pentru mediul urban) ,

respectiv 70 de lei (pentru mediul rural – peste 15 km în afara localității unde se află sediul lucrativ/punctul de lucru autorizat, evaluat 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 serviciului 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. 30A la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi conform recomandării. În caz contrar, tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu se reduce proporțional, în funcție de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

Număr servicii recomandate / număr minim de servicii (4) x tariful pe zi de îngrijire corespunzător statusului de performanță ECOG.

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). 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, 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. După întreruperea episodului de îngrijiri medicale la domiciliu, 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.

(5) În situația în care un asigurat beneficiază atât de îngrijiri medicale la domiciliu cât și de îngrijiri paliative la domiciliu, numărul total de zile de îngrijiri medicale și îngrijiri paliative la domiciliu nu poate fi mai mare de 90 de zile 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.

(7) Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fișă de îngrijire 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 fișei de îngrijiri medicale la domiciliu.

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, iar pentru cei cu normă parțială se acordă unități proporționale cu fracțiunea de normă lucrată. Pentru personalul care depășește o normă întreagă se acordă punctaj și pentru fracțiunea de normă lucrată ce depășește norma întreagă.

1. medic primar de specialitate

20 puncte;

- | | |
|---|------------|
| 2. medic specialist | 18 puncte; |
| 3. asistenți medicali | 13 puncte; |
| 4. kinetoterapeut / fiziokinetoterapeut/profesor de cultură fizică medicală | 13 puncte. |

Se consideră o normă întregă 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 fiziokinetoterapeut, kinetoterapeut, profesor de cultură fizică medicală - 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 evaluați 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, cu condiția ca, începând cu data de 1 mai 2018, pentru cel puțin o normă pe zi (7 ore) programul să fie acoperit de medic/medici care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale 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 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 medic/medici și asistent/asistenți medicali care își desfășoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu.

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 5% cu condiția diminuării valorii de contract din luna următoare.

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.

(3) În trimestrul IV 2018, 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 valoarea de contract rămasă neconsumată este mai

mică decât tariful în lei reprezentând contravaloarea unei zile de îngrijiri medicale la domiciliu, se consideră că a fost epuizată 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 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.

(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.

(5) Deciziile de aprobare pentru îngrijiri medicale 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 medicale la domiciliu să facă obiectul pachetului de bază. Serviciile de îngrijiri 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 medicale la domiciliu se suportă din fondul aferent asistenței de îngrijiri medicale la domiciliu.

(2) Fondurile suplimentare aprobate pentru anul 2018 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. 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 medicale 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, sot/sotie, 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 medicale la domiciliu.

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 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 certificate de către casa de asigurări de sănătate, aceasta nu mai certifică o altă recomandare.

Casa de asigurări de sănătate, la momentul prezentării recomandării, va înmâna 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 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 5 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, 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.

(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. Neparticiparea furnizorilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.

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.