

„Sistemul de sănătate din România va avea nevoie în viitorul apropiat să accelereze adoptarea soluțiilor de e-Sănătate, inclusiv m-Sănătate, pentru creșterea eficienței sistemului în ansamblul sau și în ultimă instanță, pentru creșterea accesului la servicii de calitate și reducerea inechităților din sănătate. Este nevoie de eforturi suplimentare pentru dezvoltarea unui Sistem Informatic Integrat în domeniul Sănătății Publice (SIISP), cu o arhitectură cuprinzătoare și integratoare, care să permită utilizarea eficientă și optimală a datelor și informațiilor. Se are în vedere un sistem informațional performant pe plan orizontal și vertical care integrează toate componentele sistemului de sănătate (inclusiv resurse umane, management financiar, etc). Ca rezultat al producerii, stocării, analizei și diseminării pe baza unei platforme integrate, se exclud redundanțele și se asigură acces la date și informații valide. Domeniul TIC poate contribui substanțial la creșterea competitivității sectorului de sănătate, inclusiv din perspectiva e-guvernării eficiente și eficace a acestuia. Un SIISP cu o arhitectură integratoare, bazat pe aplicații informatice interoperabile permite generarea informațiilor de calitate și utilizarea eficientă lor în elaborarea politicilor de sănătate și managementul performant al sistemului”.

(pg 68 Strategia de sănătate 2014-2020)

ANEXA IT (PIAS)

ARGUMENTE

În această anexă sunt prezentate **problemele** pe care medicii de familie le întâmpina în folosirea Platformei Informatice a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și **soluțiile** propuse în vederea unei dezbateri responsabile, transparente, bazate pe date reale.

Platforma Informatică a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (PIAS) are ca obiective declarate și asumate:

- facilitarea și perfecționarea serviciilor medicale acordate de prescriptorii de bilete de trimitere și de concedii medicale, cu beneficii asupra creșterii calității serviciilor medicale pentru cetățeni
- creșterea nivelului de monitorizare și control al serviciilor medicale, cu beneficii în utilizarea mai bună a FNUASS (fondul national unic al asigurarilor de sanatate) și în mai buna decontare a valorii serviciilor medicale către furnizorii de servicii
- creșterea calității și siguranței îngrijirii pacientului, prin valorificarea inter-schimbului de date medicale despre pacient între furnizorii diferitelor categorii de servicii medicale, prin integrarea unor noi servicii medicale: recuperare și îngrijiri la domiciliu
- finalizarea electronizării categoriilor importante de rețete medicale, necuprinse în prima etapă a sistemelor de tip e-Prescription, cu beneficii atât în perfecționarea serviciilor medicale, cât mai ales în îmbunătățirea deciziilor medicale privind procedurile de tratament și profilactice, bazate pe analiza unor seturi complete și coerente de date privind tratamentele medicamentoase prescrise pacienților
- creșterea calității deciziilor medicale, prin valorificarea inter-schimbului de date medicale despre pacient între furnizorii diferitelor categorii de servicii medicale, prin

integrarea unor noi servicii medicale: de laboratoare medicale, stomatologie, dispozitive medicale și ambulanțe

Cu toate acestea, realitatea demonstrează faptul că singurul obiectiv (realizat incomplet însă) este cel de control al cheltuirii banilor.

Categoria de asigurat nu este gestionată corect:

- încadrări greșite ale persoanelor în alte categorii decât cele reale
- invalidare eronată a categoriei de asigurat (exemple: student, elev, handicap, veteran de război, legi speciale etc)
- validare cu latență inacceptabilă (nou-născuți)
- lipsa totală a gestionării categoriilor de pacienți cu venituri doar din pensii cu o valoare mai mică de 700 de lei.

Câteva exemple ale obiectivelor de mai sus care nu sunt realizate sau sunt deficitare: (**casetă▶**)

Asistența la prescrierea medicamentelor, cu implementarea posologiei acestora, a interacțiunilor și a avertizărilor de prescriere în cazul produselor a căror prescriere în cadrul sistemului de asigurări de sănătate se face pe baza protocoalelor de prescriere, este practic inexistentă!

Platforma Informatică a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (PIAS), formată din cele patru componente interdependente SIUI, SIPE, DES și CEAS a avut parte de nenumărate întreruperi de la momentul punerii în funcțiune și până în prezent, întreruperi ce au perturbat activitatea din întreg sistemul de sănătate și au adus nemulțumiri atât în rândul medicilor, cât și al pacienților, care au avut de suferit prin:

- prelungirea timpului de așteptare,
- imposibilitatea prestării unor servicii medicale,
- imposibilitatea eliberării rețetelor necesare,
- neplata unor servicii către medicii din cabinetele de medicină de familie, ambulatoriul de specialitate sau spitale,
- imputări de rețete compensate,
- amenzi al căror quantum a fost cu mult mai mare decât valoarea serviciului sau a rețetei compensate.

Deși obiectivul PIAS a fost acela de a debirocratiza, eficientiza și simplifica activitatea tuturor medicilor și de a crește gradul de satisfacție al pacienților, în realitate a generat multiple probleme și a complicat inutil actul medical, motiv pentru care obiectivul declarat nu a fost atins!

ÎN CONCLUZIE:

Este necesară o reevaluare corectă și lucida a PIAS.

Documentul de mai jos propune soluții a căror implementare ar putea conduce la o îmbunătățire semnificativă a calității actului medical și eficientizarea cheltuielilor din sistem, cu consecințe pozitive, inclusiv de imagine, pentru modul de gestionare a sistemului.

1. Reevaluarea modului de gestionare a categoriei de asigurat și de prescriere a medicamentelor compensate și gratuite.

Considerăm că este necesară simplificarea modului în care este gestionată calitatea pacientului. Acesta are fie calitate de **Asigurat** fie **Neasigurat**, dar de asemenea, fiecare pacient este inclus într-o categorie de asigurat. Rolul categoriei de asigurat este acela de a determina gradul de compensare de care aceștia beneficiază în urma prescrierii de medicamente compensate sau gratuite. La ora actuală, medicul prescriptor trebuie să verifice și să documenteze această categorie de asigurat, lucru care nu are nici o legatură cu actul medical. Acest fapt duce la nevoia de desfășurare a unui număr mare de activități birocratice care interferă grav cu calitatea actului medical (verificare quantum pensie și arhivare declarație de la pacient, verificare certificat de handicap, verificare diverse adeverințe, legi speciale etc).

Ca urmare, vă solicităm pe această cale să luați în considerare modificarea modului în care categoria de asigurat este gestionată. Aceasta ar trebui să fie strict apanajul CNAS și ar trebui utilizată strict pentru determinarea gradului de compensare aplicat medicamentelor prescrise în cadrul sistemului național de asigurări sociale de sănătate. Pentru simplificarea situației, cu scopul de îmbunătățire a calității actului medical, respectiv a creșterii satisfacției pacienților sunt necesare următoarele modificări:

- **Categoria de asigurat să fie gestionată strict de către CNAS**, prin colaborarea cu diversele instituții ale statului ce dețin și oferă informațiile necesare sau direct, prin intermediul pacientului. Prin aceasta, medicul prescriptor nu va mai avea obligația de a documenta categoria de asigurat din care face parte pacientul. Parțial, acest aspect este realizat, dar în cazuri speciale precum pacienți cu certificat de handicap, pacienți cu venit mai mic de 700 de lei realizat doar din pensii, categoria de asigurat nu este corect gestionată de către SIUI. Concret, datele se pot prelua de la ANAF, sau, pentru a putea beneficia de grad de compensare special, pacienții care se încadrează în acele categorii ce le ofera gratuitate/compensare de 90% vor face dovada acestor categorii **direct la CJAS** (ce va arhiva documentele necesare și va actualiza lunar categoria). Astfel, pacienții vor putea primi rețete compensate/gratuite și de la furnizorii din spitale/ambulatorii, nu doar de la medicul de familie.
- **Prescrierea medicamentelor să se realizeze pe un formular unic** (o singură rețetă pentru toate medicamentele prescrise), indiferent de categoria de asigurat a pacientului, urmând ca gestionarea numărului și gradului de compensare al medicamentelor prescrise să se realizeze automat prin intermediul PIAS. Prin aplicarea acestei modificări se vor reduce situațiile de decontări „nelegale” ce apar de multe ori în urma controalelor efectuate de Curtea de Conturi la nivelul CJAS-urilor, asigurând astfel o utilizare judicioasă și corectă a banilor din FNUASS. Practic, medicul va prescrie medicamentele pentru pacientul asigurat, iar în momentul eliberării acestora va fi aplicat nivelul de compensare corespunzător atât pentru lista din care produsele fac parte, pentru numărul permis de medicamente eliberate, cât și corespunzător categoriei de asigurat.

2. Implementarea protocoalelor terapeutice de prescriere a medicamentelor în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate.

Un alt aspect care reprezintă o reală problemă la nivelul întregului sistem național de asigurări de sănătate este legat de modalitatea în care sunt gestionate protocoalele terapeutice de prescriere a medicamentelor compensate și gratuite.

În primul rând, este necesară delimitarea conceptului „protocol terapeutic” (profesional), de „protocolul de prescriere (administrativ)”. Terminologia medicală include termenul protocol pentru anumite concepte, iar utilizarea sa în scopul dorit de CNAS a dus de la început la confuzii.

Deși încă de la implementarea Sistemului Informatic de Prescripție Electronică unul din principalele puncte forte al acestuia este legat de integrarea acestor protocoale de prescriere, acest lucru nu a fost realizat. În ultimele luni s-au implementat pentru unele medicamente reguli de prescriere și validare bazate pe protocoale, ceea ce ne arată că această funcție este posibilă. Cerem pe această cale implementarea electronică a tuturor protocoalelor de prescriere a medicamentelor la nivelul SIPE, cu includerea obligatorie a avertizării medicului privind calitatea de prescriptor.

Estimăm că implementarea acestor avertizări poate avea **imediat** următoarele efecte:

- creșterea calității actului medical prin oferirea informațiilor necesare medicilor,
- cheltuirea mai corectă a banilor din FNUASS,
- evitarea decontărilor considerate frauduloase (medicamente prescrise de un medic dintr-o altă specialitate decât cele prevăzute în protocol).
- evitarea unei situații frecvent întâlnite în practică (**casetă ►**)
- un grad mai mare de satisfacție al pacienților (aceștia își vor primi rețeta de care au nevoie, atunci când au nevoie, de la medicul care inițiază tratamentul)
- reducerea cheltuielilor generate de serviciile medicale de care pacientul are nevoie (transcrierea rețetelor pe care o face medicul de familie în prezent se face pe baza unei consultații distincte, decontată suplimentar de CNAS).

Cea mai frecventă situație întâlnită în practică:

Lipsa finalizării actului medical prin inițierea tratamentului de către medicii de alte specialități (ce sunt obligați să prescrie prima rețetă), fapt ce practic **nu permite** medicului de familie continuarea acestuia pe baza scrisorii medicale (inițierea prescrierii/tratamentului de către medicul de familie, chiar și în baza unei scrisori medicale, este în anumite situații neconformă cu protocoalele de prescriere ale CNAS. Exemplu prescrierea de heparine cu lanț scurt pentru profilaxia accidentelor trombotice la pacienții cu fracturi)

Același principiu de verificare poate fi aplicat și în cazul medicamentelor ce pot fi prescrise doar pe bază de scrisoare medicală, rezultatele așteptate fiind aceleași ca cele prezentate mai sus.

3. Implementarea posologiei, interacțiunilor și contraindicațiilor produselor farmaceutice

Un alt beneficiu major ce a fost descris încă de la lansarea SIPE, a fost acela de implementare a **posologiei** produselor farmaceutice și a **interacțiunilor medicamentoase**

ce pot apărea între acestea, respectiv a **contraindicațiilor** pe care le au, acest lucru nefiind realizat până la ora actuală. Solicităm pe această cale implementarea acestui sistem în cadrul SIPE.

Cel mai important beneficiu, atât pentru pacienți, cât și pentru medici este reducerea utilizării incorecte a produselor farmaceutice.

Un alt beneficiu important, de data asta pentru sistemul de sănătate, este imposibilitatea de prescriere a unor cantități inadecvate de medicamente pentru un singur pacient, reducând astfel posibilitățile de risipire ale FNUASS.

4. Implementarea rețetelor de tipul TAB II și TAB III, a Scrisorilor Medicale, a Biletelor de Trimitere (specialități, paraclinic etc), a Concediilor pentru incapacitate temporară de boală, toate în format electronic.

Acestea fac parte din planurile de dezvoltare ale proiectului SIUI. În anul 2014 Au fost aprobate sumele necesare pentru realizarea unora dintre acestea, în anul 2015 fiind lansate licitațiile, acestea fiind fără rezultat până la ora actuală.

Prin includerea acestora se poate obține un sistem informatic cu adevărat funcțional și matur, care poate gestiona corespunzător toate documentele ce sunt eliberate de către medicii aflați în contract cu CJAS.

Prin realizarea acestora se va obține o reducere semnificativă a birocrăției la toate nivelurile, permițând utilizarea corespunzătoare a sistemului informatic.

Un alt pas important în reducerea birocrăției existente, cu impact asupra angajatorului, medicului curant, pacientului și Caselor de asigurări este reprezentat de eliminarea adeverinței de angajat conform modelului din Ordinul 8 din 2016, pentru concediile medicale. Deoarece calitatea și categoria de asigurat sunt gestionate de către Casele de asigurări, iar concediile medicale electronice permit o evidență clară a numărului de zile de concediu medical raportate pentru fiecare angajat (aspect ce are loc și la momentul actual), considerăm că o adeverință în plus care să furnizeze aceleași informații disponibile în SIUI nu este necesară.

5. Alte propuneri:

Măsuri ce vizează îmbunătățirea SIUI

1. Calitatea de asigurat - valabilă o luna calendaristică. Lunar, medicii vor realiza importul de personalizare. Datele obținute cu această ocazie vor avea valabilitate pe durata întregii luni calendaristice, indiferent de modificările ce vor fi efectuate ulterior asupra calitatii de asigurat a pacienților. În prezent sunt multe cazuri în care la începutul lunii pacientul apare asigurat, iar la sfârșitul lunii apare neasigurat, invalidându-se serviciile medicale.
2. Serviciile validate online vor fi plătite integral (eliminarea raportărilor la început de lună pentru luna precedentă). Orice rectificări de servicii vor fi făcute la regularizare sau în urma controalelor tematice.
3. Pentru a asigura transparența totală a gestionării fondurilor, pe site-ul CNAS se vor afișa numărul de servicii validate de sistemul informatic la sfârșitul fiecărei luni, pe categorii de furnizori.

4. Regularizarea va fi sub forma unui raport detaliat pentru fiecare furnizor, cu listarea motivelor de neplată pentru fiecare serviciu precum și cu calculul valorilor definitive a punctelor.
5. Validarea online a înscrierii unui pacient să se realizeze în momentul înscrierii, dacă sunt îndeplinite condițiile necesare conform legislației în vigoare. Odată validată înscrierea, toate serviciile realizate pentru acel pacient vor fi validate și plătite (în acest moment există o întârziere de 2 luni în validarea înscrierii și serviciilor). În momentul validării înscrierii, medicul primitor va putea vedea de la ce medic a plecat pacientul și datele de contact ale acestuia, pentru a putea să-i solicite copia fișei medicale.
6. În cazul transferului unui pacient, sistemul va anunța medicul de la care a plecat pacientul (la fiecare logare în SIUI, medicul va primi un mesaj de la sistem cu pacienții transferați și cu datele de contact ale medicului primitor - adresă sau email pentru a putea transfera copia fișei medicale).
7. În cazul nefuncționării SIUI (modul offline), calitatea de asigurat o certifică personalizarea făcută la început de lună (această calitate trebuie să rămână valabilă pe tot parcursul lunii, nu se poate schimba ulterior). Validarea serviciilor va fi realizată imediat ce sistemul este funcțional. Toate perioadele de nefuncționare vor trebui anunțate pe site-ul CNAS, imediat ce ele sunt raportate de utilizatori, iar serviciile eliberate offline NU VOR IMPUTATE furnizorului dacă au avut loc în intervalul în care au existat erori de funcționare.
8. Evidențierea pacienților internați și invalidarea oricăror alte servicii care ar putea fi făcute pe perioada internării. Odată ce pacientul se internează, sistemul îl blochează pe acel pacient pe toata durata internării și orice servicii ce vor fi efectuate de alți furnizori și sunt incompatibile cu internarea în spital vor fi invalidate, cu motivul că pacientul este internat. Odată făcuta externarea (electronic), pacientul poate primi alte servicii chiar în ziua externării.
9. Obligativitatea fiecărui medic aflat în contract cu Casele de asigurări de a deține semnătura electronică (condiție necesară semnării contractului). Astfel se evita situația în care o rețetă este semnată electronic de manager, șef de secție, etc deși medicul care o prescrie este altul. În plus, permite accesul în siguranță al DES al pacientului.
10. Orice serviciu de urgență trebuie să fie exceptat de la semnarea lui cu cardul de sănătate pentru a fi validat. Deși în legislația în vigoare este specificat acest lucru, acesta nu este implementat la nivelul SIUI.
11. Implementarea unui sistem prin care să se identifice furnizorii de servicii paraclinice ce mai au fonduri disponibile (laboratoare, imagistică, explorări funcționale etc). Practic, validarea în timp real a serviciilor permite aceasta funcționalitate.

Măsuri ce vizează îmbunătățirea SIPE:

1. Renunțarea la rețeta tipărită (în cazul prescrierii online cu semnătură electronică)
2. Implementare regulilor de validare-compensare pentru un medicament, dacă exista prima rețetă prescrisă de medicul de altă specialitate (pentru medicamentele ce necesită Scrisoare medicală sau au Protocol de prescriere ce prevede acest lucru). Se evită astfel dublarea prescripției și imputarea ei.
3. Pentru pacienții internați, rețeta, indiferent de specialitate, va fi eliberată de către medicul din spital. Fiecare echipă medicală trebuie să își finalizeze actul

Exemplu: pacientul este internat, cardul nu este transmisibil; un alt medic nu poate ști dacă medicația din rețetă nu interferă cu cea din spital, pacientul nu informează întotdeauna medicul asupra medicației pe care și-o procură prin rețeta eliberată de medicul de familie.

medical. Lipsa de comunicare între specialități prin documente rapide face să nu poată fi aplicate regulile de prescriere electronică.

Măsuri ce vizează îmbunătățirea CEAS:

1. Adeverința pentru cei ce refuză cardul de sănătate, respectiv adeverința înlocuitoare de card să poată fi descărcată și de către pacient de pe site-ul CNAS, pe baza unui mecanism de verificare, astfel reducându-se încărcătura birocratică la nivelul CJAS, aspect ce conduce la un grad mai mare de mulțumire a pacientului față de serviciile oferite de către CJAS.
2. Deblocarea/validarea unui card de sănătate să se facă printr-un sistem automatizat ce nu necesită intervenția unui operator call-center.

Măsuri ce vizează îmbunătățirea DES:

1. Asumarea de către CNAS a securității datelor din DES și necesitatea acceptului pacientului, fapt ce trebuie precizat în DES.
2. Introducerea în DES de date medicale de către TOȚI furnizorii de servicii medicale (actualmente UPU, Centrele de permanență, laboratoare medicale și mulți privați fără contract CAS nu introduc datele, fie pentru că nu au această obligație, fie pentru că nu există penalități pentru ei). Deocamdata, DES este inutil pentru medic și pacient.
3. Utilizarea DES pentru comunicarea interdisciplinară, inclusiv pentru susținerea regulilor de prescriere (scrisori medicale electronice, recomandări de continuare sau modificare a terapiei, acord pentru un anumit tip de intervenție etc.).
4. Accesul la DES pentru medicii ce lucrează în Centrele de Permanență să se facă pentru toți pacienții care se prezintă în CP (cu acceptul acestora), chiar dacă nu sunt pe lista de pacienți a medicului de gardă.