

MODALITĂȚILE DE PLATĂ

în asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, acupunctura, planificare familială și îngrijiri paliative

ART. 1 (1) Plata serviciilor din asistența medicală ambulatorie de specialitate pentru specialitățile clinice, pentru acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu se face prin tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte sau pe serviciu medical - consultație/caz exprimat în lei.

(2) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice și medicilor cu atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu contravaloarea consultațiilor la distanță pentru afecțiunile cronice și pentru bolile cu potențial endemoepidemic ce necesită izolare, la același tarif pe serviciu medical cuantificat în puncte ca cel aferent consultațiilor efectuate în cabinetul medical.

ART. 2 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, dacă aceste servicii sunt efectuate în cabinetele medicale în care aceștia își desfășoară activitatea și interpretate de medicii respectivi, luând în calcul numărul de puncte aferent fiecărui serviciu medical și valoarea stabilită pentru un punct.

(2) Furnizorii de servicii medicale care au angajat persoane autorizate de Ministerul Sănătății, altele decât medici, să exercite profesii prevăzute în Nomenclatorul de funcții al Ministerului Sănătății, care prestează servicii de sănătate conexe actului medical sau care sunt în relație contractuală cu furnizori de servicii de sănătate conexe actului medical, pot raporta prin medicii de specialitate care au solicitat prin scrisoare medicală serviciile respective, servicii efectuate de aceștia și cuprinse în anexa nr. 7 la prezentul ordin, dacă sunt considerate indispensabile în stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice.

(3) Casele de asigurări de sănătate decontează medicilor de specialitate din specialitățile clinice în ambulatoriu contravaloarea serviciilor medicale decontate prin tarif pe serviciu medical exprimat în lei, prevăzute în anexa nr. 7 la ordin, în limita sumelor contractate lunar/trimestrial.

ART. 3 (1) Numărul total de puncte raportat pentru consultațiile, serviciile medicale acordate de medicii de specialitate din specialitățile clinice, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu nu poate depăși numărul de puncte rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare următoarele:

a) pentru specialități clinice, și pentru medicii care lucrează exclusiv în planificare familială, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 28 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 15 minute);

b) pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, și pentru medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 14 consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 30 de minute); pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, unui program de lucru de 7 ore/zi îi corespunde un număr de 21 de consultații în medie pe zi (timp mediu/consultație = 20 de minute);

c) pentru specialitățile clinice, punctajul aferent serviciilor medicale acordate, nu poate depăși, după caz, 150/153/154 puncte în medie pe zi corespunzător unui program de 7 ore/zi;

d) pentru specialitățile clinice, în vederea asigurării calității serviciilor medicale, în cadrul unui program de 7 ore/zi/medic/cabinet, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 153 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 19 consultații; pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică, se pot acorda și raporta la casa de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 150 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 9 consultații; pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, se pot acorda și raporta la casa

de asigurări de sănătate servicii medicale corespunzătoare unui punctaj de 154 de puncte în medie pe zi, în condițiile în care numărul de consultații efectuate și raportate în medie pe zi este mai mic sau egal cu 14 consultații.

Pentru fiecare consultație în plus față de 19 consultații pentru specialitățile clinice, respectiv 9 consultații pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică sau 14 consultații pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică, ce pot fi efectuate și raportate în medie pe zi în condițiile raportării și de servicii medicale cu un punctaj aferent de 150 puncte/153 puncte/154 puncte, după caz, punctajul corespunzător pentru serviciile medicale scade cu câte 17 puncte pentru specialitățile clinice, respectiv cu 30 de puncte pentru specialitatea psihiatrie, inclusiv pediatrică și cu 22 de puncte pentru specialitatea neurologie, inclusiv pediatrică.

În situația în care programul de lucru al unui medic/cabinet este mai mare sau mai mic de 35 ore/săptămână, punctajul aferent numărului de consultații, servicii medicale crește sau scade corespunzător.

În situația în care adresabilitatea asiguraților la cabinetul medical depășește nivelul prevederilor menționate mai sus se vor întocmi liste de prioritate pentru serviciile medicale programabile.

(2) Serviciile de sănătate conexe actului medical pot fi raportate de medicii de specialitate care le-au solicitat, în vederea decontării de casele de asigurări de sănătate cu care aceștia sunt în relație contractuală.

Punctajul aferent serviciilor de sănătate conexe actului medical care pot fi raportate, pentru unul sau mai mulți asigurați indiferent de tipul serviciului conex, de medicul de specialitate care le-a solicitat nu poate depăși 90 de puncte în medie pe zi, cuvenite celui/celor care le prestează, reprezentând servicii conexe, cu excepția medicului de specialitate psihiatrie pediatrică pentru care punctajul nu poate depăși 360 de puncte în medie pe zi.

Pentru desfășurarea activității, un furnizor de servicii medicale clinice poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți furnizori de servicii de sănătate conexe.

Pentru desfășurarea activității, furnizorul de servicii de sănătate conexe poate avea relații contractuale cu unul sau mai mulți medici din specialitățile clinice care pot solicita servicii de sănătate conexe. Serviciile conexe se recomandă de către medicii de specialitate utilizând scrisoarea medicală al cărei model este prevăzut în anexa 43 la prezentul ordin.

Pentru asigurarea calității în furnizarea serviciilor medicale, la contractele furnizorilor de servicii medicale clinice și de îngrijiri paliative în ambulatoriu, încheiate cu casele de asigurări de sănătate, se vor anexa: acte doveditoare privind relația contractuală dintre furnizorul de servicii medicale clinice/îngrijiri paliative în ambulatoriu și furnizorul de servicii de sănătate conexe actului medical, din care să reiasă că își desfășoară activitatea într-o formă legală la cabinetul medicului specialist, sau ca prestator de servicii în cabinetul de practică organizat potrivit prevederilor Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată și modificată prin Legea nr. 598/2001, și după caz, organizate potrivit prevederilor Legii nr. 213/2004 privind exercitarea profesiei de psiholog cu drept de liberă practică, înființarea, organizarea și funcționarea Colegiului Psihologilor din România, cu modificările și completările ulterioare, acte doveditoare care să conțină datele de identitate ale persoanelor care prestează servicii de sănătate conexe actului medical, avizul de liberă practică/atestatul de liberă practică eliberat de Colegiul Psihologilor din România, după caz, programul de activitate și tipul de servicii de sănătate conexe conform anexei nr. 7 la prezentul ordin și certificatul de înregistrare a furnizorului de servicii psihologice, conform Legii nr. 213/2004, cu modificările și completările ulterioare.

(3) Numărul serviciilor medicale în scop diagnostic - caz efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic pot fi raportate cu încadrarea în suma contractată, funcție de tipul fiecărui serviciu și durata acestuia, precum și de programul de lucru al cabinetului stabilit pentru efectuarea acestor servicii. Maxim 50% din programul de lucru al cabinetului poate fi contractat pentru serviciile medicale de spitalizare de zi ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic.

ART. 4 (1) Suma cuvenită lunar medicilor de specialitate din specialitățile clinice și medicilor cu competență/atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative în ambulatoriu se calculează

prin înmulțirea numărului total de puncte realizat, cu respectarea prevederilor art. 3, în luna respectivă, ca urmare a serviciilor medicale acordate, cu valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical.

(2) Numărul total de puncte realizat în fiecare lună se majorează în raport cu:

a) condițiile în care se desfășoară activitatea - majorarea este cu până la 100%, pe baza criteriilor aprobate prin ordin al ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate în vigoare.

Lista cuprinzând cabinetele medicale din asistență medicală ambulatorie de specialitate la care se aplică majorările de mai sus și procentul de majorare corespunzător se stabilesc anual conform prevederilor ordinului ministrului sănătății și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate mai sus menționat;

b) gradul profesional, pentru care valoarea de referință a prestației medicale este cea a medicului specialist. Pentru prestația medicului primar, numărul total de puncte se majorează cu 20%. Această majorare nu se aplică medicilor care lucrează exclusiv în planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu, precum și furnizorilor de servicii de sănătate conexe actului medical. Recalcularea numărului total de puncte se face din luna următoare lunii în care s-a depus la casa de asigurări de sănătate dovada confirmării gradului profesional.

(3) Valoarea minimă garantată pentru un punct pe serviciu medical este unică pe țară și este în valoare de 4,0 lei.

(4) Valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical se stabilește trimestrial, până la data de 20 a lunii următoare încheierii fiecărui trimestru, ca raport între fondul aferent trimestrului respectiv destinat pentru plata medicilor de specialitate din specialitățile clinice pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical exprimat în puncte și numărul de puncte realizat în trimestrul respectiv și reprezintă valoarea definitivă a unui punct pe serviciu medical, unică pe țară pentru trimestrul respectiv și care nu poate fi mai mică decât valoarea minimă garantată.

(5) Pentru stabilirea valorii definitive a unui punct per serviciu, din fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice la nivel național se scade suma corespunzătoare punerii în aplicare a prevederilor art. 193 alin. (3) din anexa 2 la H.G. nr. 696/2021, inclusiv suma reprezentând regularizarea trimestrului IV al anului anterior. Fondul aferent asistenței medicale ambulatorii de specialitate pentru specialitățile clinice pentru calculul valorii definitive a punctului se defalchează pe trimestre.

ART. 5 (1) Erorile de calcul constatate în cadrul unui trimestru se corectează la sfârșitul trimestrului, odată cu recalcularea drepturilor bănești cuvenite medicilor de specialitate din specialitățile clinice.

(2) Erorile de calcul constatate după expirarea unui trimestru, în cazul specialităților clinice, se corectează până la sfârșitul anului astfel: suma corespunzătoare numărului de puncte plătit eronat în plus sau în minus față de cel efectiv realizat într-un trimestru anterior se calculează în trimestrul în care s-a constatat eroarea, la valoarea definitivă a punctului stabilită pentru trimestrul în care s-a produs eroarea, sumele respective afectând fondul pentru calculul valorii definitive a punctului pentru trimestrul în care s-a constatat eroarea și, implicit, valoarea definitivă a punctului pentru trimestrul respectiv.

(3) În situația în care după încheierea anului financiar precedent se constată erori de calcul aferente acestuia, sumele plătite în plus sau în minus se regularizează în aceleași condiții cu cele din cursul anului curent.

ART. 6 (1) La stabilirea sumei contractate de un furnizor de servicii de acupunctură cu casa de asigurări de sănătate se au în vedere numărul de consultații de acupunctură, respectiv tariful pe consultație de 13 lei și numărul de servicii medicale-caz, respectiv tariful pe caz de 140 lei. Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) În vederea contractării numărului de consultații de acupunctură și a numărului de servicii medicale-caz se au în vedere următoarele:

a) numărul de consultații de acupunctură acordate în cabinetul medical nu poate depăși numărul de consultații de acupunctură rezultat potrivit programului de lucru, luându-se în considerare că

pentru o consultație de acupunctură este necesară o durată de 15 minute în medie. Pentru fiecare caz casa de asigurări de sănătate decontează o singură consultație pentru o cură de tratament. Asigurații, au dreptul la maximum 2 cure pe an calendaristic, după care asiguratul plătește integral serviciile medicale.

b) serviciile de acupunctură-caz, se contractează și se raportează în vederea decontării maximum 2 cure/an calendaristic, o cură reprezentând în medie 10 zile de tratament, după care bolnavul plătește integral serviciile medicale.

(3) Contravaloarea serviciilor de acupunctură - consultații și cure de tratament se suportă din fondul aferent asistenței medicale de medicină fizică și de reabilitare.

(4) Decontarea lunară a serviciilor medicale de acupunctură se face pe baza numărului de servicii medicale - caz finalizate și a numărului de consultații de acupunctură și a tarifelor pe cură respectiv pe consultație, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

Decontarea lunară a cazurilor finalizate se realizează la tariful contractat dacă numărul mediu al zilelor de tratament este mai mare sau egal cu 8,5. Pentru un număr mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună mai mic de 8,5, decontarea lunară a serviciilor medicale - cazuri finalizate se face la un tarif stabilit conform formulei: $\text{Tarif contractat (140 lei)} \times \text{număr mediu al zilelor de tratament realizate} / 10$ (număr mediu zile de tratament contractat).

Numărul mediu al zilelor de tratament realizat într-o lună se calculează împărțind numărul total al zilelor de tratament efectuate, corespunzătoare cazurilor finalizate la numărul de servicii de acupunctură - cazuri finalizate și raportate în luna respectivă.

În situația în care o cură de tratament în acupunctură se întrerupe, furnizorul are obligația să anunțe casa de asigurări de sănătate despre întreruperea curei, motivul întreruperii și numărul de zile efectuat față de cel recomandat, odată cu raportarea lunară a activității realizate conform contractului. O cură de tratament în acupunctură întreruptă se consideră o cură finalizată.

(5) Tarifele au avut în vedere toate cheltuielile aferente serviciilor medicale - consultații de acupunctură și cazurilor-cure de acupunctură.

(6) Suma neconsumată lunar la nivelul unui furnizor de servicii medicale de acupunctură se redistribuie la același furnizor prin acte adiționale pentru lunile următoare și se utilizează pentru decontarea serviciilor efectuate de la data semnării actului adițional. În trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale de acupunctură 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 servicii de acupunctură care în luna respectivă și-au epuizat valoarea de contract. Dacă valoarea de contract rămasă neconsumată este mai mică de 153 de lei, reprezentând contravaloarea unei consultații și a unei cure de acupunctură, se consideră că a fost epuizată valoarea de contract. Suma din actul adițional se utilizează pentru decontarea serviciilor de acupunctură acordate asiguraților de la data semnării 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 acupunctură decontate de casa de asigurări de sănătate.

ART. 7 (1) La stabilirea sumei contractate cu casa de asigurări de sănătate de un furnizor pentru servicii medicale în scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic, pentru care plata se face prin tarif pe serviciu medical/caz, se determină prin înmulțirea numărului negociat și contractat de servicii medicale cu tariful aferent acestora. Tariful pe serviciu medical/caz este prevăzut în anexa nr. 7 la prezentul ordin.

Suma contractată se defalchează pe trimestre și pe luni.

(2) Contravaloarea serviciilor în scop diagnostic - caz ce pot fi efectuate în ambulatoriu de specialitate clinic se suportă din fondul aferent asistenței medicale spitalicești.

(3) Decontarea lunară a serviciilor medicale se face pe baza numărului de servicii medicale/cazuri și a tarifului pe serviciu/caz, în limita sumelor contractate, pe baza facturii și a documentelor justificative transmise de furnizor la casa de asigurări de sănătate până la data prevăzută în contractul încheiat de furnizor cu casa de asigurări de sănătate.

(4) În situația în care la unii furnizori se înregistrează la sfârșitul unui trimestru sume neconsumate față de suma trimestrială prevăzută în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional la contract valoarea trimestrială contractată inițial aferentă trimestrului respectiv cu sumele neconsumate. În trimestrul IV 2021, în situația în care la unii furnizori de servicii medicale se înregistrează la sfârșitul unei luni sume neconsumate, față de sumele prevăzute în contract, casele de asigurări de sănătate vor diminua printr-un act adițional valoarea contractată inițial cu sumele neconsumate. Sumele rezultate din economii reîntregesc sumele alocate asistenței medicale spitalicești la nivelul casei de asigurări de sănătate.

ART. 8 (1) Reprezentantul legal al furnizorilor de servicii medicale clinice, planificare familială, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu, 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 medicale 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 prezentelor norme.

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

ART. 9 Contravaloarea serviciilor medicale de specialitate în specialitățile clinice, planificare familială, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu, care nu se regăsesc în anexa nr. 7 la prezentul ordin se suportă de către asigurați la tarifele stabilite de furnizori și afișate la cabinet, pentru care se eliberează documentul fiscal, conform prevederilor legale în vigoare, cu indicarea serviciului prestat. În aceste situații furnizorii de servicii medicale nu eliberează bilete de trimitere sau prescripții medicale utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate.

Pentru persoanele beneficiare ale programelor de sănătate și numai pentru afecțiunile ce fac obiectul programelor de sănătate precum și pentru asigurații care au bilet de trimitere sau a căror afecțiuni permit prezentarea la medic fără bilet de trimitere, medicii eliberează bilete de trimitere pentru investigații paraclinice/bilet de internare/prescripții medicale/recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu/recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu/recomandare pentru dispozitive medicale, tehnologii și dispozitive asistive, după caz, utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate și decontate de casele de asigurări de sănătate și dacă prezentarea la medic nu se încadrează în numărul maxim de consultații stabilit conform programului de lucru prevăzut în contractul încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

ART. 10 (1) În cabinetele medicale din ambulatoriul de specialitate, organizate conform Ordonanței Guvernului nr. 124/1998, republicată, cu modificările și completările ulterioare, pot fi angajați medici, precum și alte categorii de personal, în conformitate cu dispozițiile legale în vigoare, cu excepția persoanelor care își desfășoară activitatea în cabinete organizate conform Ordonanței de urgență a Guvernului nr. 83/2000 privind organizarea și funcționarea cabinetelor de liberă practică pentru servicii publice conexe actului medical, aprobată cu modificări prin Legea nr. 598/2001.

Medicii angajați nu raportează activitate medicală proprie, activitatea acestora fiind raportată de către reprezentantul legal; medicii de specialitate din specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative în ambulatoriu pot prescrie medicamente cu sau fără contribuție personală în tratamentul ambulatoriu, utilizând formularul de prescripție medicală electronică/formularul de prescripție medicală cu regim special unic pe țară pentru prescrierea substanțelor și preparatelor stupefiante și psihotrope, după caz și semnătura electronică proprie pentru prescrierea electronică de medicamente.

Întreaga activitate a cabinetului se desfășoară respectându-se contractul încheiat de reprezentantul legal al cabinetului medical cu casa de asigurări de sănătate.

(2) Pentru specialitățile clinice, acupunctură, planificare familială și îngrijiri paliative la domiciliu, cabinetele medicale individuale - organizate conform reglementărilor în vigoare - pot raporta în vederea decontării numai serviciile medicale din specialitatea medicului titular al cabinetului medical respectiv, precum și servicii de sănătate conexe actului medical, conform prevederilor art. 3 alin. (2).

ART. 11 (1) Casele de asigurări de sănătate decontează contravaloarea serviciilor medicale clinice, acupunctură și îngrijiri paliative la domiciliu acordate numai pe baza biletului de trimitere pentru specialități clinice, cu excepția cazurilor de urgență medico-chirurgicală, consultațiilor pentru afecțiunile prevăzute în anexa nr. 13 la prezentul ordin și serviciilor de planificare familială care permit prezentarea direct la medicul de specialitate din ambulatoriu, precum și a consultațiilor la distanță acordate de către medicii de specialitate din specialitățile clinice sau de către medicii care lucrează în activitatea de îngrijiri paliative în ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord beneficiari ai formularelor/documentelor europene emise în baza Regulamentului (CE) nr. 883/2004, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate acordă servicii medicale numai pe baza biletului de trimitere în aceleași condiții ca și persoanelor asigurate în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România, cu excepția situației în care pacienții respectivi beneficiază de servicii medicale programate, acordate cu autorizarea prealabilă a Instituțiilor competente din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord.

Pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/Spațiului Economic European/Confederația Elvețiană/Regatul Unit al Marii Britanii și Irlandei de Nord titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

Pentru pacienții din statele cu care România a încheiat acorduri, înțelegeri, convenții sau protocoale internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, care au dreptul și beneficiază de servicii medicale din pachetul de servicii medicale de bază, acordate pe teritoriul României, furnizorii de servicii medicale în asistența medicală ambulatorie de specialitate solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale în ambulatoriu.

(2) Biletul de trimitere pentru specialități clinice este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește în două exemplare și are o valabilitate pentru afecțiunile acute și subacute de maximum 30 de zile calendaristice de la data emiterii. Biletele de trimitere pentru specialități clinice pentru afecțiunile cronice și pentru îngrijirile paliative în ambulatoriu au valabilitate de până la 90 de zile calendaristice.

Un exemplar rămâne la medicul care a făcut trimiterea și un exemplar este înmănat asiguratului, care îl depune la furnizorul de servicii medicale clinice. Furnizorul de servicii medicale clinice, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu păstrează biletul de trimitere și îl va prezenta casei de asigurări de sănătate doar la solicitarea acesteia.

Biletul de trimitere pentru specialități clinice recomandate de medicul de familie, care are evidențiat "management de caz", are o valabilitate de 90 zile calendaristice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru specialități clinice de la data la care acesta se implementează.

(3) 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 biletelor de trimitere aferente serviciilor medicale raportate; borderoul centralizator este document justificativ care însoțește factura.

(4) Furnizorii de servicii medicale clinice, acupunctură și îngrijiri paliative în ambulatoriu au obligația să verifice biletele de trimitere în ceea ce privește datele obligatorii pe care acestea trebuie să le cuprindă potrivit prevederilor legale în vigoare.

(5) Medicii de specialitate din specialitățile clinice recomandă investigații paraclinice prin eliberarea biletului de trimitere care este formular cu regim special, unic pe țară, care se întocmește

în două exemplare, din care un exemplar rămâne la medicul care prescrie investigațiile și un exemplar îl înmânează asiguratului pentru a-l prezenta furnizorului de investigații paraclinice. Se va utiliza formularul electronic de bilet de trimitere pentru investigații paraclinice de la data la care acesta se implementează. În situația în care într-un cabinet din ambulatoriul de specialitate clinic aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate se recoltează probă/probe în vederea efectuării unor examinări histopatologice-citologice și servicii medicale paraclinice de microbiologie în regim ambulatoriu, ambele exemplare ale biletului de trimitere rămân la medicul de specialitate din ambulatoriu, din care un exemplar va însoți proba/probele recoltată/recoltate pe care medicul o/le trimite la furnizorul de investigații paraclinice de anatomie patologică. La momentul recoltării probei/probelor, asiguratul declară pe propria răspundere că nu se află internat într-o formă de spitalizare (continuă sau de zi).

(6) Medicii de specialitate din specialitățile clinice aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii de îngrijiri medicale la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului și statusul de performanță ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzut în anexa nr. 31 C la prezentul ordin.

(7) Medicii de specialitate din specialitățile clinice și medicii cu atestat de studii complementare pentru îngrijiri paliative din ambulatoriul de specialitate aflați în relație contractuală cu casele de asigurări de sănătate pot recomanda servicii paliative la domiciliu ca o consecință a actului medical propriu, în concordanță cu diagnosticul stabilit și în funcție de patologia bolnavului. Modelul de recomandare pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzut în anexa nr. 31 D la prezentul ordin.

ART. 12 Casele de asigurări de sănătate și direcțiile de sănătate publică vor organiza trimestrial și ori de câte ori este nevoie sau la cererea organizațiilor județene ale medicilor de specialitate din specialitățile clinice întâlniri cu medicii de specialitate 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 medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate măsurile ce se impun pentru îmbunătățirea activității. Neparticiparea medicilor la aceste întâlniri nu îi exonerează de răspunderea nerespectării hotărârilor luate cu acest prilej.