**CONDIŢIILE  
acordării serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu şi îngrijiri paliative la domiciliu şi modalităţile de plată ale acestora**

**Art. 1. -** **(1)** Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de servicii, alţii decât medicii de familie, furnizori care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru servicii de îngrijiri medicale la domiciliu. Serviciile de îngrijiri medicale la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri medicale la domiciliu, ţinând seama de starea de sănătate a asiguratului şi de statusul de performanţă 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 şi de către medicii de specialitate din spitale la externarea asiguraţilor, medici aflaţi în relaţii contractuale cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prezentat în anexa nr. 31 C la ordin, ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

    Furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu, cu excepţia unităţii sanitare cu paturi care are organizată şi aprobată/avizată de Ministerul Sănătăţii 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 reprezentanţi legali, medici care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizor, asociaţi, acţionari, comanditari, administratori ai unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu, soţ/soţie 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 îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la acelaşi furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu sau la acelaşi furnizor de servicii medicale care are încheiate cu casele de asigurări de sănătate contracte şi pentru asistenţa medicală primară, specialităţi clinice şi recuperare, medicină fizică şi balneologie.

    Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu şi nici recomandările medicale care nu cuprind o periodicitate/ritmicitate a serviciilor recomandate, diagnosticul stabilit şi statusul de performanţă ECOG al acestuia.

    Medicii de specialitate din ambulatoriul de specialitate, inclusiv medicii de familie, recomandă îngrijiri medicale la domiciliu numai ca o consecinţă a consultaţiei medicale raportate la casa de asigurări de sănătate. În funcţie de statusul de performanţă ECOG, bolnavul poate fi:

**a)** incapabil să desfăşoare activităţi casnice, este imobilizat în fotoliu sau pat peste 50% din timpul zilei, necesită sprijin pentru îngrijirea de bază (igienă şi/sau alimentaţie şi/sau mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 3,

**b)** complet imobilizat la pat, dependent total de altă persoană pentru îngrijirea de bază (igienă, alimentaţie, mobilizare) - statusul de performanţă ECOG 4.

**(3)** Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu se consemnează de către medicul curant al pacientului în biletul de externare, la externarea acestuia, sau în registrul de consultaţii în ambulatoriu, asupra necesităţii efectuării îngrijirilor medicale.

**Art. 2. -** **(1)** Lista serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 la ordin.

**(2)** Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire la domiciliu se obţine înmulţind numărul de zile de îngrijire cu tariul pe o zi de îngrijire la domiciliu.

    Tariful maximal pe o zi de îngrijire la domiciliu este de 60 lei, pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 4 şi tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordat asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 3 este de 55 lei. În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire la domiciliu, precum şi costurile de transport la domiciliul asiguratului. Prin o zi de îngrijire se înţelege efectuarea de către furnizor a minimum 1 vizită la domiciliu conform recomandării, pentru un asigurat.

    Aceste tarife se aplică dacă pentru fiecare caz sunt recomandate minim 4 servicii pe caz din lista prevăzută în anexa nr. 30 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 proporţional, în funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

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

    Tariful pe o zi de îngrijire la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei 31 A la ordin.

**(3)** Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu se stabileşte de medicul care a făcut recomandarea, cu obligativitatea precizării ritmicităţii/periodicităţii 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 30 de zile de îngrijiri. Fiecare episod de îngrijire se recomandă utilizând un nou formular de recomandare. În situaţia 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)** Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu are în vedere următoarele:

**-** timpul mediu/vizita la domiciliu pentru un pacient este de 1 oră,

**-** un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru personalul care acordă servicii de îngrijiri medicale la domiciliu,

**(5)** În situaţia 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 doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire medicală la domiciliu din motive personale, furnizorul anunţă în scris - cu precizarea motivului, casa de asigurări de sănătate cu care este în relaţie contractuală, în termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor medicale la domiciliu. Pentru a beneficia din nou de îngrijiri medicale la domiciliu asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor medicale la domiciliu în limita numărului de zile prevăzut la alin. (3).

**Art. 3. -** 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 şi medicii de specialitate din spital, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

**Art. 4. -** **(1)** Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă de către furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu, persoane fizice sau juridice autorizate şi evaluate în condiţiile legii pentru acordarea acestor tipuri de îngrijiri, alţii decât medicii de familie, care încheie contracte cu casele de asigurări de sănătate pentru acordarea de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

**(2)** Furnizorii de îngrijiri paliative la domiciliu încheie contracte de îngrijiri paliative cu casele de asigurări de sănătate dacă fac dovada funcţionării cu personal de specialitate. Prin personal de specialitate se înţelege: medici cu atestat în îngrijiri paliative şi asistenţi medicali absolvenţi ai unui curs de îngrijiri paliative.

    Pentru asigurarea calităţii serviciilor de îngrijiri paliative este necesară prezenţa unui medic cu atestat în îngrijiri paliative şi a unui asistent medical, cu un program de lucru care să asigure o normă întreagă pe zi atât pentru medic cât şi pentru asistentul medical. Pe lângă personalul de specialitate, la nivelul furnizorului poate funcţiona şi alt personal: psihologi, kinetoterapeuţi, logopezi, îngrijitori.

**(3)** Serviciile de îngrijiri paliative la domiciliu se acordă pe bază de recomandare pentru îngrijiri paliative la domiciliu, asiguraţilor eligibili. Sunt consideraţi eligibili, pacienţii cu afecţiuni oncologice şi cei cu HIV/SIDA, cu speranţă limitată de viaţă şi cu status de performanţă ECOG 3 sau 4.

**(4)** Statusul de performanţă ECOG pentru care se acordă îngrijiri paliative la domiciliu este definit la art. 1 alin. (2).

**(5)** Recomandarea pentru efectuarea serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu se face de către medicii de specialitate cu specialităţi oncologie şi boli infecţioase, aflaţi în relaţie contractuală cu casele de asigurări de sănătate, conform modelului prevăzut în anexa nr. 31 D la ordin, ca o consecinţă a actului medical propriu, în concordanţă cu diagnosticul stabilit şi în funcţie de patologia bolnavului şi statusul de performanţă ECOG al acestuia, cu precizarea acestui status.

    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 medici 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.

    Casele de asigurări de sănătate nu vor lua în calcul recomandările medicale în care este nominalizat furnizorul de servicii 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 asistenţa medicală primară, specialităţi clinice şi recuperare, medicină fizică şi balneologie.

    Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu întocmeşte după prima vizită planul de îngrijire pe care îl comunică în maximum 3 zile lucrătoare 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.

**Art. 5. -** **(1)** Lista serviciilor de îngrijiri paliative la domiciliu este prevăzută în anexa nr. 30 la ordin.

**(2)** Tariful pe caz pentru un episod de îngrijire paliativă 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 îngrijire paliativă la domiciliu este de 70 lei pentru îngrijirile acordate asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 4 şi tariful maximal pentru o zi de îngrijire acordată asiguraţilor cu status de performanţă ECOG 3 este de 65 lei.

    În tariful pe o zi de îngrijire sunt incluse costurile materialelor sanitare pentru realizarea serviciului de îngrijire paliativă la domiciliu, precum si costurile de transport la domiciliul asiguratului. Prin o zi de îngrijire paliativă la domiciliu se înţelege 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 5 servicii din lista prevăzută în anexa nr. 30 la ordin, indiferent de numărul de servicii efectuate pe zi. În caz contrar, tariful se reduce proporţional, funcţie de numărul serviciilor recomandate, conform formulei:

|  |
| --- |
| Număr servicii recomandate/număr minim de servicii (5) x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanţă ECOG |

    Tariful pe o zi de îngrijire paliativă la domiciliu stabilit conform celor de mai sus este prevăzut în decizia casei de asigurări de sănătate conform anexei 31 A la ordin şi rămâne nemodificat în situaţia în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu, în cadrul planului de îngrijire prevăzut în anexa 31 B la ordin este mai mare faţă de cel prevăzut în recomandare, conform anexei 31 D la ordin.

**(3)** În situaţia în care numărul serviciilor de îngrijiri paliative stabilite de medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu în cadrul planului de îngrijire conform anexei 31 B la ordin şi efectuate de furnizor, este mai mic faţă de numărul serviciilor recomandate, tariful prevăzut în decizie se reduce proporţional, în funcţie de numărul serviciilor cuprinse în cadrul planului de îngrijire, conform formulei:

    Număr servicii cuprinse în cadrul planului de îngrijire/număr de servicii conform recomandării x tariful/zi de îngrijire corespunzător statusului de performanţă ECOG şi prevăzut în decizie.

**(4)** Durata pentru care un asigurat poate beneficia de servicii de îngrijiri paliative la domiciliu se stabileşte de către medicul care a făcut recomandarea, dar nu mai mult de 90 de zile de îngrijiri paliative o singură dată în viaţă. În situaţia în care îngrijirile nu sunt acordate în zile consecutive, la calcularea celor 90 de zile se iau în calcul numai zilele în care s-au acordat îngrijirile paliative.

**Art. 6. -** **(1)** 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 şi asistentul medical care funcţionează la furnizorul respectiv, zilnic, inclusiv sâmbăta, duminica şi în timpul sărbătorilor legale.

    Planul de îngrijire se stabileşte pe baza evaluării iniţiale a pacientului şi este revizuit în funcţie de necesităţile pacientului sau cel puţin o dată la 30 de zile. Modelul planului de îngrijire este cel prevăzut în anexa nr. 31 B la ordin.

    Medicul cu atestat în îngrijiri paliative al furnizorului de îngrijiri paliative la domiciliu ajustează pachetul de servicii în funcţie de necesităţile pacientului, acestea se vor reflecta în Planul de îngrijire pentru servicii de îngrijiri paliative la domiciliu.

**(2)** Numărul maxim de servicii care pot fi raportate de către furnizorul de servicii de îngrijiri paliative are în vedere următoarele:

**-** timpul mediu/episod zilnic de îngrijiri pentru un pacient este 1 oră,

**-** un program de lucru în medie de 8 ore/zi pentru servicii de îngrijiri paliative, stabilit în conformitate cu prevederile art. 4 alin. (2),

    În situaţia în care furnizorul de îngrijiri paliative întrerupe furnizarea de îngrijiri paliative unui asigurat din următoarele motive: decesul, internarea în regim de spitalizare continuă, în urma evaluării asiguratului se decide că acesta nu mai este eligibil, asiguratul doreşte să renunţe la serviciile de îngrijire 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 termen de 2 zile lucrătoare de la data întreruperii îngrijirilor paliative.

    Pentru a beneficia din nou de îngrijiri paliative, asiguratul reia procedura de aprobare de către casa de asigurări de sănătate a îngrijirilor paliative în limita numărului de zile prevăzut la art. 5 alin. (4), cu excepţia situaţiei în care întreruperea îngrijirilor paliative a survenit ca urmare a internării asiguratului în regim de spitalizare continuă, situaţie în care se suspendă episodul de îngrijiri paliative fără a fi necesară reluarea procedurii de aprobare de către casa de asigurări de sănătate.

**Art. 7. -** **(1)** Recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu, respectiv pentru îngrijiri paliative la domiciliu se eliberează în 3 exemplare, din care un exemplar rămâne la medic, care se ataşează la foaia de observaţie/fişa medicală, după caz. Un exemplar, împreună cu cererea de acordare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, se depune de către asigurat, de către unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), de o persoană împuternicită legal în acest sens - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau de reprezentantul legal al asiguratului la casa de asigurări de sănătate la care se află în evidenţă asiguratul. Împuternicitul legal nu poate fi asociat/administrator/reprezentant legal/angajat într-o formă legală al unui furnizor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu. Al treilea exemplar rămâne la asigurat, urmând a fi predat furnizorului de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu care îi va acorda serviciile respective, dacă cererea a fost aprobată, împreună cu decizia de acordare de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

    Termenul de valabilitate a recomandării pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la casa de asigurări de sănătate este de 5 zile lucrătoare de la data emiterii recomandării.

**(2)** Pentru obţinerea deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului depune o cerere la casa de asigurări de sănătate în evidenţele căreia se află asiguratul, actul de identitate (în copie), codul numeric personal - CNP/cod unic de asigurare şi recomandarea pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu. Pentru copiii în vârstă de până la 14 ani se ataşează recomandarea medicală cu specificarea domiciliului copilului şi certificatul de naştere (în copie) cu codul numeric personal - CNP/codul unic de asigurare.

    Documentele depuse în copie sunt certificate pentru conformitate prin sintagma "conform cu originalul" şi prin semnătura asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), a persoanei împuternicite de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau a reprezentantului legal al asiguratului.

**(3)** Casa de asigurări de sănătate analizează cererea şi recomandarea primită, în maximum două zile lucrătoare de la data depunerii, şi este obligată să ia o hotărâre privind acceptarea sau respingerea cererii, iar cererea este aprobată în limita sumei prevăzute pentru această destinaţie. La analiza cererilor şi recomandărilor primite, casa de asigurări de sănătate va lua în considerare statusul de performanţă ECOG al asiguratului şi numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu de care a beneficiat asiguratul în anul respectiv, astfel încât să nu depăşească numărul de zile prevăzut la art. 2 alin. (3), respectiv art. 5 alin. (4).

    Respingerea cererii de către casa de asigurări de sănătate se face în scris şi motivat, cu indicarea temeiului legal. În cazul acceptării, cererea este supusă aprobării şi, respectiv, emiterii deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, în limita sumei prevăzute cu această destinaţie.

    Decizia se expediază prin poştă sau se predă direct asiguratului, unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), persoanei împuternicite legal în acest sens - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantului legal al asiguratului, în maximum 24 de ore de la data emiterii acesteia.

**(4)** Asiguratul, unul dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), o persoană împuternicită legal în acest sens prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau reprezentantul legal al asiguratului, pe baza deciziei de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emise de casa de asigurări de sănătate, se adresează unui furnizor de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aflat în relaţii contractuale cu casa de asigurări de sănătate şi care este inclus în lista de furnizori, înscrisă pe versoul deciziei.

**(5)** Casa de asigurări de sănătate eliberează decizii pentru îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative care nu se suprapun ca perioadă de timp în care sunt acordate de către furnizor/furnizori aceste servicii.

**Art. 8. -** Furnizorul de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu completează pentru fiecare asigurat căruia îi acordă servicii o fişă de îngrijire care conţine datele de identitate ale acestuia, tipul serviciilor de îngrijiri medicale/îngrijiri paliative acordate, data şi ora la care acestea au fost efectuate, durata, semnătura asiguratului, a unuia dintre membrii familiei (părinte, soţ/soţie, fiu/fiică), a persoanei împuternicite legal de acesta - prin act notarial/act de reprezentare prin avocat sau a reprezentantului legal al asiguratului, care confirmă efectuarea acestor servicii, semnătura persoanei care a furnizat serviciul medical, precum şi evoluţia stării de sănătate.

**Art. 9. -** **(1)** În baza fişelor de îngrijiri medicale la domiciliu/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 medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu aprobate.

**(2)** Furnizorul depune la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relaţie contractuală factura lunară însoţită de desfăşurătorul serviciilor efectuate, în luna următoare celei pentru care se face decontarea, însoţită de copiile planurilor de îngrijiri paliative la domiciliu, după caz, până la data prevăzută în contractul de furnizare de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu încheiat cu casa de asigurări de sănătate.

**(3)** Decontarea serviciilor de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu se face lunar în funcţie de numărul de zile de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu realizat, raportat şi validat, în limita numărului de zile aprobat de casa de asigurări de sănătate pentru fiecare caz aprobat şi de tariful pe zi de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu.

**Art. 10. -** **(1)** Pentru încadrarea în fondul aprobat pentru acordarea de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu şi asigurarea accesului asiguraţilor la aceste servicii, casele de asigurări de sănătate vor analiza lunar numărul de cereri, respectiv numărul de decizii privind aprobarea acordării serviciilor emise în luna anterioară, alcătuind, după caz, liste de prioritate pentru asiguraţi.

**(2)** Criteriile de prioritate, precum şi cele pentru soluţionarea listelor de prioritate ţin cont de data înregistrării cererilor la casa de asigurări de sănătate, de tipul şi stadiul afecţiunii pentru care a fost efectuată recomandarea şi de nivelul de dependenţă al bolnavului, se stabilesc de către serviciul medical al casei de asigurări de sănătate, cu avizul Consiliului de administraţie, se aprobă prin decizie de către preşedintele-director general şi se publică pe pagina web a acesteia.

**(3)** Modelul unic de decizie pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu emisă de casele de asigurări de sănătate este prevăzut în anexa nr. 31 A la ordin.

**(4)** Termenul de valabilitate al deciziei pentru aprobarea acordării de servicii de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu în vederea depunerii acesteia la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu este de 10 zile lucrătoare de la data emiterii acesteia de către casele de asigurări de sănătate.

**Art. 11. -** 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 îngrijire nu poate fi mai mare de 90 de zile în ultimele 11 luni.

**Art. 12. -** Casele de asigurări de sănătate şi direcţiile de sănătate publică vor organiza trimestrial şi ori de câte ori este nevoie, sau la solicitarea organizaţiilor furnizorilor întâlniri cu furnizorii de îngrijiri medicale la domiciliu/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 medicale la domiciliu/îngrijiri paliative la domiciliu, măsurile ce se impun pentru îmbunătăţirea activităţii.

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

**Art. 13. -** Medicii care îşi desfăşoară activitatea într-o formă legală la furnizorul de îngrijiri medicale la domiciliu/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.