

Urmărirea per CNP a serviciilor efectuate asiguraților cu ajutorul unui sistem informatic integrat la CJAS Timiș

Autori:

Conf. Dr. **Victor Dumitrașcu**, CJAS Timiș

Dr. **Daniela Cipu**, CJAS Timiș

Urmărirea asiguraților și a serviciilor acordate acestora în unitățile medicale reprezintă activitatea primordială a unei Case Județene de Asigurări de Sănătate. Constrângerile de natură economică și socială presupun regăsirea informațiilor rapid și eficient utilizând cât mai economic resursele puse la dispoziție. Utilizarea unui sistem informatic integrat permite preluarea raportărilor furnizorilor de servicii medicale și calcularea drepturilor financiare ce decurg din efectuarea acestor servicii, aflarea informațiilor solicitate în timp minim, generarea rapoartelor către diversele instituții cu care Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Timiș are relații de subordonare și/sau de colaborare.

Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Timiș beneficiază de un sistem informatic integrat oferit de firma S.C. INFO WORLD S.R.L. din București, furnizoare la nivel național și internațional de programe destinate domeniului medical.

Programul Asimed este un produs destinat informatizării activităților unei case județene de asigurări de sănătate, structurat modular, ușor configurabil, adaptat necesităților și cerințelor clientului. Aplicația conține module de utilizare generală precum Nomenclatoare, Generale, Acreditare și Contractare, module care privesc decontarea serviciilor care sunt detaliate pe furnizorii de servicii medicale, permițând tratarea specifică a informațiilor, precum și un modul destinat plăților și unul de rapoarte.

Asimed oferă utilizatorilor accesul consistent la resursele partajabile, necesare diferitelor module destinate fiecărui tip de furnizor, precum aceeași listă de asigurați sau același nomenclator de servicii.

I. Sistemul informatic integrat Asimed

1. Modulele generale

Procesele de Acreditare, Contractare și Decontare utilizate în cadrul activităților desfășurate de personalul Casei de Asigurări de Sănătate necesită existența unor anumite colecții de elemente predefinite referitoare la diferitele noțiuni implicate în aceste activități. Astfel, de exemplu, pentru detalierea unui proces de decontare a sumelor datorate pentru un furnizor de servicii de urgență prespitalicească, este necesar un contract aferent între unitatea medicală prestatoare de servicii și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate. Pentru existența contractului respectiv este necesară existența unei colecții de unități medicale, a unei colecții de personal medical, a unei colecții de servicii pe baza cărora poate fi definit contractul.

Se pot construi astfel structuri arborescente prin care să fie detaliate necesitățile fiecărei entități din cadrul schemei de proces aferente activității unei Case de Asigurări de Sănătate. Ultimele entități, cele mai simple din punct de vedere al structurii dar, deopotrivă, cele mai

importante, sunt constituite în colecții care sunt prezentate în interfață în cadrul modulului **Nomenclatoare**.

De menționat că administrarea colecțiilor și entităților prezentate în cadrul acestui modul este concepută ca un aspect deosebit de important al activității, deoarece înregistrarea unei erori la acest nivel se poate propaga cu deosebită ușurință în cadrul tuturor celorlalte module, schimbările cantitative și calitative astfel rezultate putând avea rezultate dezastruoase și, uneori, irecuperabile pentru întregul sistem de baze de date.

Modulul **Generale** conține colecțiile de nivel general necesare pentru utilizarea în bune condiții a modulelor **Acreditare** și **Contractare**. Modulul Generale are drept scop gestionarea entităților medicale din cadrul sistemului sanitar (adică persoane fizice sau asigurați, personal medical și, respectiv, unități medicale, inclusiv centrele de permanență). De asemenea, acest modul permite gestionarea actelor asociate entităților amintite anterior.

Acreditarea constituie prima activitate a Casei de Asigurări de Sănătate în relația cu furnizorii de servicii medicale. Pentru a-și desfășura activitatea în relație directă cu Casa de Asigurări de Sănătate, furnizorul de servicii medicale sau personalul medical trebuie mai întâi să obțină recunoașterea din partea acesteia. Acreditarea este obținută în urma unei cereri depuse, însoțită de acte doveditoare. Dacă furnizorul de servicii medicale sau personalul medical îndeplinește condițiile necesare va obține o acreditare în urma examinării cererii de către o comisie. Pentru furnizorii de servicii însă nu reprezintă decât primul pas, următorul fiind acela de a încheia un contract cu casa de asigurări în care vor fi specificate toate principiile colaborării.

Astfel se înregistrează cererile de acreditare din partea furnizorilor de servicii medicale sau a persoanelor fizice, sub forma unui dosar de acreditare. După identificarea fiecărui solicitant, a unității medicale sau a punctului de lucru se pot asocia acestuia dosarul de acreditare și actele depuse. În cazul în care acreditarea a fost acordată, Casa de Asigurări de Sănătate emite pe numele furnizorului de servicii sau personalului medical un certificat de acreditare.

Modulul **Contractare** este construit pentru administrarea tuturor contractelor și a actelor asociate contractelor existente (acte adiționale) care pot interveni în cadrul activității Casei de Asigurări de Sănătate. Modulul se bazează pe date primite din modulele anterioare și are un deosebit impact asupra modulelor de decontare. Pentru fiecare dintre tipurile de contract prevăzute se prezintă forme de gestiune corespunzătoare (diferite, în funcție de necesitățile aferente pentru fiecare tip de contract de furnizare servicii între un furnizor unitate medicală și Casa Județeană de Asigurări de Sănătate).

Modulul are o importanță deosebită, chiar dacă indirect, în ceea ce privește urmărirea asiguraților, deoarece în cadrul acestuia se contractează serviciile medicale pe care le poate oferi furnizorul, precum și numărul acestor servicii și un valoare de contract pe o perioadă, care, în funcție de tipul furnizorului, poate fi lunară, trimestrială, semestrială și anuală. Detaliile contractului sunt utilizate la validarea raportărilor lunare ale furnizorilor de servicii medicale. Pe baza acestora, programul Asimed poate valida serviciile raportate sau invalida, în care caz se precizează și motivul invalidării serviciilor, facilități care folosesc la stabilirea cuantumului de plată către furnizori.

Modulul **Rambursare Generale** este realizat în vederea prezentării și a actualizării informațiilor, necesare în etapa de raportare și plată către furnizor, care nu sunt incluse în modulele de decontare. Aici se poate consulta lista de asigurați înregistrați în sistem, iar apoi se pot vedea informații detaliate despre fiecare asigurat, precum categoria de asigurat din care face parte și un istoric al medicilor de familie, pe listele cărora a fost înscris.

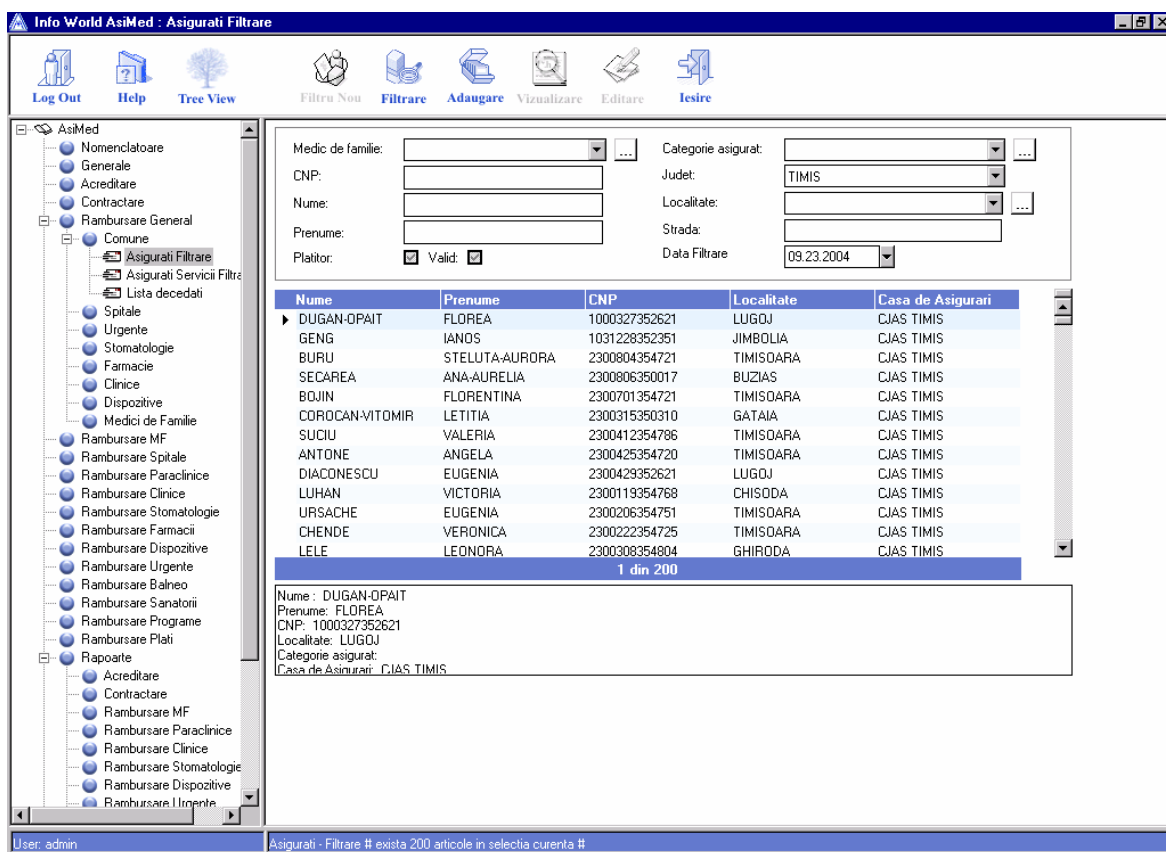


Figura 1: Asimed, căutarea asiguraților din sistem

2. Modulele de decontare

Având toate datele necesare introduse în sistem Casa Județeană de Asigurări de Sănătate poate primi raportările furnizorilor de servicii medicale pe care le-a efectuat asiguraților de pe lista acesteia. Aceste raportări sunt preluate de către operatorii casei în cadrul modulelor de decontare specifice fiecărui tip de furnizor.

Activitatea de decontare poate fi împărțită în trei faze:

- ♦ culegerea raportărilor lunare venite de la furnizorii de servicii medicale, raportări care centralizează serviciile medicale prestate către asigurați;
- ♦ verificarea, corectarea, validarea și eventual soluționarea diferendelor privind datele raportate;
- ♦ calculul drepturilor bănești, regularizări, corecții și rețineri, precum și plata acestora

Raportările depuse de fiecare furnizor de servicii medicale sunt introduse printr-o procedura automatizată în sistem, care permite atât validări la nivel de date (de exemplu, data efectuării serviciului să fie în luna de raportare) precum și validări specifice fiecărui modul. Aceste validări, realizate în cadrul operației de import a raportării, ajută operatorul prin validarea sau invalidarea automată a serviciilor (în care caz se generează automat un mesaj de eroare motivând decizia de invalidare a serviciilor). De asemenea, operatorul are posibilitatea de a vizualiza în cadrul raportării a sumei contractate (acolo unde este cazul), a sumei raportate, sumei validate (suma pentru serviciile validate după import) și de a aproba suma pe care Casa Județeană o va plăti furnizorului.

Serviciile medicale de care poate beneficia un asigurat medical pot fi grupate în patru mari categorii:

- ♦ servicii medicale oferite de medicul de familie;
- ♦ servicii medicale oferite în ambulatoriul de specialitate;
- ♦ servicii medicale spitalicești și de urgență prespitalicească;
- ♦ servicii medicale farmaceutice;

2.1. Servicii medicale oferite de medicii de familie

Medicii de familie raportează Casei Județene de Asigurări de Sănătate, atât serviciile medicale pe care le efectuează asiguraților din lista proprie (raportare per servicii) și nu numai, precum și lista proprie de asigurați (raportare per capita).

Prin decontarea „per capita”, medicul de familie primește de la Casa Județeană de Asigurări de Sănătate o sumă de bani, proporțională cu numărul de asigurați înscrși pe lista proprie. Pentru aceasta el aduce lunar la cunoștința casei lista cu mișcările survenite în luna de raportare și eventualele stări ale asiguraților. În funcție de această listă, se va calcula un număr de puncte ce îi revin medicului. Numărul acesta de puncte poate fi modificat (majorat sau diminuat) în funcție de criterii specifice. Numărul final de puncte se înmulțește cu valoarea în lei a punctului, rezultând o sumă ce îi va fi plătită medicului de familie. În cazul în care acesta a încheiat o "convenție medic nou" va fi plătit cu o sumă fixă, indiferent de numărul de asigurați de pe listă.

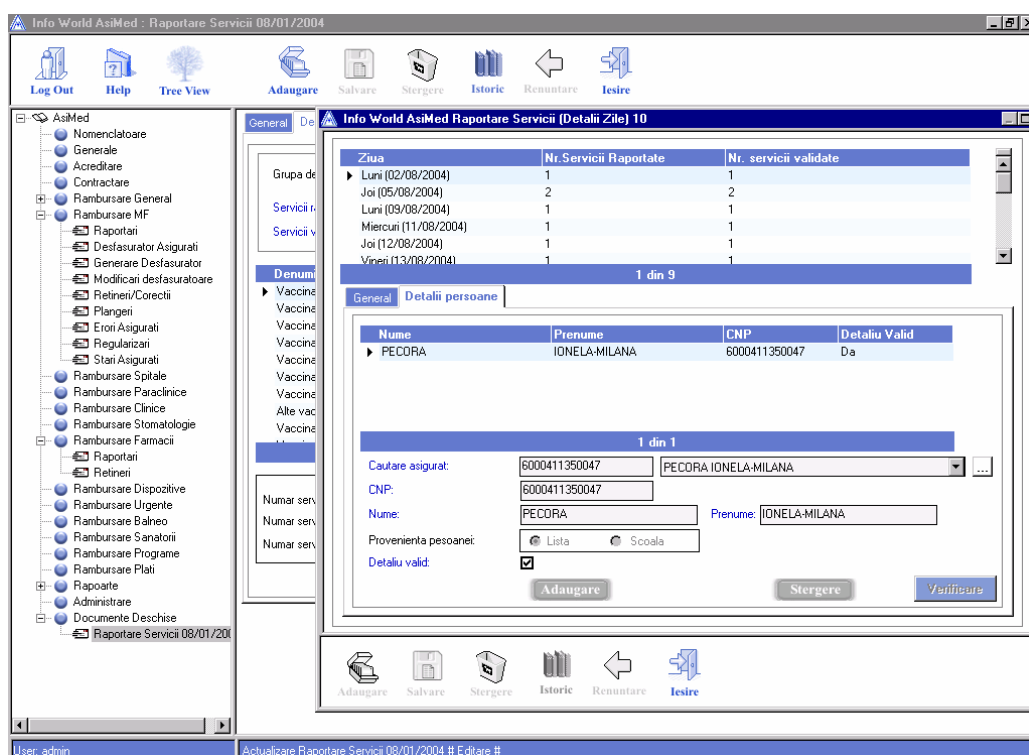


Figura 2. Asimed, raportări per servicii medici de familie

Prin decontarea „per serviciu” medicul de familie primește de la CJAS o sumă de bani, conform cu serviciile pe care acesta le-a realizat în luna precedentă. Fiecărui serviciu îi este atribuit un număr de puncte. Suma punctelor realizate va fi înmulțită apoi cu valoarea punctului, rezultând suma ce îi va fi plătită medicului.

În cadrul produsului Asimed raportările per capita ale medicilor de familie sunt folosite pentru stabilirea listei de asigurați ai Casei de Asigurări. La sfârșitul fiecărei luni, după primirea listelor de mișcări și de stări ale asiguraților medicului, a modificărilor din listele de asigurați provenite de la Casa Națională de Asigurări de Sănătate cu asigurații care au schimbat casa, se închid desfășurătoarele lunare care permit o imagine clară asupra listelor de asigurați înscriși la fiecare medic.

În cadrul acestui modul, prin raportările „per capita” se poate urmări traseul unui asigurat în ceea ce privește înscrierea acestuia la medicii de familie, mișcările asiguratului pe listele acestora, iar prin raportările „per servicii” se poate obține o situație a serviciilor de care beneficiază asiguratul din partea medicului de familie pe listele căruia este înscris.

Rapoartele destinate acestui modul furnizează listele de asigurați ale medicilor de familie, mișcările asiguraților la diferiți medici,

2.2. Servicii medicale oferite în ambulatoriul de specialitate

Serviciile medicale oferite în ambulatoriul de specialitate sunt detaliate în mai multe module, conform cu tipul furnizorului de servicii medicale.

Servicii medicale în ambulatoriul stomatologic

Decontarea în ambulatoriul de specialitate stomatologie se face prin tarif pe serviciu medical. Fiecare serviciu are un tarif definit prin norme. Serviciile sunt decontate în totalitate sau parțial, în funcție de procentul de decontare, de anumite criterii cum ar fi grupa de vârstă a asiguratului, categoria socială a acestuia sau efectuarea în prealabil a unui control profilactic.

Valoarea totală obținută prin însumarea tarifelor asociate serviciilor se decontează în limita unei valori de contract trimestrial stabilit în cadrul contractului încheiat între unitatea medicală și Casa de Asigurări de Sănătate. În fiecare lună medicul are obligația de a aduce o raportare, o listă cu serviciile medicale efectuate, precum și informații legate de acestea: informații despre asiguratul care beneficiază de serviciul respectiv, numărul serviciilor, localizarea acestora, data efectuării, etc.

Serviciile raportate sunt validate după criterii bine stabilite. După ce au fost înregistrate raportările și ulterior corectate, acestea sunt verificate în vederea stabilirii sumei ce urmează a fi decontată. Se face astfel verificarea cu valoarea de contract stabilită în contract pentru perioada respectivă. Odată terminată verificarea datelor, raportarea va fi închisă pentru a fi plătită. Închiderea unei raportări este un proces ireversibil, existând doar posibilitatea consultării datelor.

Pentru fiecare lună de raportare se pot introduce rețineri / corecții în urma constatării fie a unor neconcordanțe între numărul serviciilor raportate și numărul serviciilor realizate în realitate, fie în urma controalelor efectuate la sediul unității medicale. La sfârșitul perioadei de finanțare, care este trimestrul, după înregistrarea raportărilor și a corecțiilor, se fac regularizări, care reprezintă sumele de bani pe care Casa de Asigurări de Sănătate le datorează încă medicului sau medicul trebuie să înapoieze o sumă de bani casei.

Determinarea costurilor per asigurat în acest modul se obține prin însumarea tuturor serviciilor efectuate, chiar dacă au fost efectuate la mai multe unități medicale stomatologice.

Servicii medicale în ambulatoriul clinic

În Ambulatoriile clinice se efectuează mai multe tipuri de servicii:

- ♦ servicii clinice propriu zise, constituie marea majoritate a activității desfășurate și sunt consultații de specialitate și alte servicii efectuate de către medici pentru asigurați. Tarifele pentru aceste servicii sunt exprimate în puncte. Calculul valorii acestor servicii se face înmulțind tariful în puncte cu valoarea punctului, rezultând astfel sumele de plată. Valorile respective se regularizează trimestrial.

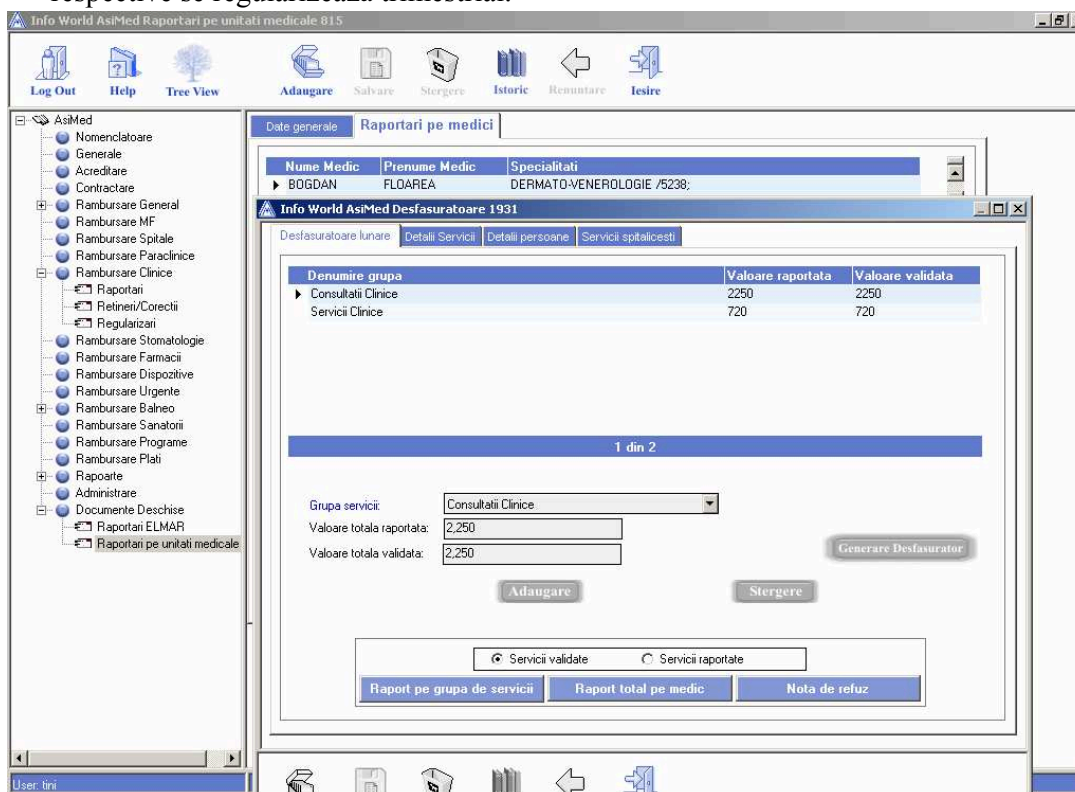


Figura 3. Asimed desfășurătorul detaliat (clinic)

- ♦ servicii de terapie fizică (fizioterapie). Aceste servicii au tarife în lei și valorile lor nu se regularizează.
- ♦ servicii spitalicești. Aceste servicii au specific spitalicesc, sunt anumite intervenții complexe care nu necesită internarea pacientului și pot fi efectuate și de anumite ambulatorii clinice, dar numai cu aprobare specială. De asemenea, aceste servicii au tariful în lei și nu se regularizează.

Un ambulatoriu clinic raportează activitatea lunar, în primele zile ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea.

Aplicația Asimed permite preluarea raportărilor medicilor în format electronic, reducând foarte mult efortul operatorului Casei de Asigurări de Sănătate. După importul raportărilor sunt generate desfășurătoarele lunare, pe tipul de serviciu. De asemenea, se mai pot genera și desfășurătoare lunare, cu informații mai centralizate decât precedentele.

Prin rapoartele destinate acestui modul, atât lunare, cât și trimestriale se poate obține situația serviciilor medicale efectuate de un asigurat într-un ambulatoriu clinic.

Servicii medicale în ambulatoriul paraclinic

Decontarea unităților de servicii paraclinice consta în deducerea și evidențierea sumelor de bani pe care fiecare laborator le primește de la Casa Județeană de Asigurări de Sănătate în urma rapoartelor depuse lunar. La începutul fiecărei luni, unitățile medicale aflate în relație contractuală cu Casa Județeană de Asigurări aduc raportările lunii precedente. Aceste raportări se preiau și introduc în aplicație. Programul verifică validitatea lor: se verifică dacă respectă normele în vigoare după care se verifică și faptul că raportarea respectă prevederile contractuale. Exisă două nivele de detaliere a rapoartelor depuse de laboratoare: la nivel de tip de serviciu (tip de investigație) și la nivel de bilet de trimitere (enumerându-se pentru fiecare pacient investigațiile efectuate)

Aplicația verifică dacă cele două raportări sunt consistente, în sensul că suma investigațiilor existente pe bilete trebuie să corespundă cu valoarea totalizată la nivel de investigație pentru respectiva investigație. Suma raportată depinde de numărul de analize efectuate și de tariful negociat pentru fiecare tip de analiză. Suma plătită unității de servicii paraclinice va fi suma aprobată de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate în funcție de suma raportată, dar fără a depăși valoarea de contract stabilită prin contract. În cazul contractelor de acest tip cu spitalele, pentru care a fost negociată și o anumită frecvență pentru investigații (un număr lunar de investigații contractate) se verifică dacă nu a fost depășită frecvența pentru respectiva lună. Verificarea de valoare de contract nu mai este necesară deoarece valoarea de contract este chiar suma investigațiilor contractate.

După ce aceste raportări au fost verificate și din punct de vedere medical, se închid (operație ireversibilă) și se face plata acestor servicii prin intermediul modulului de plăți. În afara perioadei de raportare pot fi introduse eventuale recalculații, corecții sau rețineri, rezultate din diverse motive (fie în urma unui control, fie ca o corectare sau o completare a unei raportări).

Servicii medicale în ambulatoriul de recuperare

Decontarea în ambulatoriul de recuperare (modulul Rambursare Balneo) se bazează pe calculul drepturilor bănești datorate de către Casa de Asigurări de Sănătate către furnizori pe baza raportărilor lunare depuse de către aceștia.

Raportările pot fi făcute pe trei niveluri de detaliere:

- ◆ la nivel de proceduri, unde se raportează numărul de servicii medicale de acel tip în luna de raportare;
- ◆ la nivel de tratamente, unde se raportează numărul de servicii medicale efectuate pe un anumit tratament;
- ◆ la nivel de zile, unde se raportează fiecare serviciu, efectuat pentru un anumit tratament. Pentru acest nivel preluarea raportării este automată, în această operație efectuându-se și validarea serviciilor conform cu criteriile specifice, precum: numărul zilnic de servicii pentru un tratament, orarul medicului, durata unui tratament.

O altă facilitate este posibilitatea vizualizării tuturor consultațiilor, serviciilor și procedurilor raportate, indiferent de perioada raportării, pe un tratament care a fost raportat în luna respectivă. Din această fereastră se pot valida o consultație, un serviciu sau o procedură, sau chiar la nivelul întregului tratament, care atrage invalidarea tuturor serviciilor de recuperare raportate pe acel tratament.

Servicii medicale ale furnizorilor de dispozitive

Activitatea în cadrul acestui serviciu constă în gestiunea cererilor ce vin din partea asiguraților privind acordarea, repararea sau înlocuirea dispozitivelor medicale, acceptarea sau respingerea acestora și efectuarea plăților către furnizorii care au eliberat dispozitivele, pe baza facturilor emise de aceștia.

Pentru fiecare dispozitiv acceptat de pe cerere se eliberează o decizie de decontare, împreună cu o listă cu toți furnizorii care distribuie dispozitivul aprobat și cu prețurile pentru acestea (preț furnizor, preț referință, diferența dintre acestea).

Pentru procurarea unui dispozitiv este necesară efectuarea unei cereri către Casa de Asigurări de Sănătate la care este înregistrat asiguratul respectiv. Această cerere de dispozitive cuprinde toate informațiile de înregistrare în evidența casei de asigurări, date despre asigurat și persoana care îl reprezintă (daca este cazul), precum și informații despre medicul de specialitate și actele medicale eliberate de acesta, o listă cu dispozitivele pe care acesta le recomandă spre decontare și numărul acestora, precum și a actelor atașate la cerere care atestă și justifică cererea de dispozitive.

În cadrul activității de monitorizare a unei cereri, depunerea acesteia reprezintă primul pas, urmând ca după soluționare să fie trecute rezultatele care constau în aprobarea sau refuzul fiecărui dispozitiv de pe cererea de dispozitive.

În cazul acestui modul, decontarea nu se face pe baza unui raport primit din partea furnizorului ci pe baza facturii emise de către acesta. Pe factura respectiva vor fi enumerate dispozitivele pe care furnizorul le-a livrat / reparat precum și detaliile legate de fiecare decizie de aprobare în parte.

2.3. Servicii medicale spitalicești și de urgență prespitalicească

Și acest tip de servicii este tratat în cadrul mai multor module, după tipul de furnizor de servicii medicale.

Servicii medicale efectuate în spitale

În conformitate cu contractul încheiat cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate, furnizorii aduc lunar mai multe raportări, separate pe tipul de serviciu sau de decontare ale altor cheltuieli efectuate de spitale.

Astfel, lunar se pot prelua raportările de tip întreținere și funcționare cabinete stomatologice și UPU, întreținere și funcționare dispensare TBC și LSM, personal din cabinete stomatologice și UPU, personal din dispensare TBC și LSM, personal stagiați, personal rezidenți.

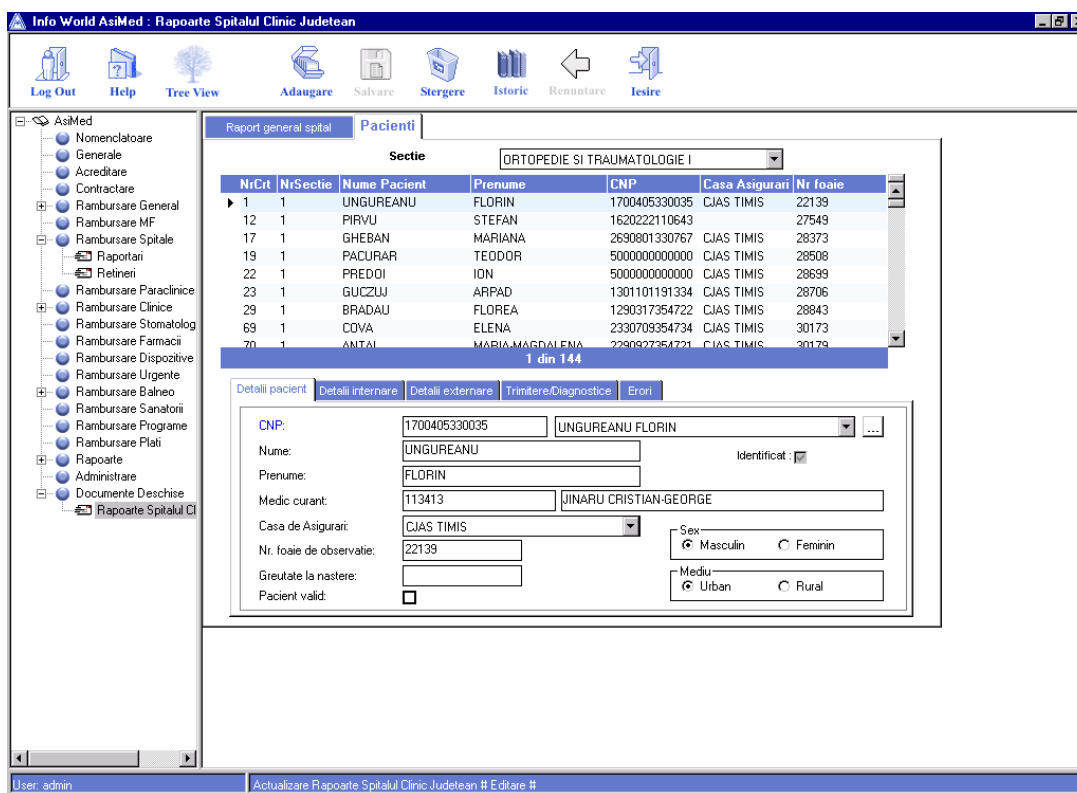


Figura 4. Asimed, raportare de tip statistici spitale

Raportările de servicii efectuate în spitale (grupate pe secții, servicii spitalicești care se decontează la nivel de zi sau la nivel de caz rezolvat) se preiau în format electronic, în această operație efectuându-se și operații de validare a serviciilor raportate.

Raportările de servicii medicale se pot detalia până la nivel de pacient, fapt care ajută la stabilirea „traseului parcurs” de acesta la nivelul unui spital sau al mai multor spitale în cazul unor cazuri mai deosebite.

Un caz deosebit îl reprezintă raportarea de tip statistici spitale, unde sunt raportate toate externările efectuate de spital, cu diagnosticile stabilite, datele de internare și externare, motivele de internare și externare, astfel putându-se determina anumite situații precum: numărul de externări în medie pe un pacient, numărul mediu de zile de internare ale unui pacient, numărul mediu de pacienți sau de externări pe o secție sau pe un diagnostic.

Aceste informații sunt utile și utilizate în determinarea serviciilor pe care spitalele le efectuează asiguraților de pe listele unei Case de Asigurări de Sănătate și în determinarea costurilor pe un asigurat, pe diagnostic sau pe secție.

Servicii medicale de urgență prespitalicească

Un furnizor de tip urgență prespitalicească raportează activitatea lunar, în primele zile ale lunii următoare celei pentru care se face raportarea. Raportările sunt aduse de către furnizorul aflat în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate. După ce raportările au fost înregistrate în sistem serviciile sunt validate după mai multe criterii. Odată terminată verificarea datelor, raportarea va fi închisă pentru a putea fi plătită.

Unitățile de urgență prespitalicească care au contract cu Casa de Asigurări de Sănătate depun rapoartele separat pentru: servicii de urgență prespitalicească și servicii de transport în asistența

medicală de urgență prespitalicească. Datele, contravaloarea serviciilor prestate, sunt centralizate în vederea stabilirii sumei aprobate ce urmează a fi decontată.

Unitățile de urgență prespitalicească raportează casei de asigurări serviciile prestate, ținându-se cont de solicitările încadrate din punct de vedere al promptitudinii. Casa de Asigurări de Sănătate stabilește un procent de reținere ce se aplică sumei validate. Pentru serviciile medicale de urgență prespitalicească solicitate abuziv se raportează o listă cuprinzând persoanele în cauză. După ce procesul de validare s-a terminat rezultă forma finală a raportării. Se calculează contravaloarea serviciilor, iar Casa de Asigurări de Sănătate stabilește o sumă aprobată spre decontare. Aceasta nu poate depăși suma totală validată sau valoarea de contract contractată pentru luna respectivă.

Servicii medicale raportate în programe naționale

Acest modul conține funcționalitățile necesare unei Case de Asigurări de Sănătate în activitatea sa de urmărire a derulării programelor naționale de sănătate.

Pe baza listelor de pacienți, fiecare spital își estimează un necesar de medicamente și materiale sanitare pentru fiecare program în parte. Acest necesar de medicamente și materiale sanitare este transmis Casei Județene de Asigurări de Sănătate sub forma unei comenzi. Comanda este transmisă de către casa județeană la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, unde se centralizează, se anunță furnizorii de medicamente și materiale sanitare care, la rândul lor, vor furniza către spitale conform contractului de achiziție medicamentele și materialele din cerere.

Pentru fiecare program național în parte, unitățile medicale sunt obligate să raporteze anumiți indicatori specifici. Indicatorii raportați sunt diferiți în funcție de program, iar acești indicatori pot fi grupați în trei tipuri de categorii:

- ♦ pentru prima categorie de indicatori se va raporta atât pacienții, cât și cheltuielile aferente indicatorului;
- ♦ pentru a doua categorie de indicatori se vor raporta numai numărul de servicii/teste/examene efectuate;
- ♦ pentru a treia categorie de indicatori se vor raporta numai cheltuielile aferente;

Raportările pentru prima categorie de indicatori conțin și codul numeric personal al pacientului, fapt care ajută la determinarea serviciilor medicale de care acel asigurat beneficiază în cadrul unui anumit program național.

2.4. Servicii medicale farmaceutice

Modulul de **Rambursare Farmacii** reprezintă în cadrul Casei Județene de Asigurări de Sănătate activitatea de decontare a sumelor necesare către farmaciile cu care aceasta are contract. Furnizorii de servicii medicale pot intra în colaborare cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate numai după semnarea unui contract în cadrul căruia sunt menționate condițiile și relațiile dintre cele două entități.

Activitatea de decontare constă din primirea de rapoarte din partea farmaciilor care sunt în relație contractuală cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate. Odată introduse în sistem, rapoartele vor fi validate. În general validările vor depinde de anumite condiții setate în sistem, precum și de parametrii contractuali (de exemplu, depășirile de valoare de contract).

Validarea are o singură etapă. Aceasta se realizează automat, de către sistem, și constă în validarea, respectiv invalidarea rețetelor raportate de către o farmacie sau toate farmaciile contractante în perioada raportată. În urma acestui proces, pe fiecare raport se calculează suma ce poate fi rambursată farmaciei.

Raportările conțin în principal patru categorii de rețete: gratuite, compensate, compensate 90% și cele patru boli conform Anexei 30, art.17, lit.e din norme, care sunt evidențiate în mod distinct. Sumele vor fi cuprinse pe patru facturi separate.

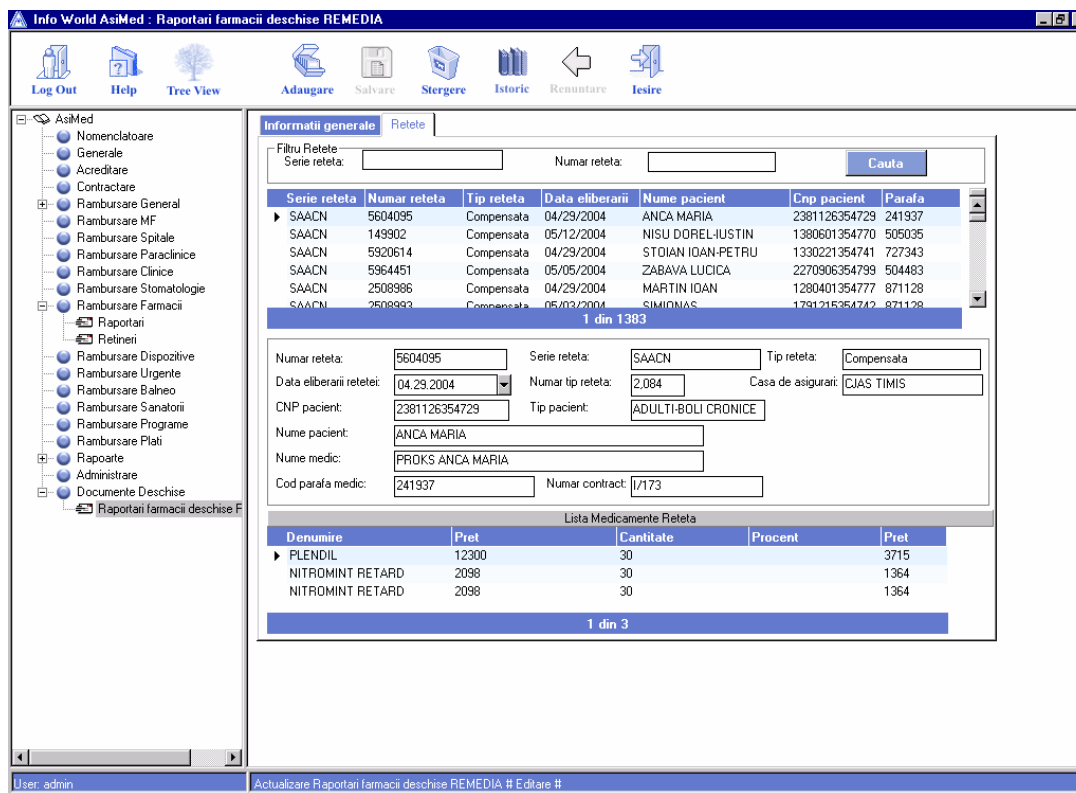


Figura 5. Asimed, raportări ale farmaciilor

II. Studiu de caz: urmărirea serviciilor de care beneficiază un asigurat

În cadrul acestui capitol vom prezenta traseul unui asigurat care beneficiază de servicii medicale efectuate în unități medicale care au relații contractuale cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate Timiș. Se va urmări modul în care serviciile medicale și farmaceutice sunt înregistrate în cadrul sistemului Asimed și modul în care aceste informații pot fi utilizate în vederea determinării costului pe asigurat.

Prin introducerea unui CNP se poate evidenția totalul consultațiilor raportate și validate pentru un asigurat pe perioada dorită de operator cu ajutorul raportului Servicii medicale generale.

În acest studiu de caz vom urmări și centraliza pe perioada 01.01.2004 – 01.09.2004 costurile serviciilor medicale și farmaceutice de care beneficiază asiguratul cu CNP-ul 2890301351573. La începutul anului, asiguratul este înscris la medicul de familie Dr. Pogany Daniela Anca, cod parafa 161386.

Accesând diversele module ale programului Asimed se pot observa serviciile raportate pentru decontare de diferiți furnizori de servicii medicale care au efectuat în perioada 01.01.2004 – 01.09.2004.

Pentru luna februarie 2004, se poate observa în raportarea de servicii din ambulatorul clinic al unității medicale Spitalul clinic de urgență pentru copii „Louis Turcanu” efectuarea unei consultații inițiale și a unei consultații de neurologie, neuropsihiatrie infantilă. De asemenea, din raportarea pe acea lună a furnizorului de servicii din ambulatorul de paraclinic al unității medicale

Centrul de Diagnostic Medical se poate observa efectuarea mai multor analize, din care amintim: ASLO, Glicemic, Creatina serică, Calciu ionic seric, etc., pe baza unui bilet de trimitere de la medicul de specialitate.

Pentru luna martie 2004 din raportarea aceluiași furnizor de servicii din ambulatorul clinic se poate observa continuarea de consultații către asiguratul urmărit. De asemenea, acesta mai beneficiază și de un control de bilanț din partea medicului de familie al asiguratului.

În luna aprilie 2004, asiguratul urmărit beneficiază de asemenea de consultații în ambulatorul clinic din partea unităților medicale Spitalul clinic de urgență pentru copii „Louis Turcanu” și Centrul de Diagnostic Medical, precum și de re-efectuarea unor analize în ambulatorul paraclinic la Centrul de Diagnostic Medical și la Neurorad. Aceste informații se pot urmări pe raportările acestor unități medicale din luna aprilie 2004.

În luna mai 2004, asiguratul beneficiază de consultații clinice la furnizorii de servicii Spitalul Clinic de urgență pentru copii „Louis Turcanu” și Medicalis, care pot fi vizualizate în raportările acestor unități pe această lună. Tot în această lună furnizorul de servicii de recuperare balneo Elmar efectuează o consultație inițială aceluși asigurat, iar din raportarea acestei unități medicale pe această lună se pot obține mai multe informații despre acest tratament. Asiguratul urmărit beneficiază în luna mai și de servicii de stomatologie la unitatea Cabinet DR. Ianculescu. Din raportarea pe această lună a furnizorului de dispozitive medicale SURGEX, aflat în relații contractuale cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate se observă furnizarea către asigurat a unor lentile intraoculare pentru camera anterioară în urma consultației efectuate de medicul specialist și a aprobării primite de la Casa Județeană.

Pentru luna iunie 2004, se poate observa din raportarea unității medicale Spitalul clinic de urgență pentru copii „Louis Turcanu” efectuarea asiguratului a unor consultații de control în ambulatorul clinic. Din raportarea pe această lună a unității medicale Cabinet DR. Ianculescu se observă continuarea de către asigurat a beneficiarii de servicii de stomatologie. Tot în această lună, asiguratul beneficiază de o rețetă gratuită emisă de medicul de familie, fapt ce se poate observa din raportarea depusă de farmacia deschisă ACTI-VITA, aflată în relații contractuale cu Casa Județeană de Asigurări de Sănătate.

În luna iulie 2004, asiguratul continuă efectuarea de servicii de stomatologie la unitatea Cabinet DR. Ianculescu, printr-un tratament al cariilor cu amalgam pe 3 suprafețe. Tot în această lună, asiguratul este transportat cu ambulanța în regim de urgență la spital, serviciu care poate fi vizualizat în raportarea furnizorului de servicii de urgență prespitalicească și de transport a unității medicale AMBULANȚA. La spital, asiguratul este internat pe o perioadă de 15 zile, serviciile spitalicești acordate putând fi regăsite în raportarea Spitalului clinic județean, pe această lună. La sfârșitul acestei luni, asiguratul renunță la serviciile medicului său de familie.

La începutul lunii august, asiguratul se înscrie la un alt medic de familie, Dr. Doboș Valentina Mihaela, cod parafă 777770. Din raportarea de servicii de stomatologie a unității medicale Cabinet DR. Ianculescu se observă continuarea efectuării către asigurat a tratamentului stomatologic prin serviciul: tratamentul cariilor pe 2 suprafețe cu amalgam.

Generând raportul „Servicii medicale generale”, se observă lista serviciilor medicale de care a beneficiat asiguratul. La sfârșitul acestui raport, se vede un tabel din care reies costurile, grupat pe fiecare tip de serviciu, respectiv tip de furnizor.

În secțiunea de listă a serviciilor medicale, raportul conține un tabel în care se poate urmări serviciul, tipul serviciului, data efectuării și luna de raportare, medicul care a efectuat serviciul sau care a solicitat efectuarea aceluși serviciu asiguratului, codul parafei al acestui medic, unitatea medicală care a efectuat serviciul, precum și un câmp de detalii, specific fiecărui modul.

Astfel, pentru serviciile de asistență medicală primară, se poate determina validarea serviciului, precum și categoria de asigurat. Pentru serviciile stomatologice se poate vedea numărul de servicii raportate, numărul de servicii validate, categoria socială de decontare și tipul de control profilactic. Pentru consultațiile din ambulatorul clinic, se prezintă numărul de servicii medicale raportate, numărul de servicii validat de operator, numărul biletului de trimitere, precum și tipul venirii. Pentru serviciile efectuate în ambulatorul paraclinic se poate vedea rezultatul analizelor efectuate asiguratului. Pentru serviciile din ambulatorul de recuperare balneo se poate urmări numărul de servicii raportate, precum și numărul de servicii validate de operatorii Casei Județene de Asigurări de Sănătate. Pentru dispozitivele de care beneficiază asiguratul se vizualizează suma validată, suma aprobată și categoria dispozitivului. Pentru serviciile spitalicești se observă data internării și tipul de internare, data externării și tipul de externare, precum și starea la externare. Pentru serviciile de urgență prespitalicească se poate vedea data solicitării, care poate fi pusă în raport cu data efectuării serviciului respectiv. Pentru serviciile farmaceutice se observă seria și numărul rețetei, după cum a fost raportat de către furnizor.

A doua secțiune a raportului conține costurile serviciilor medicale și farmaceutice efectuate de furnizorii de servicii medicale asiguratului, grupate pe serviciu și pe tipul de serviciu. La final, acest tabel prezintă un total, care reprezintă costul suportat de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate cu asiguratul respectiv.

Nr. crt.	Furnizor	Serviciu	Nr. servicii	Valoare
1	Alte servicii MF	Control medical pentru 2-18 ani	1	24,520
2	Balneo	Consultatie initiala	1	209,280
3	Balneo	Consultatie de control	1	57,000
4	Consultatii Clinice	Consultatie initiala pentru constatarea situatiei de urgenta	2	295,280
5	Consultatii Clinice	Consultatie control copil	6	841,280
6	Consultatii Clinice	Consultatie initiala copil	6	730,100
7	Consultatii Clinice	Consultatie Neurologie,neuropsihiatrie infantila	1	288,000
8	Consultatii Clinice	Fracturii femurului,luxatiei, entorsei, fracturii de gamba c	2	295,280
9	Dispozitive	Lentile intraoculare ptr. camera anterioara	1	2,070,000
10	Farmacii deschise	Reteta Gratuita	1	159,216
11	MF Per Capita	Tarif per capita	9	80,175
12	Sectii Spitale	SECTIA CHIRURGIE PLASTICA SI REPARATORIE	1	16,677,000
13	Servicii Paraclinice	Acid uric seric	1	42,900
14	Servicii Paraclinice	Antibiograma	2	204,000
15	Servicii Paraclinice	ASLO	1	84,000
16	Servicii Paraclinice	Calciu ionic seric	1	57,600
17	Servicii Paraclinice	Creatinina serica	1	42,900
18	Servicii Paraclinice	Cultura	2	140,000
19	Servicii Paraclinice	Ecografie pelvis	1	98,100
20	Servicii Paraclinice	Electroforeza proteinelor serice	1	111,800
21	Servicii Paraclinice	Ex. radiologie coloana vertebrala completa, mai putin co	1	216,900
22	Servicii Paraclinice	Examen complet de urina (sumar + sediment)	2	136,800
23	Servicii Paraclinice	Glicemic	1	42,000
24	Servicii Paraclinice	Hemoleucograma completa - hemoglobina, hematocrit	1	102,600
25	Servicii Paraclinice	Magnezieemie	1	288,000
26	Servicii Paraclinice	Proteina C reactiva	1	78,000
27	Servicii Paraclinice	Proteine totale serice	1	51,600
28	Servicii Paraclinice	TGO	1	42,600
29	Servicii Paraclinice	TGP	1	42,900
30	Servicii Paraclinice	Uree serica	1	42,900
31	Servicii Paraclinice	VSH	1	19,200
32	Servicii Stomatologie	Coafaj direct	2	351,000
33	Servicii Stomatologie	Pansament calmant	1	50,200
34	Servicii Stomatologie	Pulpectomie vitala cu obturatie canal la pluriad	1	250,700
35	Servicii Stomatologie	Tratamentul carilor pe 2 suprafete cu amalgam	1	150,400
36	Servicii Stomatologie	Tratamentul carilor pe 3 suprafete cu amalgam	1	175,500
37	Urgente	Urgentele medico-chirurgicale majore	1	1,000,000
TOTAL				25,549,731

Intocmit,
CIPU DANIELA

III. Concluzii

Programul Asimed este un sistem informatic integrat adresat caselor județene de asigurări de sănătate, modularizat și ușor configurabil, asigurând toate funcțiile necesare operațiilor de acreditare a unităților medicale, de contractare a tuturor categoriilor de furnizori de servicii medicale, de preluare a raportărilor acestora și decontare a serviciilor medicale validate de către operatorii Casei Județene de Asigurări de Sănătate.

Asimed oferă un modul de rapoarte, conținând atât rapoartele din normele medicale cât și cele solicitate de clienți, care furnizează informații operatorilor în timp real și constituie un suport util în procesul de luare a deciziilor de către managementul Casei Județene de Asigurări de Sănătate.

Valoarea intrinsecă a programului rezidă din posibilitatea urmăririi asiguratului de-a lungul perioadei prezentate, de la medicul de familie la ambulatorul de specialitate, respectiv la farmacie și aflarea valorii serviciilor medicale decontate către furnizori de Casa Județeană de Asigurări de Sănătate pentru un asigurat.