



UNIUNEA EUROPEANĂ
Fondul Social European



GUVERNUL ROMÂNIEI
Ministerul Administrației
și Internelor

PODCA
INOVAȚIE ÎN ADMINISTRAȚIE



Instrumente
Structurale
2007-2013

Directiva europeană care poate dinamiza sistemul medical românesc



CUPRINS:

1. Ochelarii care au schimbat asistența medicală transfrontalieră
2. Principalele modificări introduse de Directivă
3. Efectul Directivei 24/2011 asupra pacienților români
4. Zonele în care Directiva 24/2011 testează limitele sistemului medical românesc
 - Rambursarea costurilor tratamentului către pacient
 - Stabilirea Punctelor Naționale de Contact
 - Standardele de calitate și siguranță a serviciilor medicale în România
 - Autorizarea prealabilă
5. România - potențială destinație a turismului medical în contextul D24/2011?
6. Concluzii

Sumar executiv

Deși ministrul Sănătății și președintele Casei Naționale de Asigurări de Sănătate au afirmat public că impactul Directivei 24/2011 asupra sistemului medical românesc va fi redus, există mai mulți oficiali importanți ai autorităților sanitare din România și reprezentanți ai organizațiilor profesionale medicale care și-au exprimat, asumat sau sub protecția anonimatului, îngrijorările cu privire la efectul aplicării acestei Directive asupra echilibrului financiar fragil al finanțelor sănătății românești. Această variație a opiniilor oficialilor și experților se datorează în primul rând absenței instrumentelor prin care autoritățile ar putea evalua impactul liberalizării circulației pacienților români în alte state membre UE. Aflată în fața transpunerii unei Directive importante pentru sistemele medicale europene, România este nevoită să adopte, silită de propriile-i politici medicale defectuoase, o strategie de tipul „vom trăi și vom vedea”.

Aproximativ 1% din pacienții europeni folosesc în prezent servicii medicale în alte state membre decât cele în care sunt rezidenți. În România, fenomenul este prezent în special în zonele de frontieră, acolo unde, într-un areal geografic restrâns, există spitale care oferă servicii medicale sensibil diferite din punct de vedere al accesibilității financiare sau al superiorității tehnologice.

Amplitudinea fenomenului circulației transfrontaliere în cazul pacienților români este imposibil de apreciat în prezent. Autoritățile române nu au la dispoziție instrumente prin care să monitorizeze fluxul pacienților care nu se află în relație directă cu asiguratorul român. Dacă va exista o creștere a acestui flux, consecutiv aplicării Directivei, ea nu se va manifesta imediat, ci pe termen mediu, și în funcție de intensitatea campaniilor de informare derulate de autoritățile române cu privire la beneficiile suplimentare oferite pacienților de Directiva 24. Statul român nu are însă interesul ca pacientul să fie informat cu privire la drepturile sale transfrontaliere, deoarece aceasta ar duce la redirectionarea unor sume dinspre furnizorii medicali români spre cei din alte state membre.

Deși unul dintre scopurile acestei Directive este acordarea de tratament tuturor cetățenilor europeni mai degrabă în funcție de necesitățile lor individuale decât în funcție de statul membru din care provin¹, pentru pacienții români acest obiectiv de asigurare a echității asistenței medicale în spațiul european, invocat în Directivă, va fi ratat. În ultimul deceniu, politicile de sănătate ale autorităților române s-au bazat pe subevaluarea tarifelor medicale plătite de CNAS furnizorilor de servicii. A fost

¹ Vezi paragraful 21 din preambulul Directivei 24/2011, pagina 3.

singura soluție prin care putea fi susținut un sistem sanitar grav subfinanțat, dar nevoit să achiziționeze tehnologie medicală la prețuri europene și să se ridice la nivelul pretențiilor europene ale asiguraților români. Această subevaluare oficială, dar artificială, a tarifelor va ridica o barieră implicită în calea pacienților români care vor dori să beneficieze de asistența medicală transfrontalieră. Practic, această barieră se traduce prin diferența consistentă dintre prețul real al unui serviciu medical furnizat într-un stat membru și prețul oficial, mult subevaluat, al aceluiași serviciu furnizat în România. Din acest punct de vedere, Directiva va aduce beneficii nete pacienților români cu posibilități financiare, dar nicio schimbare pentru ceilalți.

În privința oportunității oferite de aplicarea Directivei, ca România să devină una dintre destinațiile turismului medical european, transformând într-un avantaj costul redus al forței de muncă din sistemul sanitar românesc, constatarea este fără echivoc. Din cauza infrastructurii sanitare și de transport insuficient modernizate, România nu va deveni pe termen scurt și mediu o destinație importantă a turismului medical.

Ochelarii care au schimbat asistența medicală transfrontalieră

În 1995, domnul Nicolas Decker, un luxemburghez încăpățânat, și-a cumpărat o pereche de ochelari din Belgia. Fiind plătitorul unei asigurări de sănătate care-i acoperea și un astfel de serviciu, domnul Decker a solicitat autorităților din Luxemburg rambursarea costului ochelarilor belgieni. Rambursarea cheltuielilor efectuate într-un alt stat decât în cel în care era asigurat i-a fost refuzată. Cazul a fost adus în fața Curții Europene de Justiție care a decis, trei ani mai târziu, că acest refuz pune un obstacol nejustificat în fața liberei circulații a serviciilor și că nu este admisibilă vreo justificare pentru astfel de restricții în cazul serviciilor non-spitalicești². Domnul Nicolas Decker și-a recuperat banii cheltuiți în Belgia, iar ochelarii săi au declanșat o cascadă de decizii ale Curții Europene de Justiție care aveau să schimbe istoria asistenței medicale transfrontaliere acordate în interiorul Uniunii Europene.

Dintre cele peste zece decizii date de Curtea Europeană de Justiție în astfel de cazuri, îl remarcăm pe cel al Yvonnei Watts, cetățean britanic care a solicitat o autorizare prealabilă din partea NHS (National Health Service) pentru efectuarea unei operații

²Cauza C-120/195 Decker [1998] ECR 1831.

pentru înlocuire de șold în Franța. Deși Watts fusese plasată în Marea Britanie pe o listă de așteptare de un an pentru efectuarea acestei intervenții, autorizarea i-a fost refuzată și, ulterior, și rambursarea cheltuielilor operației efectuate în Franța. Luând în considerare perioada de așteptare la care Yvonna Watts ar fi fost obligată, Curtea Europeană de Justiție a decis, în 2006, că NHS este obligat să-i ramburseze pacienței costurile îngrijirii spitalicești efectuate în Franța. Acordarea unei autorizații prealabile de a beneficia de servicii medicale în alt stat membru nu poate fi refuzată dacă termenul de așteptare depășește perioada acceptabilă din punct de vedere medical, a decis Curtea Europeană de Justiție³.

Ca urmare a acestor decizii, Comisia Europeană a propus, în iulie 2008, o Directivă privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere. Directiva încerca să traseze cadrul legislativ în care pot fi acordate servicii medicale într-un stat membru unui pacient rezident și asigurat medical în alt stat membru. În aprilie 2009, Parlamentul European a aprobat, într-o primă lectură, 122 de amendamente la propunerea inițială a Comisiei. Au urmat negocierile dintre Parlamentul European și

O **directivă** este o lege care obligă statele membre, sau un grup de state membre să atingă un obiectiv specific. De obicei, directivele trebuie transpuse în legislația națională pentru a deveni efective. O directivă specifică rezultatul care trebuie atins dar este la latitudinea statelor membre în mod individual de a decide cum se face acest lucru;

Consiliu, cele mai controversate capitole fiind acordarea autorizației prealabile, modalitățile de rambursare a costurilor, punctele naționale de contact și definirea standardelor de calitate și siguranță. Textul final al Directivei a fost adoptat de către Parlamentul European în 19 ianuarie 2011, în urma unor negocieri stimulate pozitiv de președinția belgiană, direct interesată în atingerea unui compromis. În Consiliu, Polonia, Portugalia și Slovacia au votat împotriva Directivei, în timp ce România s-a abținut. Până în 25 octombrie 2013, Directiva trebuie transpusă în legislația națională a fiecărui stat membru.

³Cauza C-372/04 Watts [2006] ECR I-04325.

Principalele modificări introduse de Directivă

Începând cu intrarea în vigoare a acestei Directive, orice pacient cetățean european poate primi asistență medicală non-spitalicească în orice stat membru fără necesitatea unei autorizații prealabile sau a oricăror altor formalități. Pacientul va avea dreptul, la întoarcerea acasă, în statul membru de afiliere, să solicite rambursarea costurilor tratamentului pe care l-a urmat în străinătate. Directiva se aplică tuturor furnizorilor de servicii medicale, privați sau de stat, atâta timp cât serviciul medical solicitat este acoperit de sistemul de asigurări medicale din statul membru de afiliere al pacientului.

Autoritățile naționale pot introduce un sistem de autorizare prealabilă doar pentru asistența medicală care necesită spitalizare de noapte, pentru cazurile care necesită asistență medicală foarte scumpă și înalt specializată și dacă serviciile medicale furnizate în alt stat membru ridică îngrijorări serioase cu privire la calitatea sau siguranța lor.

Autoritățile statului membru de afiliere a pacientului pot refuza acordarea acestei autorizații prealabile doar dacă tratamentul sau furnizorul de servicii medicale poate fi riscant pentru pacient și dacă asistența medicală adecvată poate fi acordată în timp util în statul membru de afiliere. Orice refuz trebuie justificat de către statul membru de afiliere.

Pacientului îi vor fi rambursate costurile serviciului medical efectuat în alt stat membru la tariful practicat în statul său de afiliere, dar nu mai mult decât costurile serviciului medical în statul unde acesta a fost acordat. De exemplu, dacă un pacient român efectuează o tomografie computerizată în Ungaria, pentru care plătește un preț de 100 de Euro, statul român îi va rambursa ulterior 58 de Euro, echivalentul tarifului practicat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate din România pentru aceeași investigație. Orice prescripție medicală emisă într-un alt stat membru va fi recunoscută și în statul membru de afiliere.

De exemplu, dacă un pacient român efectuează o tomografie computerizată în Ungaria, pentru care plătește un preț de 1200 de Euro, statul român îi va rambursa ulterior 300 de Euro, echivalentul tarifului practicat în România pentru aceeași investigație

Fiecare stat membru are obligația de a stabili cel puțin un Punct Național de Contact (PNC) care să ofere informații atât pacienților proveniți din celelalte state membre, cât și celor din statul membru de afiliere. Informațiile se vor referi la standardele de calitate și siguranță ale spitalelor, la rețelele de referință europene (funcționale în special în cazul bolilor rare), la nivelul rambursării și tarifele practicate în spitalele din statul membru respectiv, la procedurile de reclamare a unor posibile cazuri de malpraxis.

Efectul Directivei 24/2011 asupra pacienților români

În ciuda unor titluri optimiste apărute în media românească, Directiva 24/2011 nu va deschide larg accesul la tratament în orice țară a Uniunii Europene pentru toți pacienții români, indiferent de categoria socială din care fac ei parte. De altfel, aceasta ar fi chiar contrar prevederilor Directivei care avertizează că „(4) ... transpunerea prezentei directive în legislația națională nu ar trebui să conducă la situația în care pacienții sunt încurajați să recurgă la un tratament în alt stat decât cel în care sunt afiliați”. Tocmai de aceea, Directiva pune la dispoziția statelor membre, în mai multe articole, instrumente prin care o potențială migrare a pacienților va putea fi controlată (aspecte ce vor fi discutate mai jos).

Situația atipică a sistemului medical românesc în contextul Uniunii Europene îi transformă pe pacienții români într-un caz paradoxal de victime involuntare a bunelor intenții de legiferare ale instituțiilor europene care precizează că „(21) valorile generale ale universalității, ale accesului la îngrijiri de bună calitate, ale echității și solidarității au fost recunoscute la scară largă în cadrul activității diferitelor instituții ale Uniunii.”

Pentru pacienții români, intrarea în vigoare a acestei Directive nu doar că nu va crește accesul la îngrijiri de bună calitate, echitabile și respectând principiul solidarității, dar va scoate și mai mult în evidență inegalitatea dintre pacientul cetățean român și ceilalți cetățeni europeni. Iată de ce.

Directiva prevede că, „indiferent de locul acordării asistenței medicale”, costurile vor fi „rambursate sau plătite direct de către statul membru de afiliere până la nivelul costurilor care ar fi fost suportate de statul membru de afiliere dacă asistența medicală respectivă ar fi fost acordată pe teritoriul său, fără a depăși costurile efective ale asistenței medicale primite” (Art.7/4).

În condițiile în care România se află pe ultimul loc în UE27 la cheltuielile totale cu sănătatea per capita și ca procent din PIB⁴, autoritățile române mențin un sistem artificial în care „tarifarea serviciilor medicale în România este foarte departe de costul lor real pe piață⁵”. Conform Directivei, pacientului român care va alege să acceseze un serviciu medical într-una dintre țările membre UE i se va rambursa suma la nivelul tarifelor subevaluate stabilite în România de către CNAS.

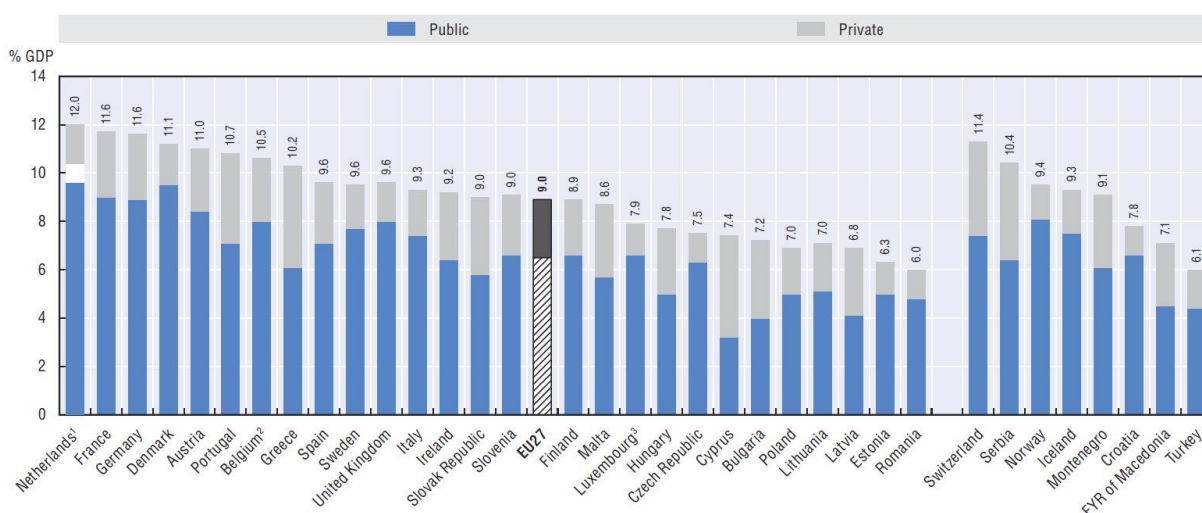


Fig. Cheltuielile totale cu sănătatea ca procent din PIB. Sursa: OECD, „Health at a glance”, 2012.

De facto, prin politicile practicate, autoritățile române vor obliga pacientul român la o coplată (adeseori consistentă) în cazul în care dorește să acceseze servicii medicale transfrontaliere, ceea ce este contrar spiritului Directivei, care precizează că statele membre trebuie să se asigure că „toți pacienții beneficiază de un tratament echitabil, mai degrabă în funcție de necesitățile acestora în materie de asistență medicală decât în funcție de statul membru de afiliere al acestora.”⁶

Mai mult, chiar în domeniul serviciilor medicale oferite în ambulator, acolo unde Directiva nu impune niciun fel de restricții, pacientul român va fi descurajat să beneficieze de avantajele liberei circulații prin diferențele mari între tarifele practicate în România și cele din țări vechi membre UE.

„Eu întreb un lucru. O consultație simplă e undeva până în 20 de lei la noi, în România. Și atunci, credeți că vor fi foarte mulți pacienți care vor plăti în

⁴Health at a Glance: Europe 2012, OECD.

⁵Interviul realizat de autor cu un oficial al CNAS, iulie 2013.

⁶Aliniatul 21 din preambulul Directivei 24/2011.

Germania o consultație de 100 de Euro și vor solicita rambursarea a 20 de lei aici, la noi? Mi-e greu să cred așa ceva.⁷ – oficial al Ministerului Sănătății

Pacientul român este blocat de politicile fiscale referitoare la sistemul medical, promovate în ultimul deceniu de guverne succesive, într-o situație profund inechitabilă față de alți cetățeni europeni. Această situație este admisă public chiar de către înalții oficiali ai sistemului sanitar. „Noua libertate de a-și alege serviciile medicale va rămâne pentru majoritatea românilor una teoretică”, constată Vasile Cepoi, consilier de stat al primului ministru și fost ministru al Sănătății. „Pacienții vor putea alege doar între servicii care nu includ spitalizare și vor trebui să suporte din propriul buzunar diferența dintre costurile din străinătate și cele din țară. Ținând cont de diferențele mari între costurile serviciilor medicale din occident și costul oficial al serviciilor medicale din România, sumele care trebuie suportate de către pacienți pot fi notabile.⁸”

Pacienții români suportă deja din propriul buzunar diferența dintre costul real al serviciului medical solicitat și tariful plătit de CNAS pentru acesta, sub forma plăților informale. Există puține studii care să stabilească amplitudinea acestui fenomen, dar datele pe care le avem în prezent la dispoziție sugerează că peste 60% dintre pacienții români oferă plăți informale în spitale⁹, valoarea medie a acestora doar în București fiind, în 2012, de peste 24 milioane de euro¹⁰.

Pacienții români suportă deja din propriul buzunar diferența dintre costul real al serviciului medical solicitat și tariful plătit de CNAS pentru acesta, sub forma plăților informale.

Aceste cifre sugerează existența unui potențial segment de pacienți care pot redirecționa banii folosiți sub forma unor plăți informale în România spre servicii medicale de calitate superioară în alte state membre UE.

Ministrul Sănătății, Eugen Nicolăescu, nu pare a considera îngrijorător acest potențial: „să spunem că, în România, o operație nu știu de care costă 1.000 de euro și afară costă 10.000 de euro. Probabil că cineva care are bani o să zică: de ce să dau eu 10.000 de euro și să nu dau doar 9.000 de euro, că 1.000 mi-i dă România? Dar eu

⁷ Interviu realizat de autor, iulie 2013.

⁸ Forumul Internațional pentru Turismul de Sănătate, ianuarie 2013, Iași, România.

⁹ World Bank household budget survey, 2009.

¹⁰ „Cartografierea socială a Bucureștiului: bucureștenii și sănătatea”, Departamentul de Sociologie, SNSPA, mai-iunie 2013.

cred că sunt foarte puține aceste cazuri.¹¹ În rândul specialiștilor din sistemul public de sănătate există însă și alte opinii.

„Estimez că numărul pacienților români care se tratează în prezent în străinătate se va dubla odată cu intrarea în vigoare a Directivei 24. Gândiți-vă numai la milioanele de români care locuiesc în Spania sau Italia și care își vor aduce rudele pentru tratament acolo.¹²” - oficial al Ministerului Sănătății

Problema Ministerului Sănătății și a CNAS este că **nu au la dispoziție instrumente prin care să poată realiza o estimare măcar aproximativă a posibilei migrații a pacienților români către vest**, deoarece majoritatea acestora nu intră în niciun fel de relație de decontare cu instituțiile române.

Folosirea formularului E112 (sau S2 – în noua sa denumire oficială) este restrânsă de obicei la patologii incluse în pachetul de servicii medicale de bază dar care necesită un tratament complex ce nu poate fi acordat în timp util în România. El poate fi solicitat de către pacient Casei Județene de Asigurări de Sănătate de care aparține în cazul în care este necesară deplasarea într-un alt stat membru pentru a beneficia de tratamentul adecvat și doar dacă acesta nu poate fi acordat în timp util în unitățile medicale din România, ținând cont de starea curentă și evoluția bolii. Pacientul solicitant trebuie să înainteze Casei de Asigurări de Sănătate de care aparține un dosar a cărui cea mai importantă piesă este raportul medicului său curant. În acest raport, medicul curant afirmă că tratamentul solicitat nu poate fi efectuat în niciun spital românesc în timp util și își argumentează afirmațiile. Dosarul mai trebuie să conțină o scrisoare din partea spitalului din alt stat membru prin care se confirmă disponibilitatea acordării asistenței medicale respective. În România, pacientul (sau familia sa) este cel care caută prin mijloace proprii și găsește acest spital european și medicul dispus să-l trateze.

Obținerea aprobării pentru formularul E112 poate fi ocazional îngreunată de obstacole birocratice, după cum relatează mai multe articole din presa românească precum și discuțiile de pe forumurile online ale pacienților. Casele de Asigurări de Sănătate cer, uneori, aplicanților acte și documente suplimentare care nu sunt prevăzute în lege. De altfel, secțiunea dedicată obținerii acestui tip de formulare pe pagina de internet a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate¹³ nu conține un ghid ușor de înțeles pentru pacient, ci doar înșiruirea, lipsită de explicații, a unor

¹¹Interviu realizat de Radio România Actualități, iulie 2013.

¹²Interviul realizat de autor, iulie 2013.

¹³<http://www.cnas.ro/furmulare-e/formulare-e>. accesat la 02.08.2013

documente care cuprind normele metodologice și regulamentele europene referitoare la aceste documente.

Numărul pacienților români tratați în străinătate cu ajutorul acestui mecanism a fost de 1088 în 2010 și 1125 în 2012. Modalitatea de rambursare este însă total diferită de cea stabilită prin Directivă: serviciile medicale oferite pe baza formularului E112 se decontează direct între instituții, la tariful stabilit de spitalul în care se tratează, indiferent de țara respectivă. Există și alte tipuri de formulare europene, folosite în special de lucrătorii migranți și transfrontalieri, în 2012 fiind emis un număr de 32.395 de astfel de formulare¹⁴. Cheltuielile pentru transport și cazarea însoțitorului pacientului nu sunt suportate prin acest sistem de formulare.

„Încă nu știm care va fi impactul acestei Directive asupra României. Nu putem decât specula ce se va întâmpla. Va trebui să urmărim primul an de la transpunerea ei pentru a aprecia impactul. Este foarte greu să facem un studiu de impact real și detaliat pe baza intențiilor populației.”¹⁵ – Raed Arafat, secretar de stat în Ministerul Sănătății

O altă potențială sursă de estimare a fluxului migrațional ar fi datele oferite de spitalele din afara României care primesc pacienți români, dar aceste date sunt izolate și ne-centralizate – de exemplu, lanțul turc Acibadem, format din 13 spitale, a anunțat că în 2012 a tratat peste 1000 de pacienți români, oferindu-le servicii în valoare de peste 3 milioane de euro în special în domeniul oncologie și neurochirurgie.

Atât reprezentanții asociațiilor de pacienți din România, cât și oficiali ai Ministerului Sănătății și CNAS, au identificat zona serviciilor de imagistică și a investigațiilor paraclinice¹⁶ ca fiind cele mai expuse unui eventual flux de pacienți spre exterior, ulterior intrării în vigoare a Directivei. Din cauza plafoanelor lunare impuse de CNAS la decontarea acestor servicii, apar de obicei liste de așteptare pe care pacienții le pot depăși doar plătind integral investigația medicală solicitată în sistemul privat.

Fig. 2 Prețurile comparative (exprimate în EURO) ale unor servicii medicale în spitale din România, Ungaria, Austria și tarifele respective decontate de Casa Națională de Asigurări de Sănătate din România. Este evident cum, în cazul unor investigații precum PET/CT, efectuarea acestora într-o clinică apropiată din Ungaria poate fi, în contextul

¹⁴Sursa: Casa Națională de Asigurări de Sănătate.

¹⁵Interviul realizat de autor, martie 2013.

¹⁶ De exemplu RMN cu substanță de contrast, tomografii computerizate, PET-CT, etc.

Directivei 24/2011, mai avantajoasă pentru pacient decât alternativa listei de așteptare din România¹⁷.

Procedura medicală	Suma decontată de CNAS	București – clinică privată	Oraș din vestul României – clinică privată	Ungaria	Austria
RMN	106 Euro	188 Euro	135 Euro	161 Euro	440 Euro
CT	58	64	59	100	495
PET/CT	906	1153	1019	1000	N/A
Artroscopie genunchi	29	776	725	493	1100

Pentru locuitorii din zonele de frontieră (în special cele cu Ungaria), opțiunea efectuării acestor investigații în spitalele apropiate de peste graniță poate fi atractivă financiar în condițiile în care CNAS va fi obligată, prin prevederile Directivei, să ramburseze costurile. Modalitatea în care se va realiza această rambursare este însă unul dintre punctele cele mai delicate ale transpunerii Directivei în legislația românească.

RECOMANDARE: *Introducerea unui fond de finanțare de rezervă la CNAS prin care să fie acoperite cererile de rambursare pentru investigațiile și tratamentele efectuate în special în regiunea transfrontalieră de vest a României, cea mai expusă unui potențial flux migrațional al pacienților din spitalele românești spre cele din Ungaria și Austria, care au deja un număr semnificativ de pacienți români.*

¹⁷Sursa datelor: CNAS, listele de prețuri ale clinicilor din București, Timișoara, Oradea, Szeged (Ungaria) și Viena (Austria).

Zonele în care Directiva 24/2011 testează limitele sistemului medical românesc

- **Rambursarea costurilor tratamentului către pacient**

Directiva prevede două posibilități prin care vor putea fi plătite serviciile medicale obținute în alt stat, decât cel de afiliere: pacientul va plăti mai întâi furnizorului de servicii medicale unde se desfășoară tratamentul, apoi va solicita rambursarea asiguratorului din statul său de afiliere. Este oferită și posibilitatea ca statul membru de afiliere să plătească direct costurile asistenței medicale furnizorului din alt stat membru (conform articolului 7 (4) din Directivă). Rambursarea se va face la nivelul tarifului stabilit de CNAS și doar pentru serviciile la care are dreptul pacientul prin pachetul de asigurări de bază stabilit prin lege. Rambursarea se poate face maxim la nivelul costurilor efective¹⁸ ale serviciului medical oferit.

Autoritățile române vor prefera varianta decontării ulterioare obținerii de către pacient a serviciului medical solicitat într-un alt stat membru. Obligația pacientului de a plăti în avans tratamentul naște o altă problemă serioasă de inequități a accesului la servicii medicale transfrontaliere. O bună parte din populația României, lipsită de resursele financiare suficiente, va fi astfel exclusă de la avantajele liberei circulații a pacienților prevăzută în Directivă.

Situația a fost remarcată și de către Departamentul de Sănătate al Marii Britanii care precizează că „sistemul trebuie să fie proactiv, nu defensiv, atunci când va răspunde solicitărilor pacienților¹⁹.” Introducerea unui mecanism prin care CNAS să plătească direct furnizorului de servicii medicale din alt stat membru pentru tratamentul de care a beneficiat asiguratul din România este mai mult decât necesară în contextul economic specific României²⁰. De altfel, în cadrul sistemului actual de funcționare a formularelor E112 pacientul nu este implicat în procedurile de decontare, acestea derulându-se direct între instituțiile implicate.

¹⁸Cu alte cuvinte, unui potențial pacient englez care efectuează în România o artroscopie nu-i poate fi rambursată o sumă superioară costurilor facturate de spitalul românesc, deși în sistemul de asigurări britanic tariful ar fi superior acestor costuri.

¹⁹ Cross Border Healthcare & Patient Mobility, Department of Health, UK, martie 2013.

²⁰Numărul pacienților români care își vor permite să plătească integral din resurse proprii un tratament în străinătate este redus. Acesta este și motivul pentru care mecanismul formularelor E112 prevede decontarea directă între instituții, neimplicând pacientul.

O astfel de măsură, permisă de altfel de către Directivă, ar putea reduce din inechitatea al cărui subiect va fi pacientul român. Evaluarea pacienților care ar putea beneficia de acest mecanism se poate face de la caz la caz, pe baza documentelor fiscale puse la dispoziția CNAS de către pacient. Este important însă ca autoritățile să nu trateze a-priori astfel de cazuri ca fiind excepția, ci mai degrabă regula.

Termenul și condițiile în care se va face rambursarea sunt alte surse de potențială restrângere a dreptului pacientului la asistență medicală transfrontalieră. Deși Directiva menționează că deciziile privind rambursarea costurilor asistenței medicale ar trebui „să fie luate cât mai repede posibil”²¹, nu este specificat niciun termen clar în care CNAS va trebui să efectueze decontarea serviciilor medicale către pacient. Dacă acest termen nu va fi stabilit clar prin legea care transpune Directiva în România, vor putea apărea situații în care autoritățile ar putea întârzia cu luni/ani rambursarea costurilor către pacienți. Statul român are deja o tradiție în acumularea de arierate către diverși actori din sistemul medical.

Un alt aspect care poate duce la întârzierea rambursării către pacient este faptul că furnizorii de servicii medicale din statele membre UE nu-și vor adapta procedurile la cerințele birocratice ale CNAS²². Se naște astfel riscul apariției unor neînțelegeri între asiguratorul din România și spitalul din alt stat membru, victima fiind pacientul.

Calcularea costurilor serviciilor medicale care trebuie decontate de CNAS către pacientul care a obținut tratament în alt stat membru s-ar putea dovedi o sarcină extrem de dificilă în actualul context legislativ românesc. Directiva prevede explicit că se asigură rambursarea costurilor „dacă asistența medicală respectivă se regăsește printre prestațiile la care are dreptul persoana asigurată în statul membru de afiliere.” (articolul 7/1).

În România, pacientul beneficiază de servicii medicale asigurate nu doar prin pachetul de bază, ci și prin derularea unor programe naționale specifice anumitor patologii, finanțate de la bugetul de stat, prin care sunt asigurate costurile medicamentelor și a unor dispozitive medicale. Se pare că și aceste surse suplimentare de finanțare a asistenței medicale la care are dreptul pacientul în România, vor trebui incluse în cuantumul decontărilor către pacient asigurate în contextul Directivei. Dar, în prezent, nu este clar cine va stabili și calcula, în România, prețul integral al serviciilor medicale care vor trebui decontate.

²¹ Aliniatul 37 din preambulul Directivei 24/2011.

²² Simulation on the EU Cross-Border Care Directive, European Health Management Association & European Social Observatory, noiembrie 2011.

„Dacă vom fi obligați să decontăm și valoarea serviciilor medicale oferite în cadrul programelor naționale, atunci suntem în fața unui potențial dezastru. În acest caz, marele pericol este să asistăm la ieșirea unor sume importante de bani din sistem spre alte țări.²³” – oficial din sistemul medical românesc

Este responsabilitatea statului român să furnizeze pacienților români informații în privința termenilor și condițiilor de rambursare a costurilor tratamentului transfrontalier. Mecanismul prin care se va realiza acest calcul trebuie să fie unul „transparent, bazat pe criterii obiective nediscriminatorii cunoscute în prealabil.” (conform articolului 7/6 din Directivă). Cu toate acestea, atât asiguratorii cât și autoritățile consideră că responsabilitatea finală pentru prezentarea unei facturi exacte îi aparține pacientului, ceea ce ar putea duce la apariția unor „greutăți inadecvate pentru accesarea serviciilor medicale transfrontaliere în contextul Directivei²⁴”.

„Punctele Naționale de Contact vor trebui să ofere un preț integrat al serviciului medical. Nu avem posibilitatea să facem așa ceva.²⁵” – oficial al CNAS

Prețul integrat al unui serviciu medical în România este compus din tariful decontat de CNAS pentru acel serviciu conform sistemului DRG, din sumele compensate prin programele naționale de sănătate și din costurile specifice tehnologiei medicale folosite. În România, datorită sistemului specific de calcul, valorile decontate de CNAS pentru un caz externat variază de la spital la spital. Autoritățile intenționează folosirea unui tarif mediu național în funcție de care să se realizeze decontările serviciilor medicale transfrontaliere în contextul Directivei. Furnizarea informațiilor legate de acest mecanism de decontare aparține exclusiv CNAS și Punctului Național de Contact (PNC), care va funcționa în subordinea CNAS. „Anumite asociații de pacienți sunt îngrijorate că asiguratorul de sănătate ar putea să nu ofere consiliere

²³ Interviu realizat de autor, iulie 2013.

²⁴ Simulation on the EU Cross-Border Care Directive, European Health Management Association & European Social Observatory, noiembrie 2011.

²⁵ Interviu realizat de autor, iunie 2013.

imparțială.²⁶ Este așadar esențial ca activitatea Punctelor Naționale de Contact să fie supuse controlului unei instituții independente de asigurator (CNAS în România). Dar aceasta nu este singura dificultate a înființării unor noi Puncte Naționale de Contact.

RECOMANDARE: *stabilirea unui mecanism extins prin care CNAS să deconteze direct, în numele pacientului, pentru serviciile medicale obținute în alt stat membru.*

RECOMANDARE: *activitatea Punctelor Naționale de Contact să fie supuse unui control independent de instituția asiguratoare (CNAS în România).*

- **Stabilirea Punctelor Naționale de Contact (PNC)**

În logica Directivei, existența și funcționarea eficientă a PNC este foarte importantă, deoarece acestea asigură fezabilitatea circulației transfrontaliere a pacienților și interfața oficială dintre pacient și furnizorii de servicii medicale. Fiecare stat membru urmează să înființeze o serie de Puncte Naționale de Contact care vor furniza propriilor cetățeni informații privind mecanismele de rambursare a costurilor efectuate cu tratamentul transfrontalier, cererile referitoare la asistența medicală transfrontalieră și posibilele căi de apel atunci când pacientul consideră că drepturile nu i-au fost respectate. Toate aceste informații trebuie să fie ușor accesibile și oferite prin mijloace electronice, disponibile și persoanelor cu handicap. Aceleași PNC trebuie să pună la dispoziția pacienților din alte state membre informații cu privire la standardele și calitatea furnizorilor de servicii medicale, dreptul acestora de a presta anumite servicii medicale și procedurile prin care posibilele cazuri de malpraxis pot fi soluționate (articolul 6 din Directivă).

Date fiind numeroasele atribuții administrative ale PNC, este necesară alocarea unui personal dedicat pentru activitatea în cadrul acestora. Autoritățile române intenționează organizarea PNC în cadrul CNAS, dar fără personalitate juridică. La data publicării acestui raport nu era stabilit bugetul necesar funcționării PNC, care include pe lângă salarizarea personalului și cheltuielile de organizare, finanțarea paginii electronice a PNC și întreținerea ei anuală.

²⁶ Simulation on the EU Cross-Border Care Directive, European Health Management Association & European Social Observatory, noiembrie 2011.

„Încă nu s-a stabilit câți oameni vor lucra în cadrul Punctelor Naționale de Contact.” - oficial al Ministerului Sănătății

În cazul României se estimează că, pentru punerea în funcțiune a paginii electronice a PNC, va fi nevoie de un buget cuprins între 446.005 – 534.797 Euro, în funcție de caracteristicile incluse, pentru primii cinci ani de funcționare²⁷. Pagina web a Casei Naționale de Asigurări de Sănătate poate reprezenta un punct de plecare pentru alcătuirea viitoarei pagini web a PNC România dar spre deosebire de situația actuală, informațiile trebuie să fie bine structurate și să fie oferite facilități de comunicare în timp real cu beneficiarii acestor servicii. Față de site-urile din alte state membre, pagina CNAS cuprinde acum un număr satisfăcător de informații, dar într-un limbaj nu foarte comprehensibil pacientului. Detaliile oferite sunt numeroase atunci când există informații, dar lipsesc date statistice referitoare la furnizorii de sănătate și respectarea de către ei a standardelor de calitate, precum și informații legate de prețuri și rambursarea costurilor serviciilor medicale.

- **Standardele de calitate și siguranță a serviciilor medicale în România**

Directiva solicită depunerea unor „(22) eforturi sistematice și continue pentru a asigura îmbunătățirea standardelor de calitate și siguranță [...] ținând seama de bunele practici medicale recunoscute la nivel general.” În teorie cel puțin, există în România mai multe autorități care evaluează standardele de calitate și siguranță a spitalelor. Ministerul Sănătății monitorizează îndeplinirea de către furnizorii de servicii medicale a unor condiții elementare în baza cărora se obține autorizația sanitară de funcționare.

Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor (CoNAS) este cea care aprobă acreditarea spitalelor din România și includerea lor în categoria de acreditare respectivă. CoNAS are rolul de a evalua standardizat calitatea serviciilor medicale furnizate în spitale, care trec printr-un nou proces de acreditare la fiecare 5 ani. Eficiența CoNAS este însă pusă la îndoială chiar de către oficiali ai sistemului medical românesc. Firesc dat fiind faptul că unitățile de standarde, analiză și acreditare din cadru CoNAS nu au suficient personal, peste 50% dintre cele 39 de posturi fiind vacante. În 2012, mai puțin de jumătate dintre spitalele incluse în planul anual de acreditare a spitalelor au fost evaluate de către CoNAS²⁸.

²⁷ A best practice based approach to National Contact Point websites: feasibility study, PricewaterhouseCoopers, octombrie 2012.

²⁸ Conform ultimelor date publicate pe site-ul CoNAS, www.conas.gov.ro, accesat în iulie 2013.

„Cei care fac acreditarea oferă o hârtie cu imaginea dintr-un anumit moment, dar nu am văzut până acum o hârtie care să-mi spună că un spital nu mai respectă anumite criterii. Acolo mai e mult de lucru. Vă imaginați că vine cineva să întrebe spitalele dacă au respectat protocolul? Niciodată.” - oficial al Ministerului Sănătății

Pentru a încheia un contract cu CNAS, spitalele trebuie să îndeplinească un set de criterii de calitate prevăzute în Contractul Cadru. Dar legislația în baza căreia se stabilesc criteriile de calitate și siguranță nu este adaptată la normele europene. În plus, autoritățile nu au niciun instrument prin care să poată verifica rata de aderență în spitale la protocoalele terapeutice emise de CNAS. Toate aceste scăderi ale mecanismelor de acreditare și evaluare a calității serviciilor medicale, vizibile de altfel cu ochiul liber în starea multor spitale românești, se vor transforma într-un handicap major pentru încercările statului român de a deveni o destinație semnificativă pentru turismul medical în cadrul Uniunii Europene.

- **Autorizarea prealabilă**

Existența unor standarde de calitate și siguranță a serviciilor medicale conform normelor europene devine foarte importantă în lumina articolelor 8 și 9 din Directivă, care permit unui stat membru să controleze fluxul migrațional al pacienților care necesită spitalizare (în privința serviciilor non-spitalicești, Directiva nu acceptă niciun fel de restricție).

„Statul membru de afiliere poate prevedea un sistem de autorizare prealabilă pentru rambursarea costurilor asistenței medicale transfrontaliere” (articolul 8/1 din Directivă).

Pot fi supuse autorizării prealabile acele servicii medicale care necesită spitalizarea pacientului peste noapte, care implică utilizarea „unui echipament medical foarte specializat și costisitor²⁹” și care sunt furnizate de un spital care ridică întrebări serioase legate de calitatea și siguranța îngrijirii. Gama serviciilor medicale care pot fi incluse de un stat membru pe lista tratamentelor ce necesită autorizarea prealabilă este lărgită în special prin paragraful (a), aliniatul (2) al articolului 8 din Directivă, care include asistența medicală ce necesită „planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent în statul membru în cauză sau la dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane”.

²⁹ Articolul 8/2/(a)/(ii) din D24/2011.

Stabilirea criteriilor pentru refuzul acordării acestei autorizații prealabile rămâne la latitudinea statelor membre³⁰. Totodată, limitarea rambursării asistenței medicale transfrontaliere poate fi introdusă și „în măsura în care menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național este esențială pentru sănătatea publică”³¹. România poate stopa o posibilă migrație a pacienților pe anumite patologii și investigații paraclinice sau imagistice invocând toate aceste paragrafe din Directivă, dacă folosește criteriile „obiective, transparente și nediscriminatorii” și dacă deciziile sunt luate „cât mai repede posibil”. La momentul publicării acestui raport, nu este clar cine va defini aceste criterii, existând format un grup de lucru la nivelul Ministerului Sănătății și a CNAS.

“Vom putea introduce autorizarea prealabilă, dar criteriile trebuie să fie foarte clare și nu cred că e o muncă ușoară. Trebuie să găsim motivații foarte pertinente. Lista trebuie să fie gata până la sfârșitul verii și apoi comunicată Comisiei.” – oficial al Ministerului Sănătății

Posibilitatea introducerii autorizării prealabile nu este însă un colac de salvare pentru sistemul medical românesc. Autoritățile nu vor putea refuza să acorde autorizarea prealabilă „dacă această asistență medicală nu poate fi acordată pe teritoriul său într-un termen care este rezonabil din punct de vedere medical”³². Există patologii și investigații imagistice și paraclinice pentru care accesul pacienților români la tratament în sistemul de stat este întârziată de liste de așteptare consistente.

Totodată, scopul esențial al Directivei este facilitarea și asigurarea accesului la o asistență medicală transfrontalieră sigură și de înaltă calitate pentru cetățenii Uniunii Europene. Pentru spiritul Directivei este grăitor aliniatul 21 din preambul: „Valorile generale ale universalității, ale accesului la îngrijiri de bună calitate, ale echității și solidarității au fost recunoscute la scară largă în cadrul activităților diferitelor instituții ale Uniunii. Prin urmare, statele membre ar trebui, de asemenea, să se asigure că aceste valori sunt respectate în ceea ce privește pacienții și cetățenii din alte state membre și că toți pacienții beneficiază de un tratament echitabil, mai degrabă în funcție de necesitățile acestora în materie de asistență medicală decât în funcție de statul membru de afiliere al acestora.”

Specialiștii în politici de sănătate europene sunt de acord că, privind prin prisma acestor pasaje ale Directivei, „autorizarea prealabilă poate fi refuzată numai dacă un

³⁰ Aliniatul 44 din preambulul Directivei 24/2011.

³¹ Aliniatul 12 din preambulul Directivei 24/2011.

³² Articolul 8/5 din D24/2011

tratament eficient echivalent poate fi obținut în țară³³. „Chiar dacă am fi îndreptățiți să vorbim de prevalența autorizării prealabile, situația sistemului sanitar din România este într-atât de dramatică, încât numărul cazurilor care au dreptul legal de a beneficia de tratament în străinătate este foarte mare³⁴”.

De altfel, autoritățile române nu vor putea invoca nici ultima porțiță pe care Directiva o deschide statelor membre care doresc să controleze un potențial exod al pacienților: evitarea risipei de resurse financiare, tehnice și umane. Restricția circulației libere a pacienților poate fi introdusă doar atunci când investițiile realizate de un stat membru într-o anumită arie a sistemului medical vor fi risipite prin absența pacienților. Nu este cazul României, țara care are cele mai mici cheltuieli cu sănătatea din UE27.

„Autorizarea prealabilă nu va putea fi folosită pentru a proteja un sistem în care nu au fost făcute investiții. Cum problema României pare a fi chiar subfinanțarea sistemului medical, va fi dificil să justificați în contextul Directivei restricții precum autorizarea prealabilă.” – oficial al Comisiei Europene

Potențialul României ca posibilă sursă de pacienți tratați transfrontalier în condițiile Directivei 24/2011 a fost deja sesizat de companii active în domeniul medical din alte țări europene. Autoritățile române au fost abordate, nu o singură dată în ultimele luni, de reprezentanți ai unor astfel de companii pentru precizări legate de transpunerea Directivei în legislația românească. Dacă pentru majoritatea pacienților români Directiva nu va aduce îmbunătățiri semnificative, acel segment care are la dispoziție resursele financiare necesare nu va putea fi oprit să se trateze în alte state membre.

³³ Politici de Sănătate în Uniunea Europeană, Cristian Vlădescu, Cristian Bușoi, ed. Polirom, 2011.

³⁴ Impactul Directivei 24/2011 asupra sistemului sanitar din România, Viorel Rotila, Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”, 2013.

România - potențială destinație a turismului medical în contextul Directivei 24/2011?

Ar putea compensa România această potențială pierdere de pacienți prin creșterea atractivității sale ca destinație a turismului medical? Avantajul competitiv al României pe piața serviciilor medicale europene este oferit în acest moment, paradoxal, de nivelul scăzut de salarizare al medicilor români. „Să zicem că aveți un chirurg foarte bun”, particularizează Helmut Brand, președintele Asociației Școlilor de Sănătate Publică din regiunea Europa, cazul României. „El nu va mai fi nevoit să părăsească țara: deschizi un spital într-o zonă turistică, operezi, oferi cazare la nivel de patru stele, toate acestea la jumătate din prețul unei operații în Franța, deoarece costul muncii este mult mai scăzut. Și îți promovezi oferta la asociațiile de pacienți sau la casele de asigurări din Vest.”

Am văzut așa ceva în India, unde trei chirurghi ortopezi reveniți din Marea Britanie – deci cu înaltă calificare – și-au deschis un spital și operează pacienți americani neasigurați. Pentru un șold nou și servicii excelente, americanii plătesc 10.000 de dolari, în loc să dea 20.000 de dolari la ei acasă. Medicii îi operează pe aceștia în cursul dimineții, iar după-amiaza operează indieni din banii câștigați în prima parte a zilei. Deci toată lumea este mulțumită: pacientul american, pacientul indian și doctorii. Atâta timp cât există această diferență de salarii, este normal să te folosești de ea – dar nu s-o exploatezi.³⁵”

Domeniile în care România ar putea deveni competitivă sunt, în viziunea fostului ministru al Sănătății, Vasile Cepoi, în prezent consilier de stat al primului-ministru:

- oftalmologia,
- chirurgia plastică,
- protezarea cardiacă și ortopedică,
- fertilizarea in vitro,
- cardiologia intervențională,
- stomatologia.

³⁵ Interviu pentru „Viața Medicală”, Mihai Călin, mai 2013.

Stomatologia este un domeniu în care România este deja o destinație a turismului medical. Directiva va crește atractivitatea cabinetelor stomatologice românești pentru pacienții străini, în special în orașele de la granița vestică și în cele cu bune conexiuni aeriene. Din păcate, stomatologia este doar o excepție în acest moment.

Chiar și în acele domenii în care România are spitale competitive la nivel european, legislația autohtonă nu este pregătită pentru exploatarea turismului medical în contextul creat de Directivă. Spitalele românești private vor fi obligate, prin prevederile Directivei, să aplice pacienților din celelalte state membre aceleași tarife și/sau prețuri ca pacienților români, iar atunci când acestea nu există, să le stabilească „în conformitate cu criteriile obiective și nediscriminatorii.” Dar autoritățile române nu au la dispoziție niciun instrument prin care să poată solicita spitalelor care nu se află în relație contractuală cu CNAS respectarea acestor reguli.

„Ne-am putea găsi aliați alți asiguratorii, din alte țări. Dacă trimiți pacientul tău la noi, vei plăti mai puțin pentru acel serviciu medical. Dar pentru asta trebuie să aranjăm o serie de spitale la standarde occidentale.” - oficial al Ministerului Sănătății

Interesant este că oficialii din instituțiile care coordonează sistemul sanitar de stat sunt mult mai optimiști în privința potențialului turismului medical în România decât medicii și managerii spitalelor private. Încercările unui mare furnizor privat de servicii medicale din România de a atrage în ultimii ani pacienți din Germania, Marea Britanie și Polonia au eșuat complet, deși pachetul oferit a fost atractiv, în medie cu 35% mai mic decât cel din țările respective. Proprietarul unuia dintre cele mai mari spitale private din țară nu vede pe termen scurt și mediu oportunitatea unei dezvoltări consistente în contextul Directivei³⁶. „Să convingi un cetățean străin să vină în România pentru servicii de turism medical este destul de dificil, întrucât avem încă multe probleme cu infrastructura și încrederea/siguranța pe care o are România ca și brand³⁷”, spune directorul unei agenții specializate în turism medical.

RECOMANDARE: Introducerea obligativității pentru toți furnizorii privați de servicii medicale (inclusiv cei care nu se află în relație contractuală cu CNAS) să furnizeze informații referitoare la standardele de calitate și prețurile/tarifele practicate pentru pacienții tratați sub Directiva 24/2011.

³⁶ Interviu realizat de autor, martie - aprilie 2013.

³⁷ Interviu pentru „Curierul Național”, Andreea Stoica, martie 2013.

„Noi atractivi în medicină? Noi nu reușim să fim atractivi pentru propria noastră populație. Cum ne putem imagina că, lăsând lucrurile așa cum sunt acum, putem deveni atractivi pentru o populație de pacienți situată la vest de Szeged? Credeți că există așa ceva, acum, această atractivitate? Ne lăudăm dând exemplu acele puține cazuri de spitale bogate. Noi nu avem cum să fim atractivi doar cu două-trei spitale bogate în țară, singurele locuri unde în România se face medicină care are tangență cu anul 2013.” – Florin Chirculescu, chirurg

Concluzii

- Scopul principal al Directivei 24/2011 privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere este uniformizarea sistemelor de sănătate din Uniunea Europeană către acel nivel în care „toți pacienții beneficiază de un tratament echitabil, mai degrabă în funcție de necesitățile acestora în materie de asistență medicală decât în funcție de statul membru de afiliere al acestora.³⁸”
- Efectul Directivei asupra pacienților români va fi unul contrar intențiilor inițiale ale legiuitorului european. Diferențele notabile dintre costurile reale ale serviciilor medicale din alte state membre și tarifele subevaluate din România vor fi suportate de către pacienții români. În aceste condiții, doar acel segment al românilor cu resurse financiare suficiente va beneficia de avantajele certe ale Directivei.
- Din cauza politicilor bugetare de subfinanțare a sistemului medical, statul român îngrădește practic dreptul pacienților români la asistență medicală europeană în contextul Directivei 24/2011 prin strategia sa de subevaluare a tarifelor serviciilor medicale practicate în România. Indiferent de politicile fiscale promovate de un guvern sau altul (care în România oricum au fost în ultimul deceniu în defavoarea sistemului medical) serviciile medicale au un cost real. Cu cât diferența dintre costul lor real și tarifele decontate de instituțiile abilitate este mai mare, cu atât pacientul este mai împovărat de plăți informale sau victima unei asistențe medicale deficitare din perspectiva standardelor europene de calitate.

³⁸ Aliniatul 21 din preambulul Directivei 24/2011.

- Carențele acestui sistemului sanitar de stat, cultivate în ultimele decenii de o politică sanitară incoerentă și populistă, vulnerabilizează funcționarea sistemului și îl pune în fața unui exod al pacienților români în contextul intrării în vigoare a Directivei, începând cu 25 octombrie 2013. Acest exod ar putea redirecționa sume, imposibil de apreciat în acest moment, din bugetul de stat și Fondul Național Unic de Asigurări de Sănătate spre spitale și furnizori de servicii medicale aflați în afara României. Pe termen mediu impactul ar putea fi consistent.
- Capacitatea României de a compensa posibila hemoragie de fonduri prin transformarea într-o destinație a turismului medical este foarte redusă în prezent datorită infrastructurii de transport proaste la nivel național și a numărului scăzut de spitale în care sunt aplicate standarde de calitate și siguranță europene. Și în acest domeniu, cele care ar putea beneficia de avantajele Directivei vor fi doar spitalele deja bogate și bine dotate.
- **Directiva oferă însă, din toate motivele expuse mai sus, o oportunitate pentru ca România să primească, în următorul exercițiu bugetar european, dreptul de a investi fonduri europene în reabilitarea semnificativă a unor spitale de stat. Negocieri pe această temă există deja și, la data publicării acestui raport, semnalele sunt pozitive pentru poziția României.**
- Fără aceste investiții europene și în contextul aplicării Directivei 24/2011, sistemul medical românesc ar putea deveni un lazaret în care pacienții fără resurse financiare suficiente, numeroși în România, vor fi izolați de restul cetățenilor europeni, beneficiari ai asistenței medicale transfrontaliere.

Acest raport apare în cadrul proiectului "Dezbatem Politici, Creștem Expertiză", cod SMIS 40667, derulat de Centrul Român de Politici Europene, proiect co-finantat din Fondul Social European, prin PODCA.

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României. Opiniile exprimate nu implică automat poziția tuturor experților afiliați CRPE sau a altor instituții și organizații partenere CRPE.

Credit foto copertă:
© CRPE august 2013
Centrul Român de Politici Europene
Știrbei Vodă nr. 29, Etaj 2
București
office@crpe.ro
Tel. +4 0371.083.577
Fax. +4 0372.875.089

Titlul proiectului: Dezbatem Politici, Creștem Expertiza

Proiect cofinanțat din Fondul Social European

Editor: Centrul Român de Politici Europene

Data publicării: August 2013

Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.