

INSTRUCȚIUNI din 26 martie 2009 privind utilizarea și modul de completare a biletelor de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletelor de internare utilizate în sistemul de asigurări sociale de sănătate

(A) Principii generale:

1. Recomandarea pentru servicii medicale clinice/în vederea internării în unități sanitare cu paturi, 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 unități sanitare cu paturi, în sistemul de asigurări sociale de sănătate, atrage răspunderea persoanelor vinovate, în conformitate cu dispozițiile legale.

2. Biletul de trimitere pentru servicii medicale clinice/biletul de internare în unități sanitare cu paturi, denumit în continuare bilet de trimitere/de internare, se completează de către medicii aflați în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, potrivit specialității și competențelor, respectiv atestatelor pe care le-au obținut, precum și de către medicii cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere/de internare eliberate, în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate, în condițiile contractului-cadru și ale normelor metodologice de aplicare a acestuia.

Biletul de trimitere/de internare se completează și de către medicii din unitățile sanitare cu paturi pentru pacienții spitalizați care necesită, la externare, recomandare pentru servicii medicale de recuperare-reabilitare în ambulatoriu, respectiv servicii medicale de recuperare-reabilitare a sănătății în spitale de recuperare, secții/compartimente din spitale, sanatorii pentru adulți și copii, preventorii, cu sau fără personalitate juridică, inclusiv furnizori constituiți conform Legii nr. **31/1990** privind societățile comerciale, republicată, cu modificările și completările ulterioare, care sunt avizate de Ministerul Sănătății ca sanatorii balneare sau au în structura avizată de Ministerul Sănătății secții 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, respectiv convenții în baza cărora le sunt recunoscute biletele de trimitere/de internare, direct sau prin reprezentantul legal al furnizorului;

- emiterea de către unitățile sanitare cu paturi a biletelor de trimitere pentru pacienții spitalizați, în decursul internării acestora, precum și a celor pentru servicii medicale contra cost, deoarece tratamentul pacienților internați se asigură integral de către respectiva unitate sanitară cu paturi, indiferent de afecțiunile asociate.

4. Serviciile medicale clinice/spitalicești se pot efectua de către orice furnizor de servicii medicale clinice/spitalicești aflat în relație contractuală cu casa de asigurări de sănătate, în condițiile prevăzute în contractul-cadru și în normele metodologice de aplicare a acestuia.

(B) Instrucțiuni 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 3 culori. Exemplarul 3 (verde) rămâne în carnet, la medicul care a făcut trimiterea, iar exemplarele 1 (alb) și 2 (roz) se predau pacientului, care le depune la furnizorul de servicii medicale care va stabili conduita de urmat. Furnizorul de servicii medicale va păstra exemplarul roz, iar exemplarul alb (originalul) va fi înaintat casei de asigurări de sănătate împreună cu factura și desfășurătorul activității prestate (în format electronic și pe suport hârtie).

2. În situația în care în interiorul carnetului cu bilete de trimitere/de internare există formulare greșit tipărite, incomplete sau completate greșit de către medic, se va scrie cuvântul "ANULAT" pe formular și 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 conține ... file (în cifre și în litere), de la numărul ... la numărul ..., și ... file anulate."

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

a) carnetele înseriate și numerotate vor fi distribuite de către fiecare casă de asigurări de sănătate, în funcție de necesități, pentru o perioadă de cel mult 3 luni, fiecărui furnizor de servicii medicale care are dreptul de a trimite pacientul către alte specialități sau către o unitate sanitară cu paturi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, și care a încheiat în prealabil contract/convenție cu aceasta, asigurând evidența 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 își vor asigura la cerere, contra cost, carnetele respective de la casele de asigurări de sănătate cu care se află în relații contractuale sau cu care au încheiat convenție;

d) achiziția 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 își va organiza modul de gestionare și evidență a carnetelor cu bilete de trimitere/de internare, precum și modul de păstrare a carnetelor epuizate.

Pentru furnizorii de servicii medicale cu mai mulți medici angajați care au dreptul de a trimite pacientul către alte specialități clinice sau către o unitate sanitară cu paturi, în vederea internării, pe baza biletului de trimitere/de internare, distribuirea și arhivarea carnetelor cu bilete de trimitere/de internare la nivelul furnizorului se vor face pe baza unui tabel centralizator care va conține următoarele rubrici obligatorii: numele și prenumele medicului, data repartizării carnetului/carnetelor, seria (cu numerele) carnetului/carnetelor repartizat/repartizate, semnătura de primire și parafa, data returnării în arhivă a exemplarului 3, seria biletelor de trimitere/de internare returnate (exemplarul 3), semnătura de returnare și parafa.

Înregistrarea biletelor de trimitere/de internare emise pacienților se va face în registrul de consultații, la rubrica "Recomandări", unde se vor nota seria și numărul biletului de trimitere/de internare emis.

(C) Instrucțiuni 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 și în ordinea cronologică a consultațiilor, astfel:

1. Câmpul 1 - "Către specialitatea clinică":

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

2. Câmpul 2 - "Unitate medicală":

a) se completează cu denumirea unității medicale, codul unic de înregistrare (CUI) al cabinetului medical sau al unității sanitare, adresa completă, casa de asigurări de sănătate cu care furnizorul are încheiat contract/convenție, numărul contractului de furnizare de servicii medicale/convenției în baza căruia/căreia medicul care efectuează trimiterea prestează serviciul;

b) "L.S." - loc ștampilă furnizor de servicii medicale;

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

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

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

Medicii angajați ai unui spital care prestează servicii în baza contractului încheiat între spital și casele de asigurări de sănătate pentru servicii ambulatorii de specialitate vor bifa căsuța "Amb. Spec." atunci când emit un bilet de trimitere/de internare pacienților consultați în ambulatoriul de specialitate al spitalului;

- "Unitate sanitară cu paturi" pentru furnizorii de servicii medicale spitalicești;

- "Altele" pentru situația în care se eliberează bilete de trimitere/de internare în baza convențiilor încheiate cu casele de asigurări de sănătate pentru recunoașterea acestora;

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

3. Câmpul 3 - "Date identificare pacient":

a) "Asigurat la CAS/Neasigurat"

- dacă pacientul este asigurat, se va tăia cu o linie "Neasigurat" și se va înscrie casa de asigurări de sănătate în evidența 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 consultații (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 plății contribuției la Fondul național unic de asigurări sociale de sănătate (FNUASS);

- se bifează categoria "Co-asigurat" pentru soțul, soția și părinții fără venituri proprii, aflați în întreținerea unei persoane asigurate;

- se bifează căsuța "Liber profesionist" pentru persoanele care exercită profesii liberale sau independente;

- se bifează categoria "Copil (<18 ani)"="1" pentru="1" toate="1" persoanele="1" care="1" fac="1" dovada="1" calității="1" lor="1" de="1" asigurat="1" printr-un="1" document="1" cu="1" valabilitate="1" legală="1" (certificat="1" naștere,="1" carte="1" identitate);</18>
- se bifează categoria "Elev/Ucenic/Student (18-26 ani)" pentru toate persoanele de la 18 la 26 ani, dacă sunt elevi, inclusiv absolvenți de liceu până la începerea anului universitar, dar nu mai mult de 3 luni, ucenici sau studenți care fac dovada calității lor de asigurat și nu realizează venituri din muncă;
- se bifează căsuța "Gravidă/Lehuză" numai pentru femeile gravide și lehuze care nu au niciun venit sau au venituri sub salariul minim brut pe țară (conform prevederilor Legii nr. [95/2006](#) privind reforma în domeniul sănătății, cu modificările și 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 căsuța "Pensionar" pentru toate persoanele care își dovedesc această calitate printr-un cupon de pensie;
- se bifează căsuța "Veteran", "Revoluționar" sau "Handicap" pentru toate persoanele care fac dovada că sunt beneficiari ai legilor speciale;
- se bifează căsuța "PNS" și se notează numărul programului/subprogramului de sănătate pentru bolnavii cu afecțiuni incluse în Programul național de sănătate cu scop curativ, stabilit de Ministerul Sănătății, până la vindecarea respectivei afecțiuni, dacă nu realizează venituri din muncă, pensie sau alte resurse, pe perioada în care sunt incluși în program;
- se bifează căsuța "Ajutor social" pentru persoanele care fac parte dintr-o familie care are dreptul la ajutor social, potrivit Legii nr. [416/2001](#) privind venitul minim garantat, cu modificările și completările ulterioare;
- se bifează căsuța "Șomaj" pentru persoanele care beneficiază de indemnizația de șomaj;
- se bifează căsuța "Personal contractual" pentru persoanele care se constituie în categoria de personal contractual conform Ordinului ministrului sănătății publice și al președintelui Casei Naționale de Asigurări de Sănătate nr. [886/218/2007](#) pentru aprobarea Normelor de aplicare a prevederilor art. 24 alin. (1) din Ordonanța de urgență a Guvernului nr. [115/2004](#) privind salarizarea și alte drepturi ale personalului contractual din unitățile sanitare publice din sectorul sanitar, cu modificările și completările ulterioare;
- se bifează căsuța "Card european (CE)" pentru persoanele care prezintă un card european de asigurări de sănătate emis de un alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European (cu excepția României). În baza acestui card, persoana respectivă beneficiază de acele servicii medicale care devin necesare în perioada șederii sale în România.
- se bifează căsuța "Acorduri internaționale" pentru persoanele care se încadrează în una dintre categoriile beneficiare ale acordurilor internaționale cu prevederi în domeniul sănătății, la care România este parte;
- se bifează căsuța "Alte categorii" pentru persoanele care nu se încadrează în categoriile de asigurat prevăzute în biletul de trimitere/de internare, menționându-se categoria de asigurat numai pentru persoanele beneficiare ale unei legi speciale (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 și celor deportate în străinătate ori constituite în prizonieri, republicat, cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. [51/1993](#) privind acordarea unor drepturi magistraților care au fost înlăturați din justiție pentru considerente politice în perioada anilor 1952-1989, cu modificările ulterioare, prin Ordonanța 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 și completări prin Legea nr. [189/2000](#), cu modificările și completările ulterioare, prin Legea nr. [309/2002](#) privind recunoașterea și acordarea unor drepturi persoanelor care au efectuat stagiul militar în cadrul Direcției Generale a Serviciului Muncii în perioada 1950-1961, cu modificările și completările ulterioare);
- d)** se vor nota datele de identificare ale pacientului (numele, prenumele și adresa completă);
- e)** "CNP, CE, PASS" - se completează codul numeric personal al pacientului/numărul cardului european/numărul pașaportului, astfel:
 - pentru cetățenii români se completează codul numeric personal al pacientului, format din 13 cifre, lăsând libere restul de 7 căsuțe;
 - pentru cetățenii statelor membre ale Uniunii Europene și ale Spațiului Economic European se vor completa toate cele 20 de căsuțe corespunzătoare numărului de identificare al cardului european de asigurări de sănătate;

- pentru cetățenii străini din statele cu care România a încheiat acorduri internaționale cu prevederi în domeniul sănătății se va completa numărul pașaportului.

Pentru cetățenii străini menționați mai sus se va preciza cetățenia;

f) se va bifa cu "x" căsuța "Pachet de bază", "Pachet facultativ" sau "Pachet minimal", în funcție de tipul de asigurare a beneficiarului.

4. Câmpul 4 - "Diagnostic prezumtiv":

- se vor completa denumirea în clar a diagnosticului prezumtiv, precum și căsuțele destinate codului de diagnostic corespunzător diagnosticului prezumtiv pentru care se recomandă trimiterea pentru servicii medicale clinice/internare.

5. Câmpul 5 - "Alte diagnostice cunoscute":

- se vor completa denumirile acestor diagnostice în clar, precum și căsuțele destinate codurilor de diagnostice corespunzătoare diagnosticelor cunoscute.

6. Câmpul 6 - "Motivul trimiterii către alte specialități/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;

- recomandările pentru tratament de recuperare în stațiunile balneoclimatice se fac de către medicii de familie, de către medicii de specialitate din ambulatoriu și medicii din spital aflați în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate, pentru perioade și potrivit unui ritm stabile de medicul de recuperare-reabilitare;

- trimiterea asiguratului de către un medic de specialitate aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate către un alt medic de specialitate din ambulatoriu aflat în relații contractuale cu casele de asigurări de sănătate se face pe baza biletului de trimitere numai în situația în care asiguratul a beneficiat de serviciile medicale de specialitate din partea medicului respectiv;

- pentru pacienții din statele membre ale Uniunii Europene/din Spațiul Economic European, titulari ai cardului european de asigurări sociale de sănătate, furnizorii de servicii medicale în asistența ambulatorie de specialitate nu solicită bilet de trimitere pentru acordarea de servicii medicale clinice în ambulatoriu, cu excepția serviciilor medicale de recuperare-reabilitare.

7. Câmpul 7 - "Investigații și tratamente efectuate":

- se va completa de către medicul care trimite pacientul;

- rezultatul investigațiilor efectuate vor fi scrise lizibil și/sau vor fi atașate biletului de trimitere/de internare;

- se completează tratamentele efectuate sau în curs de efectuare, pentru afecțiunea pentru care a fost trimis și/sau pentru altele concomitente;

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

- "Semnătura medicului/Cod parafă/L.S." - se execută specimenul de semnătură a medicului care a emis biletul de trimitere/de internare și se aplică parafa, codul corespunzător acestuia, precum și ștampila furnizorului de servicii medicale.

8. Câmpul 8 - "Se internează în unitatea sanitară cu paturi secția":

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

9. Câmpul 9 - "Motivul pentru care nu a fost necesară internarea și recomandări la domiciliu":

- se va completa de către medicul de gardă al secției/unității 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;

10. Câmpul 10 - "Data prezentării și semnătura pacientului":

- se va completa de către medicul din ambulatoriu/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/medicului de gardă al secției/unității sanitare cu paturi/Cod parafă/L.S." - se execută specimenul de semnătură a medicului care furnizează servicii medicale clinice/medicului de gardă care examinează pacientul și decide internarea sau recomandă tratament la domiciliu și se aplică parafa, codul corespunzător acestuia, precum și ștampila furnizorului de servicii medicale.

Publicat în Monitorul Oficial cu numărul 214 din data de 2 aprilie 2009