Ca urmare a afirmațiilor contradictorii apărute în spațiul public referitoare la platforma informatică PIAS și la modul de lucru offline al furnizorilor de servicii medicale aflați în contract cu casele de asigurări de sănătate, CNAS face următoarele precizări:

1.

La ora actuală se desfășoară testele finale pentru revenirea la modul de lucru uzual, online, al platformei PIAS, urmând ca atunci când acestea vor demonstra că sistemul informatic se încadrează în parametri normali de funcționare să înceteze starea de indisponibilitate declarată anterior;

2.

Starea de indisponibilitate nu înseamnă că sistemul informatic nu a funcționat în această perioadă, ci faptul că modul de funcționare al acestuia nu a corespuns în momentele de vârf de activitate standardelor tehnice referitoare la timpul de răspuns;

3.

Declararea stării de indisponibilitate a inclus mai multe zile anterioare datei de 10 iulie, diferențiat pentru diverse categorii de furnizori de servicii medicale, deoarece s-a luat în calcul că există posibilitatea ca unii furnizori să nu fi transmis în PIAS serviciile efectuate în zilele respective, până la momentul declarării indisponibilității, având în vedere faptul că, în conformitate cu reglementările legale în vigoare, această transmitere se poate efectua în interval de trei zile lucrătoare după data acordării serviciului respectiv;

4.

Tot conform legislației în vigoare, pentru intervalul de timp în care platforma informatică a fost declarată indisponibilă se face derogare de la regula transmiterii serviciului efectuat în interval de trei zile lucrătoare după data acordării serviciului respectiv, urmând ca transmiterea către PIAS să se poată efectua până la termenul de raportare a întregii activități pe lunii iulie 2019, după încheierea acestei luni. Acest termen este diferențiat pe categorii de furnizori de servicii medicale;

5.

În perioada de declarare a indisponibilității platformei PIAS, furnizorii de servicii medicale pot transmite online, pe loc, activitatea efectuată, sau, în cazul în care întâmpină dificultăți de transmitere, pot efectua serviciile respective în modul de lucru offline, urmând ca serviciul să poată fi raportat ulterior. Precizăm că modul de lucru offline este utilizabil și în perioadele în care platforma informatică funcționează în parametri tehnici, dar furnizorii de servicii medicale întâmpină dificultăți de comunicare cu PIAS din alte cauze (spre exemplu, din cauza furnizorului local de servicii de Internet);

6.

În modul de lucru offline se efectuează practic aceleași operațiuni pe calculator ca și în modul de lucru online, singura diferență fiind doar faptul că transmiterea operațiunilor efectuate către PIAS nu se face în timp real. Reamintim că la introducerea cardului de asigurat în cititorul de card se înregistrează în calculatorul respectiv amprenta de timp a momentului serviciului respectiv. De aceea, nu se justifică afirmațiile conform cărora furnizorii de servicii medicale nu pot acorda aceste servicii;

7.

Referitor la verificarea calității de asigurat, precizăm că în majoritatea cazurilor situația de persoană asigurată sau neasigurată este deja cunoscută medicului de familie sau este ușor verificabilă. Astfel, pentru anumite persoane, categoria de asigurat este aceeași pentru o perioadă lungă de timp, respectiv copii, pensionari, veterani de război etc. Pentru alte categorii, calitatea de asigurat este cunoscută de medicul curant, de exemplu beneficiari de programe naționale de sănătate, iar pentru persoanele care sunt salariate, calitatea de asigurat se menține timp de trei luni după data încetării raporturilor de muncă și/sau serviciu. În situația în care medicul nu poate stabili calitatea de asigurat a unui pacient, are posibilitatea de a solicita clarificări (telefonic sau prin e-mail) casei de asigurări de sănătate cu care se află în contract. Subliniem totodată că serviciile necesare în situațiile de urgență medicală sunt incluse în pachetul minimal și se acordă atât persoanelor asigurate, cât și celor neasigurate. Prin urmare, toți pacienții pot și trebuie să fie îngrijiți, oricare ar fi situația sistemului informatic;

8.

Decontarea serviciilor medicale efectuate se va face pe baza raportărilor ulterioare, iar în situația în care vor exista probleme legate de decontarea vreunui serviciu, acestea se pot soluționa prin dialog între furnizorul respectiv de servicii medicale și casa cu care acesta se află în contract, conform unei proceduri deja reglementate de actele normative în vigoare.

Comunicat CNAS.