FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Membră a CNS „Cartel Alfa",
afiliată la EUROFEDOP
Site: www.solidaritatea-sanitara.ro
E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

București, sector 3, Str. Lipscani
nr. 53, et. IV, cam. 3.
Telefon: 0737028094
0336/106.365
Fax: 0336/109.281

NRACP 157/24.11.2015

Către:

Ministerul Sănătății
Domnului **Patriciu Achimaş Cadariu,** Ministru

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA
~~INTRARE~~ IEȘIRE Nr. B 106
Ziua 24 Luna 11 Anul 2015

Stimate domnule Ministru,

Federația "Solidaritatea Sanitară" din România vă solicită o primă întâlnire oficială pentru analiza și soluționarea principalelor probleme cu care se confruntă membrii noștri de sindicat. Pentru a asigura cunoașterea prealabilă a intențiilor și așteptărilor noastre prezentăm mai jos o structură sintetică, ce se poate constitui într-o strategie de reformă a sistemului sanitar, având atașate documentele strategice ale organizației noastre, cu rol de suport al acestor solicitări.

Întâlnirea solicitată, pentru a cărei pregătire vă transmitem în prealabil documentele esențiale, are rolul de a vă supune atenției principalele probleme ale salariaților din sistemul sanitar precum și poziția și soluțiile noastre, acestea având ca obiective fundamentale creșterea calității vieții profesionale a salariaților și creșterea calității serviciilor medicale.

I. Reforma finanțării sistemului sanitar

1. *Creșterea finanțării sistemului sanitar prin:*
   a. Introducerea pachetului de bază de servicii medicale la nivelul posibilităților reale ale FNUASS, raportat la costurile reale ale serviciilor medicale;
   b. Finanțarea pachetului minim de servicii medicale și a programelor naționale de sănătate de la bugetul de stat și din alte surse, pe principiul „cine scutește (de plată) plătește"
   c. Introducerea asigurărilor complementare și a celor suplimentare (cu substituție parțială)

   Notă: Având în vedere negocierile purtate de-a lungul ultimilor ani pe această temă, considerăm că „proiectul de lege al dr. Cepoi" poate constitui un bun punct de pornire pentru dezbaterile pe tema reformei finanțării sistemului sanitar.
2. *Decontarea serviciilor medicale către spitale la costurile reale:*
   a. Demararea unui studiu pilot, pe un eșantion reprezentativ de unități sanitare, pentru stabilirea costurilor reale ale serviciilor medicale;
   b. Crearea unei comisii de arbitraj independente, care să arbitreze obiectiv conflictele dintre spitale și Case.

II. Creșterea salarizării personalului din sistemul sanitar prin:

a. Lege de salarizare specifică sectorului sanitar, luând în considerare specificul sistemului sanitar în ceea ce privește finanțarea, respectiv decontarea serviciilor în baza contractelor cu casele de asigurări de sănătate, precum și în ceea ce privește durata specifică a formării profesionale a cadrelor medicale;

b. Actualizarea și adoptarea Regulamentului de sporuri;

c. Eliminarea anomaliilor ce afectează salarizarea în Sănătate, respectiv:

   i. Eliminarea discriminărilor salariale prin constituirea „salariului de bază din sănătate" - la nivelul salariului maxim actual aferent fiecărei funcții

   ii. Aplicarea procentuală a sporurilor la salariul de bază, în conformitate cu legislația muncii

   iii. Clarificarea situației juridice a gărzilor medicilor și plata tuturor drepturilor salariale aferente acestora, conform definirii gărzilor ca timp normal/suplimentar de lucru.

d. Asigurarea plății orelor suplimentare;

e. Introducerea salarizării suplimentare în funcție de performanță.

   - Introducerea unui model de evaluare obiectivă a personalului

   Notă: Pentru a elimina reluarea unor trasee deja bătătorite, recomandăm ca punct de pornire al dezbaterilor pe tema salarizării (suplimentare) în funcție de performanță proiectul de lege negociat în perioada domnului ministrul Eugen Nicolăescu.

III. Creșterea calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate cu măsuri adiționale creșterii salariilor, în special prin:

- Crearea unor condiții decente de muncă;
- Asigurarea materialelor și aparaturii necesare bunei desfășurări a activității;
- Crearea unui mecanism de monitorizare a îmbolnăvirilor profesionale, care să permită și identificarea unor eventuale noi boli profesionale;
- Flexibilizarea timpului de muncă în acord cu condițiile reale de desfășurare a activității medicilor și a restului angajaților din Sănătate;
- Respectarea normativelor de personal.

IV. Eliminarea sistemului malpraxis și trecerea la sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii.

V. Reforma profesiilor medicale prin intermediul următoarelor măsuri:

- Reconstrucția unității profesiei de asistentă medicală prin echivalarea asistentelor medicale absolvente de școală postliceală conform metodologiei prezentate în documentele atașate
- Eliminarea formării medicului pe modelul „specialist sau nimic" prin includerea dreptului de practică (respectiv a unor competențe specifice) pentru absolvenții de medicină și pentru medicii care nu iau examenul de specialist.
- Dezvoltarea traseului profesional al asistentelor medicale prin introducerea specializărilor pentru asistentele medicale absolvente de studii superioare

VI. Modificarea Strategiei Naționale pentru Sănătate 2014-2020 prin includerea solicitărilor noastre, așa cum au fost transmise (și înregistrate anterior). Introducerea finanțării din fonduri structurale, prin proiecte specifice, pentru:

a. Formarea profesională continuă și pentru echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală; includerea Federației „Solidaritatea Sanitară" din România în calitate de partener în aceste proiecte. - POCU

b. Construcția unor noi unități sanitare, refacerea și dotarea celor existente

c. Accesarea European Reference Network pentru tratamentul bolilor rare

VII. Eliminarea deficitului de personal și regândirea normativele de personal, cu un accent special pe normativele TESA.

VIII. Reforma organismelor profesionale ale specialiștilor din Sănătate prin:

- transformarea reală a acestora, în acord cu scopul legal, în instituții care garantează populației respectarea deontologiei profesionale;
- Finanțarea lor de la bugetul de stat (eliminarea finanțării prin contribuția obligatorie a profesioniștilor) sau obligarea acestora să asigure în mod gratuit formarea profesională continuă;
- Crearea organismelor profesionale pentru profesiile nemedicale.

IX. Transpunerea Directivei 24/2011 în legislația națională în acord cu interesele României privind transformarea sistemului sanitar românesc într-o destinație semnificativă a liberei circulații a pacienților în Uniunea Europeană.

X. Introducerea mecanismelor de asigurare a siguranței și calității serviciilor medicale.

Menționăm că Federația "Solidaritatea Sanitară" din România nu susține proiectul de lege referitor la introducerea practicii private în spitalele publice în forma actuală și respinge legalizarea plăților informale, insistând prin asigurarea recompenselor financiare meritate de salariați prin intermediul unui sistem de salarizare adecvat.

Prezenta adresă are ca anexe următoarele documente strategice:

1. **Reforma finanțării sistemului sanitar** ..... **secțiunea A**
   - *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. NB5668/24.07.2014, referitoare la Comisia de arbitraj a litigiilor dintre furnizorii de servicii medicale și Case*
2. **Creșterea salarizării personalului din sistemul sanitar** ..... **secțiunea B**
   - *Adresa înregistrată la M.M. cu nr. 28725/23.09.2015 cu referire la propunerile și observațiile F.S.S.R. la proiectul de lege a salarizării în sectorul bugetar*
   - *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. 24668/15.04.2015, referitoare la proiectul de lege cu privire la practica privată în spitalele publice și legalizarea plăților informale*
   - *Argumentație juridică privind eliminarea discriminărilor salariale în sectorul sanitar*
   - *Salariații din sectorul public de sănătate au dreptul la raportarea procentuală a sporurilor la salariul de bază. Argumente juridice.*
   - *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. NB1481/17.02.2015, cu referire la aplicarea tuturor drepturilor salariale aferente gărzilor medicilor*
   - *Studiu asupra timpului de muncă în sectorul sanitar din România. Analiză de caz: gărzile medicilor*
   - *Studiu privind sistemul de salarizare din Sănătate în România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță (2013)*
   - *Studiu privind sistemul de salarizare în sectorul sanitar din România. Analiză de caz: salarizarea în funcție de performanță (draft 2015)*
3. **Creșterea calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate** ..... **secțiunea C**
   - *Concluziile Studiului privind calitatea vieții profesionale și tendința de migrație a personalului din sistemul sanitar*
   - *Ierarhia factorilor care determină calitatea vieții profesionale*
   - *Concluziile Studiului privind nevoile specifice de consiliere și orientare profesională ale salariaților din sănătate. Studiu de caz: regiunea Sud-Est*
4. **Eliminarea sistemului malpraxis și trecerea la sistemul despăgubirii pacienților pentru prejudicii** ..... **secțiunea D**

- *Studiul privind sistemul de despăgubire a pacienților prejudiciați aplicabil în România*
- *Propunerile și observațiile F.S.S.R. pe textul legii "malpraxisului"*

5. **Reforma profesiilor medicale** ..... **secțiunea E**
   - *Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală - formă de acțiune împotriva discriminării*
   - *Studiu privind situația asistenților medicali din unitățile sanitare publice din România*
6. **Strategia Națională pentru Sănătate 2014-2020. Propunerile F.S.S.R.** ..... **secțiunea F**
7. **Eliminarea deficitului de personal și regândirea normativele de personal, cu un accent special pe normativele TESA** ..... **secțiunea G**
   - *Adresa înregistrată la M.S. cu nr. NB2011/05.03.2015, referitoare la deficitul și normativul personalului nemedical (TESA)*
8. **Transpunerea Directivei 24/2011 în legislația națională în acord cu interesele României privind transformarea sistemului sanitar românesc într-o destinație semnificativă a liberei circulații a pacienților în Uniunea Europeană** ..... **secțiunea H**
   - *Studiu privind Impactul Directivei nr. 24/2011/EU asupra sistemului sanitar din România*

Cu stimă,

Președinte,
Rotilă Viorel

FEDERAȚIA „SOLIDARITATEA SANITARĂ" din România

Federația ”Solidaritatea Sanitară” din România

www.solidaritatea-sanitara.ro
e-mail: solidaritatea_sanitara@yahoo.com

5. Reforma profesiilor medicale

secțiunea
E

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială ”Solidaritatea”

Echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală - formă de acțiune împotriva discriminării

Rotilă Viorel

Conferențiar univ. dr., Universitatea „Dunărea de Jos" Galați, România,
Jurist
viorelrotila@yahoo.com

Celmare Lidia

Jurist, M.Phil., Director Adjunct Formare,
Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea", România,
lidiacelmare@yahoo.com

Abstract
Prezentul articol abordează o problemă sensibilă a unei categorii profesionale din sistemul sanitar românesc, asistentele medicale, respectiv problema echivalării studiilor/revalorizării diplomelor. Problema a fost generată atât de necesitatea integrării formării profesionale a acestei categorii în tipurile de formare acceptate la nivelul Uniunii Europene cât și de transpunerea incorectă a unor principii europene în legislația națională. Conținutul problemei îl reprezintă obligarea asistentelor medicale care au absolvit formele anterioare de pregătire profesională să reia pregătirea inițială de la început pentru a putea avansa profesional. Soluția pe care o propunem o constituie instituirea bilanțului de competențe, o instituție de recunoaștere a tuturor competențelor deținute, indiferent de calea pe care au fost obținute, bazată pe principiile prevăzute în Directivele 2005/36/CE și 2013/55/UE. Rezultatul aplicării acestei soluții îl constituie echivalarea competențelor acestei categorii de asistente medicale în sistemul creditelor în sistemul european de credite transferabile, urmată de posibilitatea completării formării profesionale pentru a ajunge la nivel asistente medicale absolvente de studii universitare.

Cuvinte cheie: as*istente medicale, echivalare, revalorizare, dreptul la propria profesie.*

1. Introducere

1.1. Câteva probleme specifice pieței muncii din România

În analiza competențelor profesionale ipoteza noastră este următoarea: totalul competențelor de care dispun salariații din România (și o bună parte din cetățenii cu vârstă activă și apți de muncă) depășește la acest moment totalul competențelor recunoscute în mod oficial, prin intermediul

diferitelor acte de studii.[1] La baza acestei ipoteze stau trei constatări, bazate atât pe experiența autorilor cât și pe informațiile parțiale furnizate de cercetările pe care le-am desfășurat: dezvoltarea semnificativă a formării non-formale, formarea la locul de muncă (o pondere însemnată având-o cea rezultată din fenomenul migrației) și adaptarea individuală la tehnologiile informatice. Deoarece nu intenționăm să verificăm această ipoteză prin intermediul unor cercetări în cadrul prezentului studiu, ea are rolul de introducere în problema specifică ce face obiectul prezentului articol.

Având în vedere prevederile legale ce obligă atât angajatorul cât și angajatul la desfășurarea activităților profesionale doar în condițiile practicării competențelor recunoscute, la ora actuală un volum însemnat de competențe nu pot fi utilizate (sau nu pot fi utilizate în mod oficial ori sunt utilizate în mod ilegal) în cadrul activităților lucrative, ajungându-se la o pierdere considerabilă pentru societatea românească. În condițiile în care pot fi întâlnite numeroase domenii/activități/profesii în care angajații utilizează în activitățile profesionale competențe dobândite în mod informal, poate fi constată existența unei adevărate „zone gri a competențelor utilizate în activitățile profesionale".

Ruptura dintre formarea-certificarea competențelor și piața muncii este evidentă mai ales în mediul privat, unde predomină preocuparea pentru „ceea ce știi să faci", cu o relativă indiferență la competențele certificate (excluzând situația profesiilor autorizate). În acest context, considerăm necesară modernizarea sistemului de formare și certificare a competențelor în conjunctura marilor schimbări prin care trece societatea românească, aliniată la rându-i la modificările sociale globale.

1.2. O soluție necesară: bilanțul de competențe

În baza unor schimburi de experiență ale autorilor, dublate de documentarea ulterioară, am constatat că în Franța își dovedește eficacitatea instituția numită *Bilanțul de competențe*, ea funcționând de mai mulți ani. Această instituție poate atesta competențele deținute de un salariat care dorește să devină subiectul unei astfel de evaluări, incluzând atât pe cele dobândite informal cât și, mai ales, pe cele bazate pe experiență. Esența abordării o constituie verificarea modalității în care formarea inițială se articulează cu alte tipuri de formare ulterioară, cu achizițiile bazate pe experiență și/sau pregătirea informală, din perspectiva identificării unei posibile construcții a unui nou profil profesional. Completarea competențelor necesare prin intermediul formării profesionale împlinește mecanismul de trecere la o altă profesie/ocupație, cadrul instituțional fiind asigurat de reforma învățământului universitar stabilită la Bologna (îmbunătățită la Lisabona).

Sistemul formării profesionale inițiale și continue are un grad ridicat de rigiditate în raport cu necesitățile unei piețe a muncii tot mai dinamică. Introducerea ***instituției bilanțului de competențe***, pe care o propunem prin intermediul prezentului material ar genera un nivel de flexibilitate a forței de muncă disponibilă, cu un impact semnificativ asupra vieții economice. Cu alte cuvinte, introducerea acestui mecanism inovator pentru piața muncii ar putea determina un însemnat pas înainte pentru creșterea celei mai importante resurse a națiunii: calificarea forței de muncă. Considerăm evident faptul că eficiența ar fi deosebit de mare dacă acest demers ar fi dublat de cel al creării ***tabloului competențelor profesionale*****,** constituindu-se astfel un punct universal de referință pentru acest tip

[1] Menționăm că ipoteza noastră ia în considerare și existența unui efect invers, determinat de calitatea învățământului românesc: o parte însemnată a competențelor atestate este în fapt sub nivelul la care ele sunt certificate. Chiar dacă nu putem estima amploarea acestui fenomen el trebuie menționat, fiind parte a „dimensiunii formale" (în sensul figurat al termenului) existentă în anumite zone ale formării profesionale.

de trecere de la o profesie/ocupație la alta.[2] Însă, după cum vom arăta mai jos, problema este depășită în cazul profesiilor care au stabilite, la nivelul Uniunii Europene, condițiile minime privind competențele necesare, asistentele medicale făcând parte din această categorie.

Soluția numită *bilanțul de competențe*, pe care o propunem, are ca argument suplimentar contextul favorabil creat de formarea profesională desfășurată în cadrul proiectelor pe fonduri structurale, aceasta având un efect potențator pentru măsurile propuse de noi. Ideea fundamentală o constituie faptul că piața forței de muncă necesită un set de măsuri coerente pentru creșterea capacității lucrătorilor de a face față schimbării, situațiilor complexe și neprevăzute, prezenta propunere constituind una din cele mai importante inițiative strategice în acest sens.

1.3. Probleme specifice sistemului sanitar românesc

Seria de cercetări desfășurată în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea" de-a lungul a peste 6 ani, ne-a condus la concluzia unei rigidități foarte mari a sistemului de formare și certificare a competențelor obținute informal și nonformal, ce afectează sistemul sanitar românesc. Suplimentar, putem vorbi la ora actuală de existența unui monopol al formării profesionale care exclude posibilitatea certificării competențelor obținute formal, pe baza experienței profesionale și/sau informal în vederea trecerii la un alt statut profesional, respectiv la un alt nivel de formare recunoscută oficial.

Datorită modificărilor succesive ale nivelelor de formare ale asistentelor medicale, dublate de coexistența mai multor tipuri de formare, cele mai afectate sunt asistentele medicale absolvente de postliceală. În consecință, considerăm că abordarea formării profesionale a asistentelor medicale necesită o schimbare a perspectivei, fiind necesară stabilirea unui traseu firesc de carieră. Această abordare trebuie privită într-un context mai amplu, pe care-l constituie situația formării profesionale inițiale și continue raportat la piața muncii, cele menționate în secțiunile anterioare constituind o schiță a acestui context.

Analiza situației indică, așadar, faptul că una dintre profesiile importante pentru funcționarea sectorului sanitar, participantă în mod direct la actul medical, respectiv aceea de asistentă medicală, suferă, în România, de lipsa unui traseu profesional normal, ce se poate realiza numai prin definirea unui standard profesional, care să țină cont și de cele două dimensiuni ale realității:

- *atribuțiile practice cu mult peste cele teoretice/certificate;*

și

- *pregătirea teoretică (prin facultate) cu mult peste limitele dreptului de practică.*

Aceste două realități reprezintă de fapt și sursa unei noi forme de discriminare ce a apărut și s-a amplificat în sistemul public de Sănătate, și anume discriminarea salarială în funcție de studii, raportată la atribuțiile identice ale funcțiilor de asistent medical cu studii postliceale și asistent medical cu studii universitare de scurtă sau lungă durată.

Deoarece învățământul sanitar și traseele profesionale nu sunt organizate pe unități de competență ce pot fi dobândite prin căi alternative de formare recunoscute, apare o îngustare a orizontului dezvoltării profesionale, care nu permite decât un anumit tip de diplome. Reclamăm astfel absența unui standard profesional actualizat pentru profesia de asistent medical. Pentru a contura una din absențele majore, este suficient să menționăm că principiul de la care trebuie pornit în actualizarea standardului profesional este cel de recunoaștere a oricărei forme de pregătire profesionale traduse

[2] Pentru centrarea profesiilor pe competențe și constituirea tabloului competențelor Irlanda constituie cel mai bun exemplu.

prin dobândirea unor competențe într-un domeniu specializat, care trebuie să aibă drept corelativ posibilitatea unui nivel de avansare.

Fenomenul cel mai grav, care afectează majoritatea asistentelor medicale, îl constituie redundanța procesului de formare profesională a asistentelor medicale. Acesta constituie o dovadă de indiferență a sistemului desfășurată pe seama asistentelor, în condițiile în care modificările continue ale formelor de pregătire inițială au adăugat continuu noi obligații în sarcina asistentelor medicale. Cele mai afectate au fost asistentele medicale deja angajate în sectorul public de sănătate, acestea fiind prinse în cercul vicios al formărilor redundante. Este vorba de asistente medicale care au fost obligate să parcurgă mai multe forme de pregătire pentru a-și putea menține profesia la nivelul inițial. Exemplele de situații sunt de-a dreptul șocante, ele conducând uneori la durate totale de formare care depășesc durata de formare pentru un medic:[3]

a) **Traseul maxim (nivel final asistenta medicală absolventă de studii universitare)**:

a.1) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de absolvirea școlii postliceale (3 ani), la care s-a adăugat ulterior colegiul (3 ani) și în final facultatea de asistente medicale (4 ani). Cazurile sunt rare, însă faptul că ele însumează 14 ani de formare pentru profesia de asistentă medicală este elocvent pentru a indica nivelul anomaliei.

a.2) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de 1 an echivalare, la care se adaugă 3 ani postliceală și 4 ani facultate de asistentă medicală; însumând 12 ani de formare profesională.

a.3) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de absolvirea școlii postliceale (3 ani), și în final facultatea de asistente medicale (4 ani). În final s-a ajuns la o durată de totală a formării de 11 ani pentru profesia de asistentă medicală.

a.4) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de echivalarea cu școala postliceală (un an), la care s-a adăugat în final facultatea de asistente medicale (4 ani). Durata totală a formării inițiale: 9 ani.

a.5) Absolvirea școlii postliceale (3 ani), urmată apoi de facultatea de asistente medicale (4 ani). Durata totală a formării este de 7 ani.

b) **Traseul mediu (nivel final asistentă medicală absolventă de studii postliceale; nivelul de salarizare mai mic decât al absolventelor de studii universitare)**:

b.1) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de absolvirea școlii postliceale (3 ani). Durata totală a formării inițiale de 7 ani.

b.2) Absolvirea liceului (soră medicală), urmată de echivalarea cu școala postliceală (un an), la care s-a adăugat în final absolvirea școlii postliceale (3 ani). Durata totală a formării inițiale de 8 ani.

c) **Traseele normale:**

c.1) Școală postliceală (3 ani).

c.2) Colegiul (3 ani).

c.3) Facultatea de asistente medicale (4 ani).

Am indicat doar traseele de formare cel mai des întâlnite, lor putându-li-se adăugă câteva combinații suplimentare. Această evoluție anormală a formării profesionale inițiale a asistentelor medicale a creat un grad semnificativ de incertitudine în rândul acestora în ceea ce privește dezvolta-

[3] O expunere inițială a acestei problem a fost desfășurată în Rotilă Viorel (coord.), *Studiul privind nevoile specifice de consiliere si orientare profesionala ale salariatilor din sanatate. Studiu de caz: regiunea Sud-Est*, Editura Sodalitas, Galați, 2013

rea carierei proprii, contribuind în mod semnificativ la scăderea calității vieții profesionale și la generarea sentimentului de discriminare raportat la alte profesii. În aceste condiții, considerăm evidentă necesitatea unor măsuri de eliminare a formelor intermediare redundante de formare profesională.

2. Echivalarea – unul din rezultatele bilanțului de competențe

Vom demonstra în continuare că atât principiile aplicabile echivalării cât și cele utilizabile în bună măsură în cazul bilanțului de competențe sunt deja prevăzute în legislația Uniunii Europene, mai exact în Directiva 2005/36/CE și în Directiva 2013/55/UE. Directivele amintite au ca obiect recunoașterea calificărilor profesionale între statele membre ale U.E., incluzând profesiile medicale. Din această perspectivă, la prima vedere am putea considera că prevederile lor nu produc efecte în plan intern, respectiv în privința asistentelor medicale absolvente de postliceală care lucrează în spitalele din România. Considerăm însă incorectă această interpretare, principiile stabilite de aceste directive fiind aplicabile și în cazul României. Unul din argumente este derivat din efectele migrației personalului medical: după cum vom arăta în secțiunea dedicată programului de revalorizare, odată revalorizate diplomele asistentelor medicale absolvente de postliceală, acestea au posibilitatea exercitării libere a profesiei într-un stat al U.E. la nivele comparabile cu absolventele de studii superioare. Luând în considerare libertatea acestora de a se întoarce în România după o perioadă de lucru în alt stat membru al U.E., devine evidentă absurditatea situației în care ele ar fi lipsite în România de drepturi pe care le aveau într-un alt stat U.E., aceasta fiind contrară prevederilor Directivelor amintite.

Cel mai important argument pentru caracterul de izvor de drept al Directivelor amintite îl constituie faptul că prevederile naționale în domeniul asistentelor medicale vizează în egală măsură asistentele medicale din România cât și pe cele care ar putea veni/vin în România și sunt într-o situație similară cu asistentele medicale absolvente de postliceală. Devine evident în acest caz faptul că legislația națională trebuie să se conformeze prevederilor și principiilor Directivelor.

2.1. Principiile aplicabile recunoașterii calificărilor profesionale în sănătate impuse de directivele europene

Din perspectiva art. 31 alin. (3) și (4) Directiva 2005/36/CE formarea asistenților medicali generaliști constă în cel puţin trei ani de studii sau 4 600 de ore de instruire teoretică şi clinică, perioada de instruire teoretică reprezentând cel puţin o treime, iar cea de instruire clinică cel puţin jumătate din perioada minimă de formare. De observat formularea celei de-a doua fraze a art. 31 alin. (3): *„Statele membre pot acorda exceptări parţiale persoanelor care au beneficiat de o astfel de formare în cadrul altor formări de nivel cel puţin echivalent”.* Stabilirea sensului *formării de nivel echivalent* constituie una din cheile rezolvării acestei probleme.

Instruirea teoretică se defineşte ca fiind partea din formarea de asistent prin care asistenţii candidaţi dobândesc cunoştinţele, înţelegerea şi competenţele profesionale necesare pentru a organiza, acorda şi evalua asistenţa medicală globală. Demnă de remarcat este fraza a doua a art. 31 alin. (4), *„Această formare este asigurată de personalul didactic în materie de asistenţă medicală, precum şi de alte persoane competente, în şcolile de asistenţi, precum şi în alte instituţii de învăţământ alese de instituţia de formare*.”, care stabilește o condiția esențială a formatorilor specializați în domeniu.

Relevant pentru tema noastră este și textul art. 12 din Directiva 2005/36/CE, care definește conceptul formării profesionale asimilate astfel:

Se consideră calificare care atestă o formare prevăzută la articolul 11, inclusiv în ceea ce priveşte nivelul în cauză, orice titlu de calificare sau ansamblu de titluri de calificare care a fost eliberat de o autoritate competentă a unui stat membru, care atestă absolvirea unei formări în cadrul Comunităţii, recunoscută de respectivul stat membru ca având nivel echivalent şi care conferă titularului aceleaşi drepturi de acces la o profesie sau de exercitare a acesteia sau care pregăteşte pentru exercitarea respectivei profesii.

De asemenea, este asimilată unui astfel de titlu de calificare, în aceleaşi condiţii ca cele prevăzute la paragraful anterior, orice calificare profesională care, fără a îndeplini cerinţele prevăzute de actele cu putere de lege sau de actele administrative ale statului membru de origine pentru accesul la o profesie sau pentru exercitarea unei profesii, conferă titularului său drepturi obţinute în temeiul respectivelor dispoziţii. În special, ***acest lucru se aplică în cazul în care statul membru de origine ridică nivelul de formare necesar pentru a avea acces la o profesie sau pentru a o exercita şi în cazul în care o persoană care a urmat o formare anterioară, care nu îndeplineşte cerinţele noii calificări, beneficiază de drepturile obţinute în temeiul actelor cu putere de lege şi al actelor administrative; într-un astfel de caz, formarea anterioară este considerată de statul membru gazdă, în sensul aplicării articolului 13, ca fiind corespunzătoare nivelului noii formări.(s.n.)***

Am citat *in extenso* acest articol deoarece oferă o bună introducere în problema a cărei soluționare o avem în vedere. În continuare vom aborda conținutul Directivelor din perspectiva principiilor pe care le stabilesc.

Principiile aplicabile recunoașterii calificărilor profesionale, respectiv formării profesionale inițiale și continue precum și certificării acesteia le regăsim în textul Directivei 2005/36/CE cu modificările și completările aduse de Directiva 2013/55/UE:

2.1.1. Directiva 36/2005/CE[4]:

Principiile identificate în cadrul acestei directive vizează în cea mai mare parte procedura de recunoașterii a calificărilor în situațiile în care acestea nu fac obiectul unor prevederi legale exprese, așa cum este cazul profesiilor medicale. Totuși, având în vedere caracterul lor de principii, considerăm că ele instituie câteva puncte obligatorii de raportare pentru toate situațiile în care este vorba de recunoașterea calificărilor profesionale, inclusiv în cazul asistentelor medicale.

Nota de fundamentare[5] a Directivei prevedere la punctul(15)[6] ceea ce putem considera a fi p**rincipiul măsurilor compensatorii.**[7] Principiul este aplicabil în cazul absenței armonizării minime a condițiilor

[4] DIRECTIVA 2005/36/CE din 7 septembrie 2005 privind recunoaşterea calificărilor profesionale

[5] Nota de fundamentare prezintă considerentele acesteia, având totodată un caracter de orientare asupra interpretărilor ce trebuie date textului de lege, în acord cu intențiile legiuitorului.

[6] Prin intermediul acestei notații indicăm puncte din fundamentarea textului legal al directivelor, existentă la începutul acestora în forma publicată.

[7] Pct. (15) Directiva 2005/36/CE: „În absenţa armonizării condiţiilor minime de formare profesională pentru accesul la profesiile reglementate de sistemul general, trebuie ca statul membru gazdă să aibă posibilitatea de a impune o măsură compensatorie. Această măsură trebuie să fie proporţională şi trebuie să aibă în vedere, în special, experienţa profesională a solicitantului. Experienţa atestă faptul că cerinţa referitoare la o probă de aptitudini sau la un stagiu de adaptare, în funcţie de opţiunea migrantului, oferă garanţii adecvate în ceea ce priveşte nivelul de calificare a acestuia, astfel încât orice derogare de la această opţiune trebuie justificată, în fiecare dintre cazuri, de o motivaţie imperioasă de interes general*”.*

de formare profesională fiind utilizat în analiza nivelului de calificare, respectiv în stabilirea dreptul de a desfășura o anumită activitate profesională. În cadrul măsurilor compensatorii trebuie luată în considerare experiența profesională a celui care solicită recunoașterea unei calificări. Pentru acces la exercitarea unei activități/profesii se poate impune fie o probă de aptitudini fie un stagiu de adaptare. Aplicarea acestui principiu este prezentată în cadrul art. 14 din Directivă.

Punctul (16) al fundamentării prevede faptul că poate fi creată o platformă comună a tuturor statelor în domeniu recunoașterii calificărilor, care trebuie să includă următoarele **criterii suplimentare de compensare:**

- O formare profesională suplimentară;
- Un stagiu de adaptare;
- O probă de aptitudini;
- Un nivel minim de practică profesională;
- O combinație între acestea;

Cetățenii aflați într-o asemenea situație au dreptul de a opta între stagiul de adaptare și proba de aptitudini.

Art. 14, alin. 1) stabilește **condițiile în care poate fi instituită proba de aptitudini sau stagiul de adaptare**:

- Durata formării suplimentare necesară este mai mică cu cel puțin un an;
- Formarea pe care a urmat-o acoperă discipline semnificativ diferite de cele incluse în titlul de calificare necesar.

Art. 14, alin. (5) instituie **principiul utilității/utilizării experienței în completarea competențelor profesionale**: înainte de a fi impuse măsurile compensatorii, trebuie verificat, în prealabil, dacă cunoștințele dobândite în decursul experienței profesionale sunt de natură să acopere diferențele de competențe/discipline.

(19) Pentru Sănătate se instituie:

a) Principul fundamental al recunoașterii automate a titlurilor de calificare pe baza coordonării condițiilor minime de formare profesională.

b) **Completarea printr-un sistem de drepturi dobândite** de care trebuie să beneficieze profesioniștii calificați în anumite condiții.

Art.3, alin. (1), lit. (h) Proba de aptitudini, consacră **principiul completării competențelor**, pe baza formării inițiale și raportat la disciplinele/competențele ce nu sunt atestate.

Art.3, alin. (3), Se consideră titlul de calificare orice titlul de calificare completat de o experiență profesională de minim 3 ani.

Art. 12[8], teza a doua - **Principiul formării profesionale asimilate**: în cazul în care statul membru de origine ridică nivelul de formare necesar pentru a exercita o profesie, pentru persoanele care au urmat o formare anterioară, care nu îndeplinește cerințele noii calificări, formarea anterioară este considerată corespunzătoare nivelului noii formări.

Art. 23, alin. (1) consacră **principiul drepturilor obținute**: când nu sunt îndeplinite toate cerințele de formare stipulate în Directivă, sunt considerate dovezi suficiente titlurile de calificare obținute atunci când atestă o formare care a început înainte de aderare. **Condiția necesară** este ca aceste titluri să fie însoțite de un certificat care atestă că titularii au cel puțin 3 ani consecutivi de experiență în ultimii cinci ani dinaintea eliberării certificatului.

2.1.2. Directiva 55/2013/UE[9]

Punctul (7) al fundamentării menționează ceea ce putem considera a fi **principiul reluării întregii formări profesionale** (prevăzut și la art. 4[f]), care trebuie luat în considerare în cazul în care diferențele dintre domeniile de activitate sunt atât de mari încât este necesar un program complet de educație și formare pentru ca profesionistul să compenseze deficiențele. Pentru aplicarea acestui principiu este necesară o procedură specifică de constatare a acestor diferențe. Menționăm că principiul este menționat în mod implicit în cadrul prevederilor privind accesul parțial.[10]

Procedura aplicabilă în cazul diferențelor semnificative de pregătire:

- Art. 14, alin (1) prevede impunerea unui stagiu de adaptare sau a unei probe de aptitudini, în următoarele situații:

a) Formarea pe care o are persoana acoperă discipline semnificativ diferite de cele cuprinse în titlul de calificare recunoscut oficial în acel stat;

b) Activități/atribuții profesionale suplimentare;

---

[8] Art. 12 : Se consideră calificare care atestă o formare prevăzută la articolul 11, inclusiv în ceea ce priveşte nivelul în cauză, orice titlu de calificare sau ansamblu de titluri de calificare care a fost eliberat de o autoritate competentă a unui stat membru, care atestă absolvirea unei formări în cadrul Comunităţii, recunoscută de respectivul stat membru ca având nivel echivalent şi care conferă titularului aceleaşi drepturi de acces la o profesie sau de exercitare a acesteia sau care pregăteşte pentru exercitarea respectivei profesii.
De asemenea, este asimilată unui astfel de titlu de calificare, în aceleaşi condiţii ca cele prevăzute la paragraful anterior, orice calificare profesională care, fără a îndeplini cerinţele prevăzute de actele cu putere de lege sau de actele administrative ale statului membru de origine pentru accesul la o profesie sau pentru exercitarea unei profesii, conferă titularului său drepturi obţinute în temeiul respectivelor dispoziţii. În special, acest lucru se aplică în cazul în care statul membru de origine ridică nivelul de formare necesar pentru a avea acces la o profesie sau pentru a o exercita şi în cazul în care o persoană care a urmat o formare anterioară, care nu îndeplineşte cerinţele noii calificări, beneficiază de drepturile obţinute în temeiul actelor cu putere de lege şi al actelor administrative; într-un astfel de caz, formarea anterioară este considerată de statul membru gazdă, în sensul aplicării articolului 13, ca fiind corespunzătoare nivelului noii formări.

[9] **Directiva 2013/55/UE** din 20 noiembrie 2013 de modificare a Directivei 2005/36/CE privind recunoaşterea calificărilor profesionale şi a Regulamentului (UE) nr. 1024/2012 privind cooperarea administrativă prin intermediul Sistemului de informare al pieţei interne ("Regulamentul IMI")

[10] Art. 4f, alin. 1, lit. b): „diferențele ca atare dintre activitatea profesională exercitată legal în statul membru de origine și profesia reglementată în statul membru gazdă sunt atât de mari încât aplicarea de măsuri de compensare ar însemna să se ceară solicitantului să urmeze întregul program de educație și formare cerut în statul membru gazdă pentru a avea acces deplin la profesia reglementată în statul membru gazdă”;

• Art. 14, alin (6) stabilește procedura aplicabilă: se eliberează o decizie de impunere[11] a unui stagiu de adaptare sau a unei probe de aptitudini:

a) Cuprinde prezentarea nivelului de calificare profesională necesar/avut în vedere și nivelul de calificare deținut de solicitant;

b) Sunt prezentate diferențele semnificative de calificare și motivele pentru care respectivele diferențe nu pot fi compensate prin măsurile stabilite la punctul 2).

Punctul (10) al fundamentării instituie p**rincipiul completării nivelului de studii prin intermediul învățării pe tot parcursul vieții**: cele cinci nivelului ale Cadrului european al calificărilor nu trebuie să fie utilizate drept criterii de excludere atunci când acest lucru contravine principiului învățării pe tot parcursul vieții.

Punctul (13) al fundamentării prevede **principiul validării învățării pe tot parcursul vieții de către un organism relevant**: măsurile compensatorii trebuie să aibă în vedere abilitățile și competențele dobândite de solicitant în decursul experienței sale profesionale sau prin învățarea pe tot parcursul vieții, validate în mod formal, în acest scop, de către un organism relevant.[12] Principiul este prevăzut la art. 14, alin. 5.[13]

Art. 3, prevede la alin.(a), lit.(l): *«învățare pe tot parcursul vieții»: toate formele de învățământ general, educație și formare profesională, educație non-formală și învățare informală urmate pe tot parcursul vieții, având ca rezultat o îmbunătățire a cunoștințelor, abilităților și competențelor, care pot include etica profesională;*

Punctul (19) al fundamentării instituie **principiul exceptării de la unele părți ale formării** dacă aceste elemente ale formării ulterioare au fost deja finalizate în cursul programului anterior de formare.

Relevante sunt și mențiunile de la punctul (36) din fundamentarea directivei:

> *Comisia ar trebui să evalueze, în timp util, regimul de recunoaștere aplicabil titlurilor de calificare de asistent medical generalist emise în România. O astfel de evaluare ar trebui să se bazeze pe rezultatele unui program special de revalorizare pe care România ar trebui*

---

[11] (6) **Decizia de impunere** a unui stagiu de adaptare sau a unei probe de aptitudini se motivează corespunzător. Solicitantului i se transmit îndeosebi următoarele informaţii:

a)nivelul de calificare profesională necesar în statul membru gazdă şi nivelul de calificare profesională deţinut de solicitant în conformitate cu clasificarea stabilită la articolul 11; şi

b)diferenţele semnificative menţionate la alineatul (4) şi motivele pentru care respectivele diferenţe nu pot fi compensate prin cunoştinţe, abilităţi şi competenţe dobândite în decursul experienţei sale profesionale sau prin învăţare pe tot parcursul vieţii, validată în mod formal în acest scop de un organism relevant.

[12] Prevederea este aplicabilă în absența armonizării condițiilor minime de formare.

[13] Art. 15 alin. (5): „Alineatul (1) se aplică respectându-se principiul proporţionalităţii. În special, în cazul în care statul membru gazdă preconizează să îi impună solicitantului finalizarea unui stagiu de adaptare sau promovarea unei probe de aptitudini, trebuie să verifice în prealabil dacă cunoştinţele, abilităţile şi competenţele dobândite de solicitant în decursul experienţei sale profesionale sau prin învăţare pe tot parcursul vieţii, validată în mod formal în acest scop de un organism relevant, în orice stat membru sau într-o ţară terţă sunt de natură să acopere, total sau parţial, disciplinele semnificativ diferite definite la alineatul (4)."

*să îl realizeze în conformitate cu actele cu putere de lege și actele administrative interne și pentru care ar trebui să coopereze cu alte state membre și cu Comisia. Un astfel de program special de revalorizare ar trebui să aibă ca scop **oferirea posibilității** pentru participanții la program de a își revaloriza calificarea profesională pentru a îndeplini toate cerințele minime de formare stabilite în Directiva 2005/36/CE.*

După cum se poate observa, revalorizarea[14] este o posibilitate și nu o obligație.

Art. 31, alin. 3) **Principiul echivalenței/echivalării:**

„Formarea de asistent medical generalist constă în total din cel puțin trei ani de studii, care pot fi exprimați în plus prin echivalentul în credite ECTS, și cel puțin 4 600 de ore de formare teoretică și clinică, perioada de formare teoretică reprezentând cel puțin o treime, iar cea de formare clinică cel puțin jumătate din perioada minimă de formare. ***Statele membre pot acorda exceptări parțiale profesioniștilor care au urmat o parte din formarea lor prin cursuri de nivel cel puțin echivalent."(s.n.)***

Art. 33, alin. 3, lit. (a-b) instituie posibilitatea diplomelor de „licență" (echivalente), eliberate în baza unui program de revalorizare (exemplul polonez).

3. Situația din România. Câteva anomalii

Multiplele schimbări ale tipurilor de formare ale asistentelor medicale din ultimii 25 de ani au generat o serie de probleme ce intră sub incidența prevederilor celor două directive anterior amintite. Problema de fond vizează condițiile pe care asistentele medicale trebuie să le îndeplinească pentru a-și exercita activitatea profesională într-un alt stat al U.E.

Principala observație este legată de faptul că deși Directiva recunoaște principiul drepturilor dobândite, statul român nu face acest lucru în raport cu asistentele medicale. Principala problemă este generată, așa cum vom arăta, de către legiuitor, care a introdus o prevedere cu caracter discriminatoriu în cazul învățământului medical. Considerăm că în discuție este dreptul la propria profesie, care nu poate fi alterat de apariția unor noi tipuri de formare, diferite față de cel la care au avut acces asistentele medicale în momentul înscrierii în forma de pregătire inițială.

Directiva recunoaște ca legitime posibilități de compensare a diferențelor de studii prin căile alternative, respectiv:

a) Principiului utilității experienței în completarea competențelor profesionale;

a) Aplicarea ***principiului validării învățării pe tot parcursul vieții,*** respectiv luarea în considerare a *tuturor formelor de învățământ general, educație și formare profesională, educație nonformală și învățare informală urmate pe tot parcursul vieții, având ca rezultat o îmbunătățire a cunoștințelor, abilităților și competențelor, care pot include etica profesională;*

b) Constituirea unui organism de validare în mod formal a abilităților și competențelor dobândite pe baza experienței și/sau prin intermediul învățării pe tot parcursul vieții.

La acest moment se poate constata faptul că instituțiile competente nu au inițiat demersurile firești pentru respectarea drepturilor asistentelor medicale, preferând fie programul de revalorizare (indi-

[14] Revalorizarea a fost introdusă ca posibilitate prin ORDIN Nr. 5114 din 15 decembrie 2014 privind aprobarea Metodologiei de organizare, desfăşurare şi finalizare a programului special de revalorizare a formării iniţiale de asistent medical generali

căm mai jos câteva din problemele programului de revalorizare), fie obligarea reluării complete a studiilor prin intermediul facultăților de asistență medicală.

3.1. Legea nr. 1/2011 (legea învățământului)

Principala problemă este generată de art. 174, alin. (6) din legea nr. 1/2011 (Legea învățământului), care interzice recunoașterea universitară a creditelor obținute în învățământul postliceal: „În învăţământul superior din domeniul sănătate nu se pot transforma în credite echivalate şi transfera studiile obţinute în învăţământul postliceal." În felul acesta, putem identifica un impediment legal în calea traseului firesc al asistentelor medicale absolvente de postliceală, care au început formarea înainte de 1 ianuarie 2007. Această prevedere ridică două probleme juridice majore:

a) Prevederea are un caracter discriminatoriu, excluzând asistentele medicale din rândul cetățenilor care pot beneficia de mecanismul creditelor transferabile. Este suficientă în acest sens menționarea prevederilor art. 44, alin. (10): „Creditele pentru educație și formare profesională obținute în învățământul postliceal pot fi recunoscute pentru absolvenții cu diplomă de bacalaureat de către universități, în baza deciziilor senatului universitar, ca unități de credite de studii transferabile pentru nivelul licență." Cu alte cuvinte, este evident faptul că suntem fie în situația unei discriminări, fie în cea a unei derogări de la prevederile generale. În contextul principiilor stabilite de legislația U.E., anterior amintite, este evident că nu este vorba de o derogare, ci de prevederi cu caracter discriminatoriu.
b) Directiva 55/UE/2013 a apărut ulterior Legii nr. 1/2011, fiind evidentă necesitatea adaptării ei la noile prevederi.

3.2. Programul de revalorizare

3.2.1. În cazul asistentelor medicale care au lucrat continuu cel puțin 3 ani în ultimii 5 ani programul de revalorizare este lipsit de utilitate practică

Scopul programului de revalorizare, prevăzut de Ordinul comun al Ministrului Educaţiei Naţionale şi Ministrului Sănătăţii nr. 4.317/943/2014, îl constituie recunoașterea automată a calificării asistentelor medicale cărora acest program le este aplicabil.

În cazul asistentelor medicale absolvente de postliceală, care au lucrat cel puțin 3 ani în ultimii 5, revalorizarea are drept singur rezultat reducerea procedurii birocratice, acestora fiindu-le deja recunoscută deja calificarea în baza unui certificat. În acest sens indicăm faptul că Directiva 36/UE/2005, în forma modificată de Directiva 55/UE/2013 prevede, la art. 33a în ceea ce privește condițiile de recunoaștere a calificării de asistent medical:

> În ceea ce privește calificarea românească de asistent medical generalist, se aplică numai următoarele dispoziții în materie de drepturi dobândite:
> În cazul resortisanților statelor membre care au fost formați ca asistenți medicali generaliști în România și **a căror formare nu îndeplinește cerințele minime de formare stabilite la articolul 31**, statele membre recunosc drept suficiente următoarele titluri de calificare de asistent medical generalist, **cu condiția ca titlurile respective să fie însoțite de un certificat care să ateste că respectivii resortisanți ai unui stat membru au exercitat efectiv și legal activitățile de asistent medical generalist în România, inclusiv asumând responsabilitate deplină pentru planificarea, organiza-**

rea și acordarea de asistență medicală pacienților, pentru o perioadă de cel puțin trei ani consecutivi în decursul celor cinci ani care preced data eliberării certificatului:

(a) Certificat de competențe profesionale de asistent medical generalist cu studii postsecundare absolvite în cadrul unei școli postliceale, atestând o formare începută înainte de 1 ianuarie 2007;

(b) Diplomă de absolvire de asistent medical generalist cu studii universitare de scurtă durată, atestând o formare începută înainte de 1 octombrie 2003;

(c) Diplomă de licență de asistent medical generalist cu studii universitare de lungă durată, atestând o formare începută înainte de 1 octombrie 2003. (s.n.)

După cum se poate observa, asistentele medicale (resortisante) care au început școala postliceală înainte de 1 ianuarie 2007 și care au fost angajate în această calitate cel puțin 3 ani consecutivi în ultimii 5 ani (solicitând/deținând un certificat în acest sens), **beneficiază de recunoașterea calificării în baza principiului respectării drepturilor dobândite.**

Dacă avem în vedere programul de revalorizare inițiat de Ministerul Sănătății și de OAMMR (Ordinul 4317/11.08.2014, publicat în MO nr. 624 din 26.08.2014) putem observa următoarele:

a) Programul de revalorizare se adresează celor care au dobândit formarea inițială de asistent medical generalist anterior datei de 1 ianuarie 2007, în timp ce Directiva îi vizează în această categorie pe cei care au început formarea inițială de asistent medical generalist. În felul acesta, trei generații de absolvenți sunt excluse în mod ilegal, respectiv absolvenții din 2007, 2008 și 2009.

b) Programul de revalorizare nu are o utilitate practică (în ceea ce privește efectele legale din acest moment) pentru toate asistentele medicale care au început școala postliceală înainte de 1 ianuarie 2007 și care au fost angajate în această calitate cel puțin 3 ani consecutivi în ultimii 5 ani (solicitând/deținând un certificat în acest sens), acestea beneficiind **de recunoașterea calificării în baza principiului respectării drepturilor dobândite.** Aceasta este ruta alternativă de recunoaștere, raportat la cerințele minime de formare stabilite în articolul 31 al Directivei (ex. minim 4600 de ore de formare în cel puțin 3 ani de studiu).

Una din consecințele evidente ale acestei analize o constituie faptul că exercitarea activității profesionale în mod continuu minim 3 ani în ultimii 5 ani (dublată de dovada asumării responsabilității depline pentru planificarea, organizarea și acordarea de asistență medicală pacienților) are o importanță egală cu activitățile de formare desfășurate în cadrul programului de revalorizare.

3.2.2. Programul de revalorizarea își propune doar „revalorizarea externă", ratând necesara „revalorizare internă", numită în mod curent *echivalare*

Dacă ne raportăm la intenția actelor normative privind revalorizarea, este evidentă dorința de a satisface cerințele directivelor în privința nivelului de formare minim obligatoriu pentru recunoașterea automată a calificării în alte state ale U.E. Altfel spus, este vorba de o „revalorizare externă", fără consecințe în plan intern (anunțate în actele normative) asupra statutului profesional al absolvenților acestor cursuri. Ceea ce înseamnă de fapt că programul de revalorizare generează un alt nivel de formare al asistentelor medicale, în contextul în care această profesie are deja suferințe majore determinate pe această temă.

Critica noastră are în vedere, așa cum vom arăta mai jos, necesitatea „unificării acestei profesii", respectiv aducerea tuturor asistentelor medicale care-și exercită activitatea la același nivel, recunoscut, al formării de bază. Din această perspectivă, considerăm că se impune ca programul de reva-

lorizare să asigure simultan și „revalorizarea internă”, aceasta fiind conformă cu principiile drepturilor dobândite, formării profesionale asimilate și principiul formării echivalente.

3.3. Câteva considerații privind dreptul la propria profesie

Considerăm că principalul fundament al echivalării îl constituie dreptul asistentelor medicale la propria profesie, ca formă de protecție împotriva modificării tipurilor de formare inițială. Acest drept poate fi derivat atât din drepturile constituționale ale cetățeanului cât și din principiul drepturilor obținute stipulat în textul Directivei 36/2015.

Raportat la tema în discuție, respectiv echivalarea asistentelor medicale absolvente de postliceală cu asistentele medicale absolvente de studii universitare, se poate ridica în mod firesc întrebarea dacă acest drept este încălcat în condițiile în care asistentele medicale absolvente de postliceală își pot desfășura în continuare în mod liber activitatea profesională. Dacă ne raportăm la nivelul maxim de afectare posibil, respectiv pierderea dreptului de a-și exercita profesia, este evident că nu ne aflăm într-o astfel de situație. Însă, la fel de evidentă este încălcarea acestui drept în momentul în care privim situația din perspectiva posibilităților de avansare profesională: asistentele medicale absolvente de postliceală sunt obligate să parcurgă întregul program de formare universitară dacă vor să acceadă la acest nou nivel profesional, al cărui corespondent esențial îl constituie un nivel de salarizare mai mare. Pentru ca perspectiva să fie suficient de evidentă, reamintim faptul că cele două categorii de asistente medicale, respectiv cele absolvente de postliceală și cele absolvente de studii universitare, au la momentul actual exact aceleași atribuții profesionale. Cu alte cuvinte, nu suntem în situația unei profesii diferite și nici măcar a unei diferențe între atribuțiile profesionale. Parcurgerea întregului traseu de pregătire universitară înseamnă în aceste condiții obligația reluării formării profesionale pentru competențe ce sunt deja recunoscute pentru desfășurarea activității, ceea ce echivalează de fapt cu nerecunoașterea acestor competențe din perspectiva accederii la noul nivel profesional.

4. Procedura aplicabilă echivalării, în conformitate cu principiile și prevederile enunțate anterior

De lege ferenda, considerăm că se impune transpunerea în legislația națională a principiilor stabilite în directive privind recunoașterea calificării, asigurând astfel echivalarea, respectiv „revalorizarea internă”. Nivelul de referință pentru echivalare trebuie să-l constituie studiile universitare, el generând standardele în domeniu atât în privința competențelor cât și în cea a drepturilor salariale. Acest lucru se poate realiza prin intermediul următoarelor proceduri:

4.1. Recunoașterea universitară a creditelor obținute în învățământul postliceal

Este principala propunere *de lege ferenda,* constând în abrogarea prevederilor alin. (6) al art. 174, din legea nr. 1/2011. Motivația este asigurată atât de necesitatea eliminării discriminării absolvenților școlilor postliceale sanitare cât și de contextul creat de Directiva 2013/55/UE. Comparativ cu soluția pe care-o propunem la punctul 4.2, acest tip de demers este lipsit de posibilitatea recunoașterii competențelor dobândite în mod informal și/sau bazate pe experiența profesională.

4.2. Bilanțul de competențe urmat de completarea formării pentru competențele suplimentare, necesare noului nivel profesional

4.2.1. Bilanțul de competențe

Primul pas al procesului de echivalare/revalorizare pe care-l propunem în prezentul articol îl constituie bilanțul de competențe. Bilanțul de competențe presupune evaluarea tuturor competențelor pe care le dețin asistentele medicale, indiferent de modalitatea în care le-au obținut, luând în considerare toate modalitățile de evaluare prevăzute de cele două directive. Într-o expunere succintă, bilanțul de competențe presupune următorii pași logici:

1. Identificarea tuturor competențelor dobândite prin formarea inițială, certificate prin diplomele obținute în urma acestor forme de absolvire.
2. Identificarea competențelor obținute în urma absolvirii diferitelor cursuri de inițiere/specializare.
3. Identificarea tuturor competențelor obținute în urma formării profesionale continue.
4. Identificarea și validarea competențelor obținute în baza experienței profesionale.
5. Validarea competențelor obținute în mod informal.
6. Identificarea experiențelor profesionale ce pot fi asimilate orelor de practică clinică.

Punctele 2, 3, 4 și 5 din procedură se bazează pe aplicarea următoarelor principii prevăzute în directive:

a) principiul drepturilor dobândite;
b) principiului utilității experienței în completarea competențelor profesionale;
c) principiului validării învățării pe tot parcursul vieții**,** respectiv luarea în considerare a *tuturor formelor de învățământ general, educație și formare profesională, educație nonformală și învățare informală urmate pe tot parcursul vieții, având ca rezultat o îmbunătățire a cunoștințelor, abilităților și competențelor, care pot include etica profesională;*
d) principiul formării profesionale asimilate;
e) principiul exceptării de la unele părți ale formării;
f) principiul completării competențelor prin intermediul demonstrării acestora în cadrul unor probe;
g) principiul echivalării.

Bilanțul de competențe trebuie aplicat în mod individual fiecărei asistente medicale care solicită acest lucru, rezultatul acestui proces constituindu-l tabloul competențelor individuale. El este o condiție prealabilă procesului de echivalarea/revalorizare, având ca miză din această perspectivă stabilirea diferențelor față de competențele necesare trecerii la un alt nivel profesional: asistentele medicale absolvente de studii universitare. Raportat la punctul II, pe care-l menționăm în continuare, din perspectiva asistentelor medicale esența bilanțului de competențe este reprezentantă de recunoașterea unui număr de credite, dublată de posibilitatea de a completa diferența în cadrul învățământului universitar. Generalizând, estimăm că prin intermediul bilanțului de competențe se poate ajunge la recunoașterea a minim 120 de credite, aceasta putând ajunge la 180 de credite.[15]

[15] În unele cazuri chiar peste 180 de credite.

4.2.2. Completarea competențelor

Cel de-al doilea pas al procesului de echivalare/revalorizare îl constituie completarea competențelor prin intermediul formării. Ținând cont de faptul că nivelul profesional avut în vedere îl constituie *asistenta medicală absolventă de studii universitare*, este evident că formare pentru completarea competențelor trebuie desfășurată în mediul universitar. Această soluție nu constituie o forțare a cadrul universitar de formare, fiind în perfect acord cu sistemul creditelor transferabile, completat cu cel al recunoașterii competențelor dobândite informal sau pe baza experienței. Dacă ne raportăm la estimarea pe care am menționat-o la punctul I, completarea competențelor în cadrul învățământului universitar ar presupune o durată de studii efective cuprinse între unul și doi ani universitari.

Rezultatul final al acestui proces îl constituie examenul de absolvire al formării universitare, respectiv diplomele de licență pentru absolventele acestui proces.

4.3. Ghidul de bune practici în domeniul echivalării

În cadrul proiectului *Cadru metodologic privind recunoașterea si echivalarea competențelor profesionale dobândite formal, nonformal sau informal de către asistenții medicali care nu au urmat studii universitare de licență*, POSDRU/155/1.2/S/141134, Ministerul Educației și Cercetării Științifice a elaborat un Ghid de bune practici (în continuare Ghid) având același titlu cu proiectul.[16]

Deși în conținutul Ghidului este recunoscută în bună măsură dimensiunea problemei și sunt propuse câteva soluții, în acord cu documentele publicate și înaintate de noi pe această instituțiilor relevante ale statului, anterior apariției acestui document, vom arăta în continuare câteva din lipsurile acestuia raportat la prevederile legale ale U.E. și la ceea ce considerăm a fi un traseu firesc de carieră pentru asistentele medicale. Criticile aduse acestui Ghid trebuie interpretate și ca o modalitate complementară prin care arătăm soluțiile pe care le considerăm corecte.

În ordinea apariției lor în cadrul acestui document problemele sunt următoarele:

- Nu putem fi de acord cu autorii ghidului în ceea ce privește irelevanța termenului echivalare raportat la propunerile din prezentul articol,[17] întregul proces fiind unul de aducere a asistentelor medicale la același nivel al competențelor certificate, în cadrul procesului de unificare a acestei profesii.

- Concursul de admitere în învățământul superior[18] constituie o soluție acceptabilă doar în situația unui număr foarte mare de persoane înscrise pe locurile special alocate procesului de echivalare.

- Universitățile în care se poate desfășura completarea cursurilor sunt cele care au programe acreditate sau autorizate de formare a asistentelor medicale, soluția propusă în Ghid, respectiv doar universitățile autorizate, fiind discriminatorie.[19] Evident, introducerea în listă a universităților care au programe autorizate se face cu luarea în considerare a obligației de a desfășura examenul de licență într-un centru universitar cu un astfel de program acreditat.

---

[16] http://echivalarestudiiasistenti.ro/images/pdf/Ghid_de_bune_practici_A2.6.pdf

[17] Cadru metodologic privind recunoașterea si echivalarea competențelor profesionale dobândite formal, nonformal sau informal de către asistenții medicali care nu au urmat studii universitare de licență, Ghid de bune practici (în continuare Ghid), p.3.

[18] Prevăzut în Ghid la p. 3.

[19] Ghidul, p. 3. În condițiile în care o universitate ce are un program autorizat de studii poate desfășura formare pentru asistentele medicale în mod regulat, este firesc să poată face acest lucru și în cazul procesului de echivalare.

- Ghidul nu include în competențele dobândite în mod formal și pe cele rezultate din educația medicală continuă, raportându-se doar la curriculumul școlii postliceale.[20] Chiar dacă necesitatea de a compara curriculumul școlii postliceale cu cea a programului universitar ce conduce la calificarea de asistent medical o considerăm necesară avem câteva obiecții față de mecanismul propus în cadrul ghidului:

- Procentul corespondenței de 75% între disciplinele din cele două planuri de învățământ drept condiție a admiterii în cadrul unui astfel de program este arbitrar stabilit. De asemenea, considerăm că este necesară și stabilirea variantelor alternative de completare a competențelor, indiferent de gradul de corespondență. În acest sens, formula recunoașterii proporționale dublată de completarea studiilor în funcție de rezultat este cea mai adecvată.

- Evaluarea competențelor dobândite în mod formal în cadrul procesului de raportare trebuie să ia în considerare rezultatele tuturor tipurilor de formare urmate de candidat până la momentul evaluării. Demn de remarcat în acest sens este faptul că o bună parte din această pregătire a fost realizată de organismul profesional în cadrul unor planuri de formare anuală, diplomele/certificatele acordate putând fi luate în considerare ca documente oficiale.

- Evaluarea nivelului de formare certificată pe care o dețin asistentele medicale trebuie să se raporteze la disciplinele fundamentale din planul de învățământ al programului universitar avut în vedere,[21] la care pot fi adăugate cel mult disciplinele în domeniu și de specialitate. Această abordare firească evidențiază și ea faptul că procentul de 75% ca prag minim al corespondenței dintre plan de învățământ nu este relevant.

- Esența procesului de recunoaștere stabilit în Ghid este următoarea: „Recunoașterea competentelor profesionale dobândite formal, non formal și informal de către asistenții medicali care nu au diploma de licență se va face în urma promovării unor examene/teste și/sau probe de evaluare practică din curriculumul fiecărei discipline din planul de învățământ, teste similare cu cele susținute de orice student de la facultatea de asistenți medicali."[22] Această abordare o considerăm eronată în privința următoarelor aspecte:

- Nu ia în considerare exemplele pe care le indică în studiile de caz. Este suficient să observăm exemplul Belgiei furnizat în Ghid:[23]
  - ✓ Asistentele medicale (echivalentul absolventele de postliceală din România) beneficiază de recunoașterea automată a 60 de credite[24] la programul de formare tip pod (bridge), rămânându-le de obținut diferența de 120 de credite într-un sistem special conceput pentru ele, bazat pe validarea învățării pe tot parcursul vieții.
  - ✓ Analiza atentă ne indică faptul că, translând exemplul în România, nu este vorba de recunoașterea unui an de studii, ci de recunoașterea a 33,3% din credite, adică de 80 de credite. Or, Ghidul nu indică nici măcar acest nivel firesc al recunoașterii ca punct de pornire al echivalării.
  - ✓ Din cele 120 de credite pe care trebuie să le obțină în cei doi ani 60 sunt de teorie și 56 de experiență profesională/practică (la care se adaugă 4 credite pentru pregă-

[20] Ghidul, p. 4.
[21] Mai mult decât atât, chiar și disciplinele fundamentale pot fi reduse la acelea care asigură competențele prevăzute la art. 31, alin. 6 din Directivă.
[22] Ghidul, p. 5.
[23] Ghidul, pp. 9-16.
[24] Ghidul, pp. 12, 13.

tirea lucrării de licență).[25] Dacă luăm în considerare faptul că experiența profesională poate fi dobândită în cadrul activităților profesionale desfășurate în activitatea curentă[26] constatăm că obligațiile de formare/participare la examene vizează de fapt cursuri ce au un număr total de 60 de credite, la care se adaugă lucrarea de licență. În sistemul românesc de învățământ 60 de credite echivalează cu un an universitar.

- nu ia în considerare certificările dobândite în cazul învățământului formal;
- nu ia în considerare variabila „nivel minim de practică profesională" prevăzută în directive;
- nu este conformă principiului utilității/utilizării experienței în completarea competențelor profesionale;
- nu se încadrează în spiritul principiului validării învățării pe tot parcursul vieții de către un organism relevant.

- Soluțiile propuse în cadrul Ghidului nu sunt coerente cu exemplele pe care le dă la studiile de caz în ceea ce privește recunoașterea creditelor: „Scutiri: calificările și competențele. Calificările: sunt scutiți de 60 de credite transferabile cei care au absolvit nivelul 5 în nursing (școala post-secundară – n.a. școala post-liceală în România); sunt scutiți de credite în plus cei care au competențe pe care le utilizează (cu alte cuvinte primesc ECTS pentru ceea ce știu să facă)…. Și vechimea este un criteriu de competență; astfel, o persoană cu peste 20 ani vechime este scutită de a mai face unele credite."[27]

Analiza de ansamblu a conținutului Ghidului scoate în evidență faptul că procedura propusă în cadrul acestuia nu este coerentă cu studiile de caz pe care le dă ca exemplu, în special cu cel al Belgia, care are gradul cel mai ridicat de relevanță.[28] Putem astfel considera că este vorba mai curând de „un exemplu de rele practici, care citează exemple de bune practici (fără a le prelua în propuneri)".

Câteva concluzii

Este evident că această procedură nu este aplicabilă în situația absolventelor de postliceală care nu au luat examenul de bacalaureat. De altfel, condiția examenului de bacalaureat pentru admiterea într-o formă de pregătire a asistentelor medicale este prevăzută în mod expres de art. 31, alin. 1) al Directivei 55/UE/2013. Mai mult decât atât, considerăm că o astfel de abordare presupune eliminarea formării asistentelor medicale prin intermediul școlilor postliceale și menținerea învățământului universitar ca unică formă de pregătire inițială, precum și un termen de 6 ani pentru ca toate asistentele medicale să parcurgă procedura de echivalare, ajungând la un nivel similar studiilor universitare (prin mecanismul amintit mai sus), definitivând astfel procesul de unificare a tipurilor de formare profesională.

[25] Ghidul, p. 13.
[26] Reamintim aici că subiectul acestui articol este centrat pe situația asistentelor medicale absolvente de postliceală angajate, care au început formarea înainte de 1 ianuarie 2007.
[27] Ghidul, p. 14.
[28] Alături de exemplul Belgiei pot fi indicate și altele, cu ar fi cel al Polonia (care se regăsește inclusiv în textul directivei) sau al Italiei, toate aplicând sisteme foarte apropiate de modelul pe care noi îl propunem în cadrul prezentului articol.

Bibliografie

Directiva 2005/36/CE
Directivei 55/UE/2013
Legea nr. 1/2011
Ordinul comun al Ministrului Educaţiei Naţionale şi Ministrului Sănătăţii nr. 4.317/943/2014, publicat în MO nr. 624 din 26.08.2014.

Viorel, Rotilă (coord.); Vasile, Andrieș; Georgiana, Ciobanu; Lidia, Celmare; Traian, Palade, *Studiul privind nevoile specifice de consiliere si orientare profesionala ale salariatilor din sanatate. Studiu de caz: regiunea Sud-Est*, Editura Sodalitas, Galați, 2013.

Cadru metodologic privind recunoașterea si echivalarea competențelor profesionale dobândite formal, nonformal sau informal de către asistenții medicali care nu au urmat studii universitare de licență, Ghid de bune practici, 2015, elaborat în cadrul proiectului POSDRU/155/1.2/S/141134, http://echivalarestudiiasistenti.ro/images/pdf/Ghid_de_bune_practici_A2.6.pdf

Federația „Solidaritatea Sanitară” din România
F.S.S.R.

STUDIU

PRIVIND SITUAȚIA ASISTENȚILOR MEDICALI DIN UNITĂȚILE SANITARE PUBLICE DIN ROMÂNIA

EDITURA SODALITAS

Colecţia

Sociologie medicală

Studiu privind situația asistenților medicali din unitățile sanitare publice din România

Autor: Lect. univ. dr. ROTILĂ Viorel

EDITURA SODALITAS
Mai 2014

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”
Str. Culturii, nr. 10, Galați
Telefon: 0336.106.365
Fax: 0336:109.281
Email: contact@cercetare-sociala.ro
www.cercetare-sociala.ro

Copyright © 2014
Toate drepturile sunt rezervate Editurii SODALITAS
Printed in Romania

Cuprins

Introducere 4
Precizări metodologice 4
Evoluția numărului de salariați în sectorul public de sănătate 5
Sarcinile de serviciu: numărul de pacienți îngrijiți 6
Formarea noilor asistente medicale 8
Calvarul formării profesionale a asistentelor medicale 11
Concluzii 12

Introducere

Prezentul studiu, concentrat pe analiza datelor statistice ale Institutului Național de Statistică accesibile public, este determinat de dorința clarificării unui subiect extrem de sensibil al sistemului sanitar românesc, *situația asistentelor medicale*, abordarea fiind orientată în special către problemele asistentelor medicale din sectorul public de sănătate.

Studiul, desfășurat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltarea Socială „Solidaritatea”, este unul dintr-o serie lungă de cercetări și studii asupra problemelor sistemului sanitar românesc, el situându-se în contextul unei direcții de cercetare și acțiune centrată pe problema calității vieții profesionale a salariaților din Sănătate și influența acesteia asupra calității serviciilor medicale.

În aceste condiții, temele centrale ale abordării sunt migrația asistentelor medicale, deficitul de personal, calitatea vieții profesionale a salariatelor din sectorul public și impactul pe care aceste fenomene îl au asupra capacității de-a acorda îngrijiri de sănătate a spitalelor publice din România.

Deoarece datele disponibile ale INS referitoare la sistemul sanitar acoperă o perioadă de 22 de ani, la care se adaugă informații din alte surse și estimări ale evoluțiilor pe baza primelor, prezentul studiu poate fi considerat o analiză longitudinală, perioadele de referință acoperind aproape un sfert de secol, respectiv întreaga perioadă post-revoluționară.

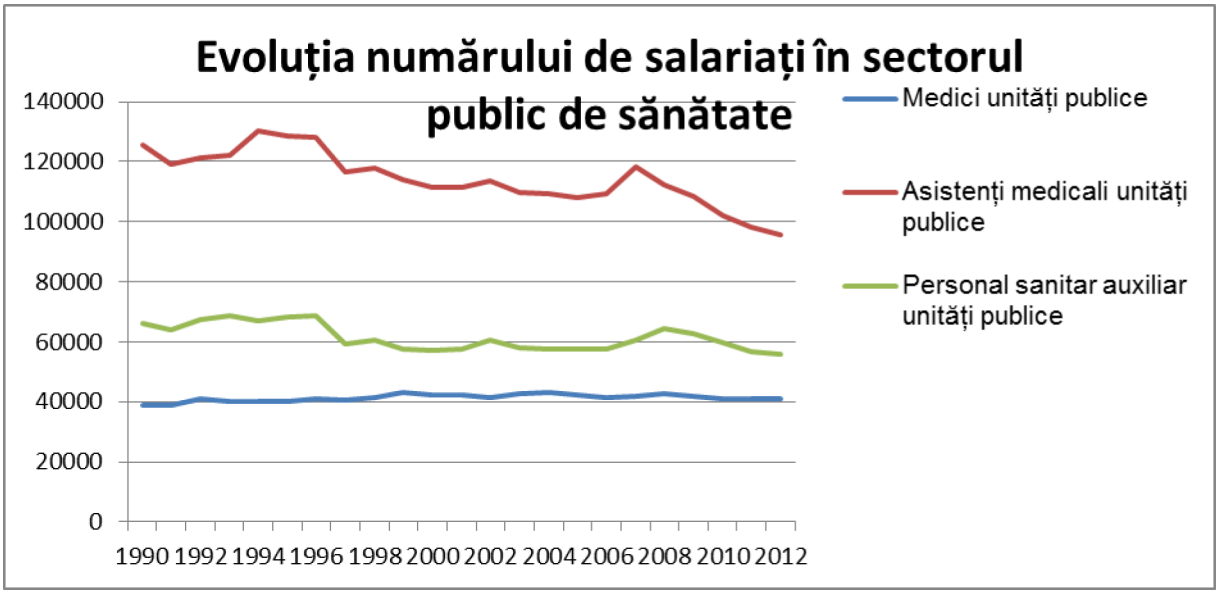
Precizări metodologice

Prezentele date statistice au fost obținute prin preluarea informațiilor furnizate de Institutul Național de Statistică, baza de date TEMPO –online: https://statistici.insse.ro/shop/ ,[1] în perioada 16-19.05.2014.

Analiza datelor statistice are ca perioadă de referință intervalul 1990 -2012, acesta fiind singurul interval pentru care sunt disponibile informații statistice privitoare la Sănătate în cadrul bazei de date a INS interogate. În unele cazuri, pentru a ilustra cât mai adecvat situația prezentă, am recurs la completarea informațiilor din alte surse și, mai ales, la estimarea unor cifre pentru anii 2013 și începutul anului 2014 pe baza datelor inițiale.

[1] Interogarea bazelor de date ale INS s-a făcut pe contul Rotilă Viorel.

Evoluția numărului de salariați în sectorul public de sănătate



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Medici unități publice	38997	39041	40829	40265	40114	40112	40919	40378	41310	42975	42371	42339	41547	42538	42960	42333	41455	41736	42699	41861	41176	41171	40956
Asistenți medicali unități p	125484	118958	121172	122166	130093	128460	128038	116712	117719	114027	111326	111263	113620	109668	109131	108202	109153	118424	112321	108286	102026	98212	95484
Personal sanitar auxiliar u	66063	64220	67548	68689	67224	68164	68672	59441	60584	57493	57344	57608	60673	57884	57773	57772	57752	60794	64405	62564	59822	56884	55717

Cea mai semnificativă pierdere este înregistrată la categoria asistentelor medicale: o scădere de la 125484 asistente în 1990, la 95484 în 2012; cu alte cuvinte, față de anul 1990, în sistemul public numărul asistentelor medicale a scăzut cu 30.000 (cca. 25%). Cea mai dramatică scădere a numărului de asistente medicale a avut loc în perioada 2007 – 2012: 23.000; cu alte cuvinte, în acest interval sistemul public de sănătate a pierdut 17% din asistentele medicale.

Având în vedere faptul că în anul 2008 a fost crescută vârsta de pensionare a asistentelor medicale de la 58 de ani la 65 de ani (prin OUG nr. 144/2008), respectiv a început să fie reținută în activitate o întreagă generație de asistente medicale, o parte din pierderi a fost compensată prin intermediul continuării activității asistentelor medicale rămase, care îndeplineau condițiile standard de pensionare. Această măsură a condus însă la accentuarea îmbătrânirii acestei categorii profesionale, adică la scăderea capacității unităților sanitare de furnizare a serviciilor medicale.

Cifrele confirmă estimările noastre din ultimii 6 ani conform cărora asistentele medicale din sistemul public de sănătate constituie cel mai important flux migrator profesional din România, fiind fenomenul cu cel mai mare impact negativ. Din perspectiva cauzelor plecării, conform studiilor anterioare,[2] pe primul loc se situează condițiile de muncă și nivelul de salarizare, ceea ce indică faptul că acesta este segmentul profesional care suferă cel mai mult din perspectiva nivelului salariilor și a condițiilor de muncă, ambele necesitând o intervenție urgentă.

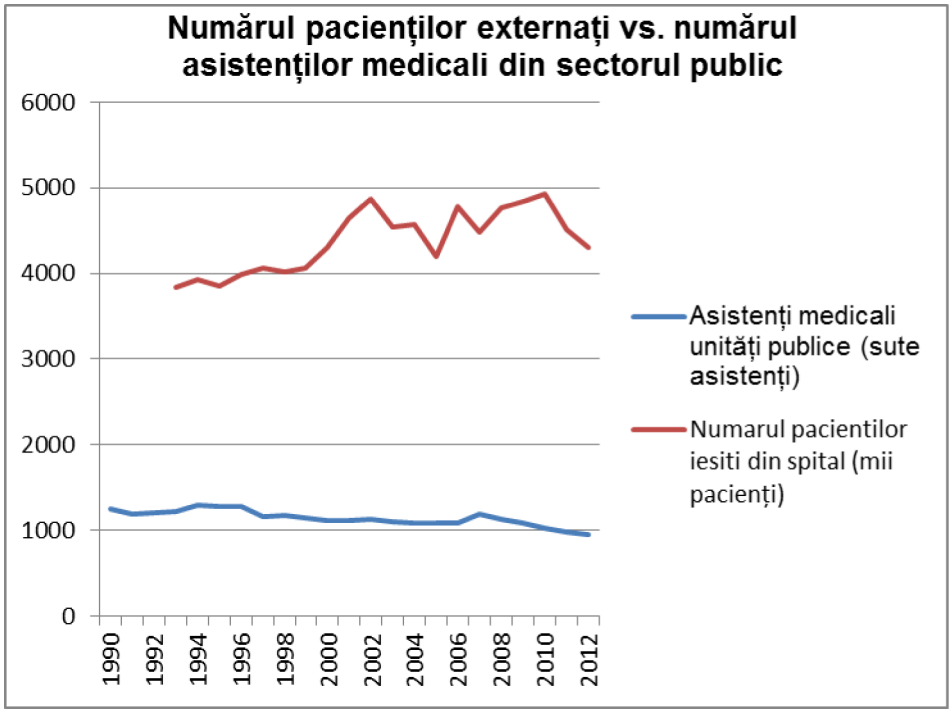
[2] A se vedea http://cercetare-sociala.ro/ro/studii-realizate.html

Pe locul al doilea se situează categoria *Personal sanitar auxiliar unități publice*, care a scăzut în același interval de la 66.063 salariați în 1990 la 55.717 în 2012, adică o reducere de cca. 16% (cu 10.346 mai puțini salariați).

Dacă avem în vedere faptul că cele două categorii de personal se ocupă de două paliere diferite ale îngrijirilor de sănătate, reiese faptul că într-un sfert de secol îngrijirile de sănătate din sectorul public au pierdut peste 40.000 de salariați (pe fondul creșterii numărului de pacienți). Observăm astfel că îngrijirile de sănătate din sectorul public înregistrează cea mai gravă criză a sectorului sanitar.

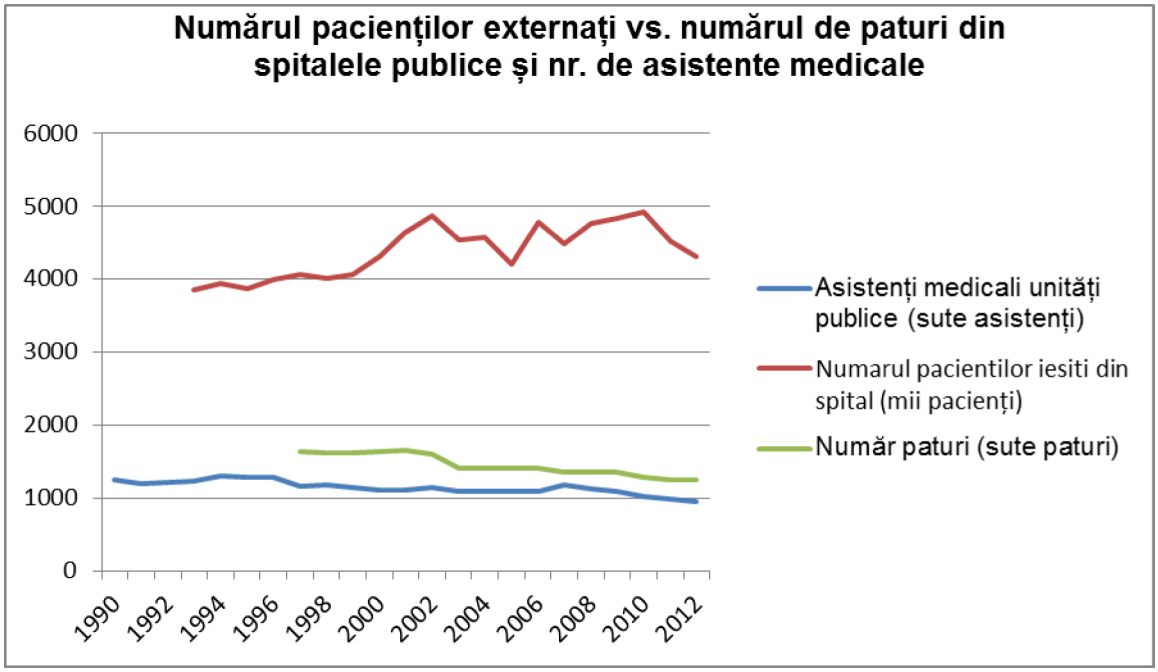
Această criză fără precedent de personal medical de îngrijire pe care o traversează sistemul public de sănătate este declanșată și întreținută în special de măsura blocării angajărilor în acest sector. Dacă această strategie de reducere a cheltuielilor publice a avut o evoluție previzibilă în alte sectoare, în sectorul sanitar ea a fost scăpată de sub control, fiind potențată de ponderea extrem de mare a celor care au plecat, adică de impactul migrației. În aceste condiții, considerăm că se poate vorbi în mod întemeiat de un dezastru al capacității de furnizare a serviciilor de îngrijire în care se află sectorul public de sănătate.

Sarcinile de serviciu: numărul de pacienți îngrijiți



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Asistenți medicali unități publice	1254	1189	1211	1221	1300	1284	1280	1167	1177	1140	1113	1112	1136	1096	1091	1082	1091	1184	1123	1082	1020	982	954
Numarul pacientilor iesiti din spital (mii pacienți)				3842	3932	3857	3984	4066	4010	4060	4303	4640	4867	4538	4569	4201	4782	4483	4765	4834	**4923**	**4516**	4305

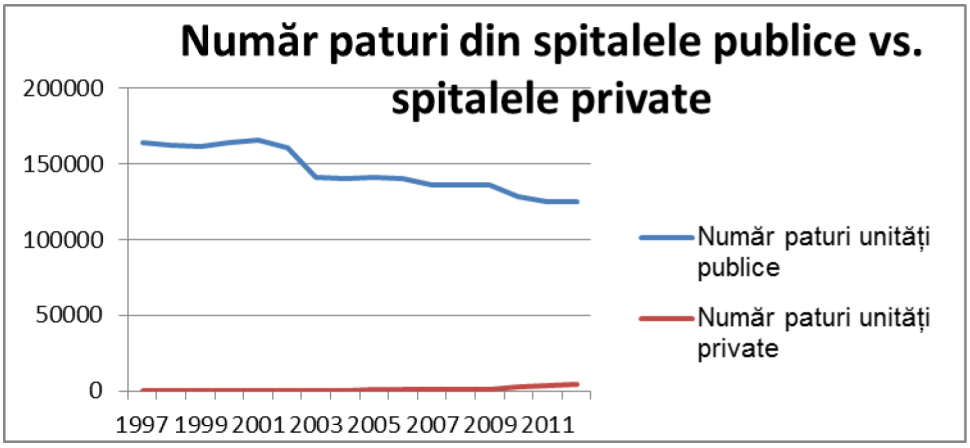
În ultimii 23 de ani numărul pacienților a crescut cu 12% , în timp ce numărul asistentelor medicale a scăzut cu cca. 25%. Situația indică o creștere cu aproape 40% a sarcinilor de serviciu în acest interval (ea fiind și mai mare dacă luăm în considerare anii în care numărul de pacienți a depășit nivelul din 2012).



	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Asistenți medicali unități publice	1254	1189	1211	1221	1300	1284	1280	1167	1177	1140	1113	1112	1136	1096	1091	1082	1091	1184	1123	1082	1020	982	954
Numarul pacientilor iesiti din spital (mii pacienți)				3842	3932	3857	3984	4066	4010	4060	4303	4640	4867	4538	4569	4201	4782	4483	4765	4834	**4923**	**4516**	4305
Număr paturi (sute paturi)								1637	1619	1616	1642	1653	1603	1408	1404	1409	1397	1356	1356	1360	1279	1246	1252

Numărul de pacienți a crescut cu 12% în timp ce numărul de paturi și de asistente mediale a scăzut fiecare cu câte 25%. Ceea ce înseamnă o creștere a gradului de utilizare a paturilor cât și o intensificare a activității asistentelor medicale. O asistentă medicală îngrijea, în medie, 31 de pacienți pe an în 1992, în timp ce în 2012 o asistentă medicală îngrijea în medie 45 de pacienți, ceea ce înseamnă o creștere medie cu 32% a volumului de muncă raportat la anul 1992.

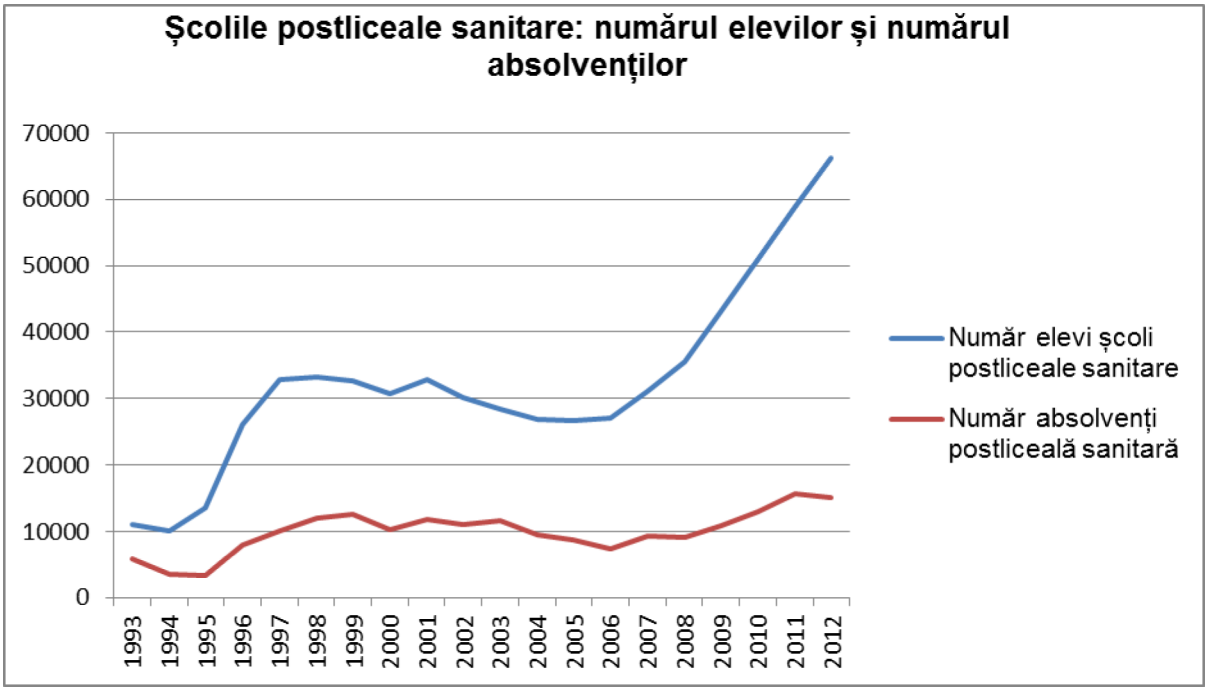
Precizăm că analiza se bazează pe prezumția tratării marii majorități a pacienților în unitățile sanitare publice. În acest sens, considerăm relevantă distribuția numărului de paturi între sectorul public și cel privat, paturile din spitalele private reprezentând doar 3,2% din totalul nr. de paturi, după cum reiese din figura de mai jos:



	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Număr pa	163787	161952	161651	164294	165355	160376	140818	140406	140919	139785	135650	135667	136054	127949	124667	125226
Număr pa	63	39	59	41	55	87	63	544	650	809	945	1108	1366	2742	3549	4171

Formarea noilor asistente medicale

Deoarece deficitul de asistente medicale în unitățile sanitare publice este unul incontestabil, am dorit să aflăm dacă acesta se datorează unui deficit general de asistente medicale la nivelul României generat de contextul migrației.

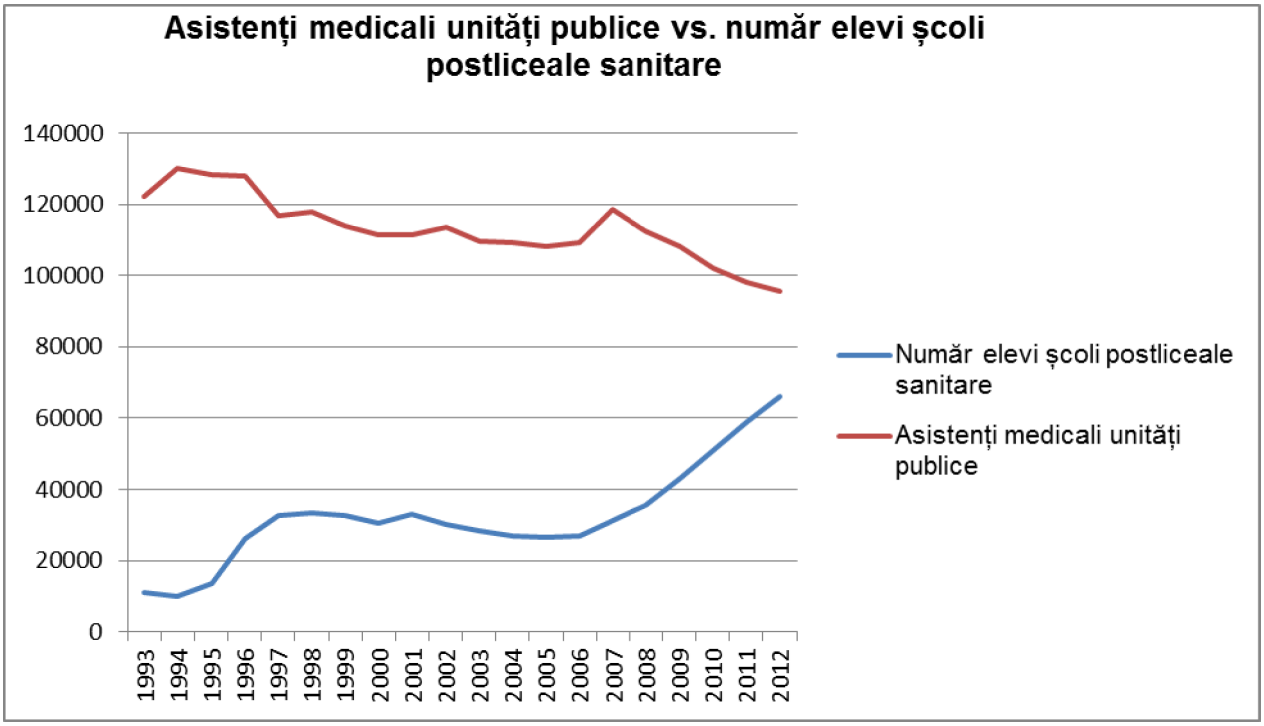


	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Număr elevi școli postliceale sanitare	11116	10108	13570	26148	32842	33295	32672	30650	32933	30176	28425	26928	26677	26982	31183	35554	43044	51009	58941	66262
Număr absolvenți postliceală sanitară	5770	3522	3353	8006	10062	12083	12619	10286	11780	11067	11616	9460	8664	7358	9252	9102	10835	12890	15698	

Numărul elevilor la școli postliceale sanitare **a crescut de la 11.116 în 1993, la 66.262 în 2012,** adică **o creșterea cu cca. 600%**. Defalcând pe ani de studii, constatăm că **în intervalul 1993-2012 numărul absolvenților este de 183.423**, cu mult peste rata de înlocuire a salariaților existenți.

Având însă în vedere faptul că până în anul 2000 au absolvit această formă de școlarizare și personale care erau deja angajate (trecerea de la *soră medicală* – absolventele de liceu sanitar, la *asistentă medicală*), considerăm că perioada 2000-2013 poate fi considerată una mult mai clară în ceea ce privește formarea noilor asistente medicale. În acest sens, observăm că **în intervalul 2000-2011 numărul de absolvenți este de 128.008.** În anul 2012 numărul absolvenților poate fi estimat la cca. 15.000, în anul 2013 - 20.000 iar în anul 2014 la cca. 25.000; ceea ce înseamnă **cca. 185.000 de asistente medicale formate în perioada 2000-2014**, adică aproape dublul numărului de asistente medicale ce lucrează în sectorul public. Precizăm că acesta nu este numărul total de asistente medicale absolvente, el neluând în calcul absolventele de colegiu și de facultate.[3]

[3] Cifrele în acest sens nu au putut fi găsite. De altfel, statisticile în ceea ce privește asistentele medicale absolvente de colegiu și de facultate cunosc aceleași perturbări precum cele indicate la asistentele medicale absolvente de școală postliceală pentru



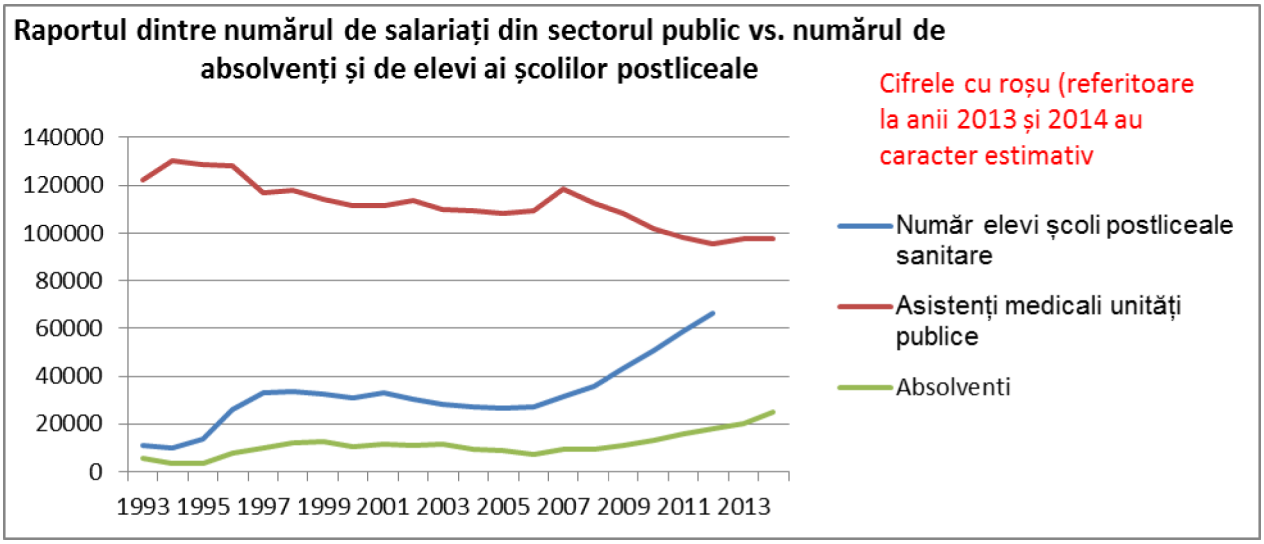
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Număr elevi şcoli postliceale sanitare	11116	10108	13570	26148	32842	33295	32672	30650	32933	30176	28425	26928	26677	26982	31183	35554	43044	51009	58941	66262
Asistenţi medicali unităţi publice	122166	130093	128460	128038	116712	117719	114027	111326	111263	113620	109668	109131	108202	109153	118424	112321	108286	102026	98212	95484

După cum putem observa în figura de mai sus, evoluția este una paradoxală raportat la funcționarea normală a pieței: scăderea numărului de salariați din sectorul sanitar (accentuată în special după anul 2007) pe fondul plecărilor din sistem este concomitentă cu o creștere foarte mare a numărului de elevi din școlile postliceale sanitare. În condițiile în care posturile din sectorul public au fost blocate iar sectorul privat preia doar un procent foarte mic din această forță de muncă „disponibilă”, se nasc câteva întrebări legitime: Unde s-au dus acești salariați? Ce determină acest aflux de tineri care aleg să se formeze pentru profesia de asistent medical în condițiile în care pe piața internă nu există o cerere în acest sens, respectiv oportunități de ocupare?

Pentru a avea o imagine mai exactă a evoluției numărului de asistente medicale includem și situația numărului de absolvenți împreună cu estimarea numărului acestora pentru intervalul 2012 -2014 (cifrele notate cu culoare roșie au caracter estimativ).[4] Amintim aici faptul că numărul de absolvenți se cumulează în fiecare an.

perioada 1993-2000, respectiv faptul că foarte multe salariate (unele absolvente de: liceu+școală postliceală) urmează și aceste forme de pregătire.

[4] Estimarea este făcută pe baza numărului de elevi din anul 2011 și a intrărilor în acest tip de formare.



	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Număr elevi școli postliceale sanitare	11116	10108	13570	26148	32842	33295	32672	30650	32933	30176	28425	26928	26677	26982	31183	35554	43044	51009	58941	66262		
Asistenți medicali unități publice	122166	130093	128460	128038	116712	117719	114027	111326	111263	113620	109668	109131	108202	109153	118424	112321	108286	102026	98212	95484	97484	97.484
Absolventi	**5770**	**3522**	**3353**	**8006**	**10062**	**12083**	**12619**	**10286**	**11780**	**11067**	**11616**	**9460**	**8664**	**7358**	**9252**	**9102**	**10835**	**12890**	**15698**	**18.000**	**20.000**	**25.000**

După cum se poate observa, în perioada 2007 – 2012 au părăsit sistemul sanitar public cca. 23.000 de asistente medicale.[5] În aceeași perioadă au ieșit de pe băncile școlilor postliceale un număr de cca. 95.000 asistente. Așadar, este vorba de un număr de cca. 128.000 asistente medicale care au ieșit de pe băncile școlilor postliceale și din sistemul public de sănătate în ultimii 7 ani. Dacă luăm în considerare creșterea cu cca. 15.000 a asistentelor medicale din sectorul privat[6] pentru același interval și le scădem din total, rezultă cel puțin 110.000 de asistente medicale care nu figurează în statistici ca ocupate.[7] Ceea ce ne aduce în atenție o estimare deosebit de importantă, respectiv **posibilitatea ca în ultimii 7 ani cca. 100.000 de asistente medicale să fi plecat la muncă în alte state,** schimbând radical imaginea vehiculată despre amploarea fenomenului migrației și categoriile profesionale afectate.

Notă: Menționăm că datele nu includ absolventele de colegii și facultăți. Situația este determinată atât de absența datelor necesare cât și redundanța acestor tipuri de formare profesională, multe asistente medicale absolvente de postliceală deja angajate parcurgând, suplimentar, și aceste cicluri de formare. Adăugarea acestor tipuri de formare ar avea ca efect creșterea numărului de absolvente, respectiv de asistente medicale.

Un argument în favoarea amplificării fără precedent a fluxului migrator în rândul asistentelor medicale îl constituie și creșterea foarte mare din ultimii 7 ani a numărului de persoane care aleg acest tip de

[5] Având în vedere faptul că începând din anul 2008 vârsta standard de pensionare a asistentelor medicale este 65 de ani, este evident faptul că procentul asistentelor medicale pensionate din totalul celor care au părăsit sistemul public de Sănătate este nesemnificativ.

[6] Precizăm că, dată fiind procedura de colectare a datelor, numărul salariaților din sectorul privat poate să includă și salariați care lucrează în sistemul public (unde au și norma de bază). În această situație este posibil ca estimarea noastră privind numărul de asistente medicale absolvente+ieșite din sistemul public de sănătate să fie în minus față de situația reală.

[7] Evident, această cifră include și număr asistentelor medicale șomere, despre care nu avem însă informații exacte. Singura estimare posibilă este bazată pe următoarele cifre: la sfârșitul anului 2013 totalul șomerilor absolvenți de postliceale (de toate tipurile) era de 15.185 (calculați după definiția BIM), raportat la 1.132.408 absolvenți de învățământ postliceal începând cu anul 1993. Această informație tinde să sugereze o rată scăzută a șomajului în rândul acestor absolvenți, crescând astfel probabilitatea estimării noastre.

formare/această profesie, în condițiile în care angajările în sistemul public au fost blocate iar sistemul privat este departe de a putea prelua un asemenea aflux de personal.

Calvarul formării profesionale a asistentelor medicale

Analiza datelor statistice privind evoluția asistentelor medicale în România ne-a readus în atenție, prin intermediul încercări de-a interpreta situația diferitelor categorii de absolvenți, problema formării inițiale a asistentelor medicale.

Formarea profesională a asistentelor medicale constituie o dovadă de incompetență a sistemului desfășurată pe seama asistentelor în condițiile în care modificările continue de pregătire au adăugat continuu obligații în seama asistentelor medicale. Cele mai afectate au fost asistentele medicale deja angajate în sectorul public de sănătate, majoritatea fiind prinsă în ***cercul vicios al formărilor redundante***. Este vorba de asistente medicale care au fost obligate să parcurgă mai multe forme de pregătire pentru a-și putea menține profesia la nivelul inițial. Exemplele de situații sunt de-a dreptul halucinante, ele conducând uneori la durate totale de formare care depășesc durata de formare pentru un medic:

1. **Traseul maxim**: absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) + colegiu (3 ani) + facultate (4 ani)= **10 ani de formare** (fără a lua în considerare pregătirea de specialitate din liceu);
2. **Traseul mediu:** absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) + facultate (4 ani)= **7 ani de formare** (fără a lua în considerare pregătirea de specialitate din liceu);
3. Traseele minime:
    a. absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.
    b. Școală postliceală = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.
    c. Colegiu = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.
    d. Facultatea de asistente medicale.

Această evoluție nefirească a creat un grad semnificativ de incertitudine în rândul asistentelor medicale în ceea ce privește dezvoltarea carierei proprii, contribuind în mod semnificativ la scăderea calității vieții profesionale.

Concluzii

Comparativ cu anul 1990, în sistemul public de sănătate numărul asistentelor medicale a scăzut cu 30.000 (cca. 25%), respectiv de la 125.484 asistente în 1990, la 95.484 în 2012. Cea mai dramatică scădere a numărului de asistente medicale a avut loc în perioada 2007 – 2012: **23.000;** cu alte cuvinte, în acest interval sistemul public de sănătate a pierdut 17% din asistentele medicale.

Pe locul al doilea se situează categoria *Personal sanitar auxiliar unități publice*, care a scăzut în același interval de la 66.063 salariați în 1990 la 55.717 în 2012, adică o reducere de cca. 16% (cu 10.346 mai puțini salariați).

Dacă avem în vedere că cele două categorii de personal se ocupă de două paliere diferite ale îngrijirilor de sănătate, reiese faptul că într-un sfert de secol domeniul îngrijirilor de sănătate din sectorul public a pierdut peste 40.000 de salariați (pe fondul creșterii numărului de pacienți). Observăm astfel că îngrijirile de sănătate din sectorul public înregistrează cea mai gravă criză a sectorului sanitar.

În ultimii 23 de ani numărul pacienților a crescut cu 12% , în timp ce numărul asistentelor medicale a scăzut cu cca. 25%. Situația indică o creștere cu aproape 40% a sarcinilor de serviciu în acest interval (ea fiind și mai mare dacă luăm în considerare anii în care numărul de pacienți a fost mult mai mare decât în 2012). Este de departe cea mai gravă afectare a unei întregi profesii din sistemul public.

Creșterea vârstei de pensionare a asistentelor medicale de la 60 de ani (59 de ani și 8 luni la ora actuală) la 65 de ani este departe de a putea fi considerată un succes, fiind de fapt o măsură pompieristică, menită să salveze ceva din dezastrul în care se află această categorie de personal, creat de guvernările din ultimii 7 ani. Măsura necesară o constituie deblocarea posturilor de asistenți medicali în sistemul sanitar public la un nivel comparativ cu anul 1990 (cel puțin 30.000) și asigurarea finanțării necesare, atât pentru aceste noi posturi cât și pentru salarizarea adecvată a acestei categorii de personal. Analiza datelor arată că există forța de muncă necesară pentru a ocupa aceste posturi. Spre exemplu, absolventele de școli postliceale din anii 2013 și 2014 (conform estimărilor) însumează cca. 40-45.000, adică peste nevoile sistemului.

Formarea noilor asistente medicale cunoaște o creștere semnificativă, mai ales în ultimii 13-14 ani: **cca. 185.000 de asistente medicale formate în perioada 2000-2014**, adică aproape dublul numărului de asistente medicale ce lucrează în sectorul public.

Nu există informații ce se întâmplă din punct de vedere profesional cu peste 100.000 de asistente medicale, acest număr fiind compus din absolventele de școli postliceale din ultimii 7 ani și asistentele medicale care au plecat din sistemul sanitar public în aceeași perioadă (23.000). În aceste condiții, este posibil ca numărul asistentelor medicale plecate la muncă în străinătate în ultimii 7 ani să atingă cifra de 100.000. În aceste condiții, România este probabil cel mai mare furnizor de asistente medicale pe piața muncii din U.E., în condițiile în care sistemul românesc public de sănătate se confruntă cu cel mai mare deficit de asistente medicale de până acum.

Evoluție nefirească a formării profesionale, care a obligat generații întregi de asistente să parcurgă cicluri de formare inițială suplimentare și, în mare parte, redundante, a creat un grad semnificativ de incertitudine în rândul asistentelor medicale în ceea ce privește dezvoltarea carierei proprii, contribuind în mod semnificativ la scăderea calității vieții profesionale.

Încercând un rezumat al datelor prezentate în prezentul studiu, combinate cu rezultatele cercetărilor anterioare, putem considera că forța de muncă ce se ocupă de serviciile de îngrijire acordare în sectorul sanitar public este deficitară (cel puțin 25% mai puțini angajați), alcătuită din salariate obosite (de munca suplimentară cu caracter permanent), îmbătrânite (de rămânerea în activitate peste vârsta standard de pensionare), dezamăgite (de nivelul de salarizare), îmbolnăvite (de condițiile de lucru și de bolile profesionale).

În aceste condiții, preocuparea ultimilor doi miniștri pentru o lege de salarizare suplimentară a medicilor ratează cea mai importantă problemă a resursei umane din sistemul sanitar, problema asistentelor medicale, respectiv problema capacității sistemului de-a acorda îngrijiri medicale. O nouă lege de salarizare trebuie să includă cel puțin și asistentele medicale (opinia noastră este că ar trebui să vizeze toate categoriile de personal), creșterea salariilor asistentelor medicale prin intermediul salarizării în funcție de performanță fiind una din măsurile necesare pentru a stopa migrația angajatelor cu experiență din sectorul public de sănătate.

Federația ”Solidaritatea Sanitară” din România

www.solidaritatea-sanitara.ro
e-mail: solidaritatea_sanitara@yahoo.com

6. Strategia Națională pentru Sănătate 2014-2020.

Propunerile F.S.S.R.

secțiunea

F

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială ”Solidaritatea”

Propunerile Federației „Solidaritatea Sanitară” din România

la

Strategia Naţională de Sănătate 2014-2020

29.07.2014

Material realizat în cadrul Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”. Autor: lect. univ. dr. Viorel Rotilă

Argument

Pornind de la constatarea faptului că principala problemă a sistemului sanitar o constituie deficitul financiar, adică lipsa fondurilor necesare pentru a trata în mod onorabil cetățenii, strategia propusă abordează în primul rând soluțiile de finanțare a sistemului, în special prin îmbunătățirea finanțării ***sistemului de asigurări sociale de sănătate*** dar și prin ***creșterea ponderii asigurărilor private de sănătate în finanțarea sistemului.*** Astfel, propunerile se concentrează pe creșterea gradului de colectare a contribuțiilor la fondul asigurărilor sociale de sănătate, analizarea necesității creșterii cuantumului contribuțiilor, finanțarea din alte fonduri a scutirilor de la plata contribuției, soluții de atragere a unor resurse suplimentare. De asemenea, propunerile sunt orientate pe tema principiilor de organizare a sistemului de asigurări sociale de sănătate, militând în special pentru menținerea principiilor contributivității, solidarității și obligativității, reașezate însă pe baze mai echitabile astfel încât să se ajungă la eliminarea unora din inechitățile existente în acest sistem. Remedierea unora din problemele sistemului de asigurări sociale de sănătate, inclusiv cele legate de administrarea acestuia și de intervenția nefastă a politicului în funcționarea lui, este și ea tratată.

Un punct important al propunerilor îl constituie necesitatea și condițiile stabilirii ***pachetului de bază de servicii medicale,*** în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate, și a pericolelor pe care le aduce cu sine acesta în lipsa unei finanțări corespunzătoare a sistemului public. Din punctul nostru de vedere, pachetul de bază constituie piatra unghiulară a unui sistem mixt de asigurări de sănătate, public și privat, el creând posibilitatea introducerii asigurărilor complementare de sănătate, adică completarea sistemului public, de asigurări sociale de sănătate, cu cel privat. Totodată, considerăm necesară menținerea și redefinirea **pachetului minim de servicii medicale**, acesta reprezentând acele îngrijiri de care poate beneficia orice cetățean, indiferent dacă este sau nu asigurat.

În ceea ce privește ***spitalele*** este necesară creșterea gradului de autonomie a spitalelor publice (inclusiv față de politic) prin scoaterea lor din regimul bugetar, în condițiile în care ele sunt finanțate pe baza serviciilor medicale prestate, introducerea unui management performant, inclusiv prin intermediul managementului privat, finanțarea spitalelor la costurile de piață ale medicamentelor, materialelor sanitare și forței de muncă, necesitatea ca spitalele să devină exclusiv furnizori de servicii medicale. În ansamblul strategiei este luată în considerare privatizarea unora din spitale publice, însă cu câteva condiții esențiale: conservarea unei linii de spitale publice, cu rol strategic (ex. spitalele județene, unele spitale de mono-specialitate), privatizarea să se facă predominant non-profit, la procesul de privatizare putând participa și angajații, privatizarea să se facă cu respectarea atât a intereselor pacienților (distribuție regională, admisibilitate etc.) cât și al salariaților (grila de salarizare să aibă caracter minim, respectarea normativelor de personal etc.), diminuarea riscurilor privatizărilor falimentare.

Strategia a are la bază premisa că orice abordare de acest tip trebuie să conțină un capitol distinct privitor la ***resursa umană/salariații din sistemul sanitar***, aici propunerile concentrându-se în special pe următoarele puncte: scoaterea salariaților unităților sanitare care au contract cu Casele de asigurări din categoria bugetarilor și salarizarea personalului în funcție de competență, performanță și la nivele comparabile pe piața muncii din UE; privatizarea unora din unitățile sanitare trebuie să aibă ca efect salarizare în funcție de competență și la nivelul muncii prestate; în unitățile sanitare privatizate grila de salarizare a personalului din sectorul public trebuie să aibă caracter de salariu minim pe profesii, grade și trepte corespunzătoare. Sistemul de salarizare atât în mediul public cât și în cel privat trebuie să fie așezat pe criterii de performanță și caracterizat de echitate atât între diferitele categorii de salariați din sistem cât și raportat la nivelul de salarizare din alte sisteme.

Per ansamblu, considerăm că ***paradigma în care s-a încercat rezolvarea problemelor sistemului sanitar a fost greșit, necesitând remediere.*** Astfel:

Nu: *cât de multe cazuri putem trata **cu banii pe care-i avem**, reducând cât putem cantitatea și calitatea serviciilor medicale, (inclusiv pe cele inutile)*

Ci:

cât de mulți bani putem strânge pentru finanțarea sistemului sanitar *(prima necunoscută) și cât de mulți pacienți putem trata cu toți banii pe care-i putem strânge și la ce nivel al tratamentului, completată cu următoarele condiții:*
- crescând calitatea serviciile medicale acordate pacienților;
- reducând în limite rezonabile cantitatea serviciilor medicale acordate în spitale;
- crescând cantitatea și calitate serviciilor medicale acordate de către medicina primară, inclusiv pre-spitalizare și post-spitalizare;
- responsabilizând suplimentar cetățenii pentru propria lor sănătate
- reducând la maximum posibil pierderile financiare ale sistemului gestionate în mare parte politic.

Variabilele și indicatori care influențează funcționarea sistemului

Fără o identificare atentă a tuturor variabilelor care influențează funcționarea sistemului și fără stabilirea relațiilor dintre acestea riscăm să asistăm la construcții pur teoretice, al căror impact nu poate fi estimat într-o măsură rezonabilă.

a) Variabile importante

- Starea de sănătate a populației
- Speranța de viață a populației pe categorii de vârstă.

Personalul:

- Migrația personalului medical[1] afectează:
  - Numărul de salariați
  - Tabloul competențelor
- Mentalitatea profesională a personalului
- Funcționarea (și funcționabilitatea) structurilor de control
- Armonizarea vieții profesionale cu viața de familie (mai ales în cazul femeilor)[2]
- Distribuția pe grupe de vârstă (în special din perspectiva ieșirii de pe piața muncii, combinată cu migrația)
- Nivelul de motivare prin
  - Salariu
  - Status
    - Este relevant pentru:
      - Atracția exercitată de profesiile medicale
      - Menținerea în sistem
      - Calitatea serviciilor prestate

Variabile care influențează atitudinea și așteptările populației:

- *Așteptările populației* sunt influențate de

- nivelul perceput al serviciilor medicale de care ar putea beneficia
- Orizontul ideologic de așteptare (conturat îndeosebi de presiunile politice)[3]
- Inovațiile tehnologice.

Variabile cantitative

- Numărul de servicii medicale acordate populației.
- Cererea de servicii medicale[4]

Variabile calitative:

- Calitatea serviciilor medicale
- Timpul de așteptare[5]
- Durata de spitalizare
- Gradul de confort

Note:

Atât variabile cantitative cât și cele calitative se traduc atât în creșterea calității vieții cetățenilor cât și în creșterea speranței de viață.

[1] Este nevoie de construirea unor sisteme de monitorizare a efectelor migrației.
[2] Un domeniu profund afectat de lipsa de personal, efectele urmând a fi vizibile în următorii ani.
[3] A se vedea impactul sloganului *sănătatea este gratuită* asupra funcționării sistemului, el modelând așteptările pacienților, atitudinea lor și a aparținătorilor, temerile managerilor și ale salariaților etc.
[4] Indicatorul ia în considerare și *cererea indusă de servicii medicale*.
[5] În România prin timp de așteptare se înțelege în general perioada de așteptare corelativă accesului la un specialist, fiind cvasi-nul timpul de așteptare în camerele de gardă. Însă acest timp de așteptare este cumva mascat de preluarea rapidă dublată însă de durata mare a investigațiilor corelative stabilirii unui diagnostic (ea fiind vizibilă, printre altele, în durata mare de spitalizare).

b) Indicatori relevanți

Indicatorul fundamental în privința analizei sistemului de finanțare a sistemului sanitar îl constituie ***cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor.*** El indică, simultan, efortul financiar depus de societate în această direcție, capacitatea de-a acorda servicii medicale populației (combinat cu costul forței de muncă). Acest indicator are două dimensiuni, care dau seama de două modalități diferite sau complementare de finanțare:

- Cheltuielile publice pentru sănătate
- Cheltuielile private pentru sănătate.

Opțiunea privitoare la atitudinea față de cele două domenii este una esențială pentru orice strategie de reformă. Ponderea pe care o dețin fiecare din aceste cheltuieli indică:

- Grija statului pentru sănătatea propriilor cetățeni ;
- Nivelul de încredere al statului în grija cetățenilor față de propria sănătate;
- Gradul de omogenitate al societății din perspectiva veniturilor (cheltuielile publice pentru sănătate instituie principiul solidarității). Cu cât diferențele în ceea ce privește nivelul veniturilor sunt mai mari cu atât aplicarea principiului solidarității este mai necesar, dacă se dorește asigurarea dreptului la sănătate (în forma sa gratuită) sau menținerea sănătății în sfera serviciilor sociale.

Aceste aspecte indică faptul că balanța poate fi lesne înclinată de opțiunile politice:

- Adepții statului social (social-democrații) au o opțiune ideologică clară pentru o pondere foarte mare a cheltuielilor publice pentru sănătate.
- Adepții neoliberalismului optează pentru o pondere foarte mare a cheltuielilor private de sănătate, această opțiune exprimând două idei esențiale:
    - Libertatea cetățeanului de a-și decide soarta;
    - Libertatea sectorului privat de a-și extinde activitatea și în acest domeniu prin intermediul asigurărilor și al unităților private de sănătate.

Volumul cheltuielilor private de sănătate depinde de o serie de variabile cum ar fi:

- Disponibilitatea populației de plată
- Posibilitățile financiare ale populației
- Modul de funcționare al sistemului public. Funcționarea defectuoasă a acestuia poate forța o creștere a cheltuielilor private pentru sănătate, limitând astfel posibilitățile de a le interpreta prin prisma *disponibilității de plată*.

Având în vedere prevederile Constituției și faptul că suntem membri ai unei Uniuni Europene ce pune un mare accent pe dimensiunea socială, este evident că strategia pentru sănătate include o importantă componentă socială.

Influența contextului european și adecvarea la normele Uniunii Europene

Impactul Directivei 24/2011

Acest capitol analizează prevederile Directivei nr. 24/2011 din perspectiva impactului estimat al acesteia asupra sistemului sanitar românesc în ansamblul său, vizând inclusiv măsurile de reformă ce ar trebui adoptate.

Dimensiunea socială a sănătății

Uniunea Europeană include sistemele de sănătate în cadrul mai larg al sistemelor de protecție socială. Reforma sistemului sanitar va trebui să țină cont de acest aspect, asigurând cel puțin un nivel minim de protecție socială. Din perspectiva U. E. constituie principii obligatorii de funcționare a sistemului de asigurări sociale de sănătate/sistemului social de sănătate:

- universalitatea
- solidaritatea
- echitatea
- accesul la îngrijiri de bună calitate.

În conformitate cu spiritul Directivei, sistemul sanitar trebuie să aibă cel puțin o componentă socială. Această cerință poate fi îndeplinită prin intermediul menținerii sistemului asigurărilor sociale de sănătate (de preferat) sau prin introducerea componentei bazale a sănătății în sistemul social. De asemenea, menținerea infrastructurii sanitare face și ea parte din dimensiunea socială necesară, fapt care conduce inevitabil la concluzia menținerii unui număr suficient de unități sanitare publice. Chiar dacă forțând întrucâtva interpretarea textelor legale, am putea spune că dimensiunea socială a sistemului sanitar face parte din aquis-ul comunitar.

Nivelul dimensiunii sociale a sistemului de sănătate din România ar trebui să fie unul comparabil cu ceea ce se întâmplă în majoritatea statelor membre U.E.. Motivul îl reprezintă atât posibilitatea unei integrări armonioase din perspectiva Directivei cât și necesitatea includerii țării noastre în viziunea socială a Uniunii.

După cum vom vedea, calitatea serviciilor medicale constituie una din valorile fundamentale ale Directivei. Dimensiunea socială a unui sistem de sănătate este însă în competiție cu calitatea serviciilor medicale în ceea ce privește resursele necesare, cele două imperative putând fi satisfăcute numai în condițiile unor resurse suficiente. Motiv pentru care resursele financiare și umane constituie cea mai importantă variabilă cu care operează Directiva, chiar dacă n-o rostește ca atare.

Obiectivele directivei

Principalul obiectiv al Directivei nr. 24/2011 este acela de *a permite* ***libertatea de a furniza servicii medicale pentru pacienți,*** textul acesteia concentrându-se pe ***înlăturarea obstacolelor nejustificate din calea acestei libertăți fundamentale*** *în cadrul statului membru de afiliere al pacientului.* Cu alte cuvinte, directiva este fundamentată pe libera circulație a serviciilor în interiorului Uniunii Europene.
Astfel, Directiva asumă crearea cadrului legal pentru:

- Mobilitatea pacienților;
- Accesul la asistență medicală transfrontalieră;
- Servicii medicale sigure și de calitate;
- Promovarea cooperării între statele membre în domeniul asistenței medicale.

Libertatea de circulație a pacienților

Textul Directivei evidențiază totuși două mari limite în calea libertății de circulație a pacienților:

a. **dreptul statului membru de afiliere la limitarea rambursării asistenței medicale transfrontaliere** pentru anumite motive, respectiv:
   a. asigurarea calității și siguranța serviciilor medicale naționale;
   b. motive imperative de interes general.
b. **dreptul statului membru de a limita accesul cetățenilor altor state UE la propriul sistem de sănătate** pentru următoarele motive imperative de interes general:
   a. planificarea care asigură acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de servicii de calitate;
   b. controlul costurilor;
   c. asigurarea serviciilor medicale echilibrate și accesibile tuturor;
   d. menţinerea capacităţii de tratament.

Ce trebuie să facă un stat membru

Fiecare stat membru trebuie să transpună prevederile Directivei în legislația națională până la data de 25 octombrie 2013.

La o primă lectură am putea spune că, în contextul cadrului juridic creat de Directiva nr. 24/2011, statul român trebuie să acționeze, în cadrul procesului de transpunere a prevederilor directivei în legislația națională, în două direcții:

- Stabilirea condițiilor de acces pentru cetățenii din alte state membre la serviciile medicale acordate pe teritoriul său;
- Stabilirea condițiilor în care admite rambursarea costurilor medicale pentru serviciile medicale de care beneficiază cetățenii români în alte state, prin intermediul instituției *autorizației prealabile*;

Impactul Directivei este însă cu mult mai mare, fiind necesare o serie întreagă de modificări ce fac parte din ceea ce a constituit marota celor care au gestionat Sănătatea în ultimele două decenii: reforma sistemului sanitar. Într-o formă rezumativă putem spune că Directiva pune o presiune deosebită pe statul român în special în următoarele direcții:

- Decontarea serviciilor medicale pentru românii care se tratează în străinătate;

- Crearea procedurilor specifice autorizării prealabile;
- Asigurarea unui standard de calitate a serviciilor medicale;
- Crearea sistemului de informare a pacienților;
- Existența unui sistem funcțional de asigurări de malpraxis;
- Crearea unui sistem de informare a pacienților conform standardelor europene;
- Asigurarea coerenței dintre măsurile de reformă și principiile de funcționare ale unui sistem de sănătate enunțate în Directivă.

Rambursarea costurilor serviciilor medicale

Rambursarea costurilor pentru serviciile medicale de care un pacient a beneficiat într-un alt stat membru este guvernată de câteva reguli generale:

- Rambursarea presupune faptul că un pacient care se tratează într-un alt stat membru își suportă mai întâi costurile serviciilor medicale și apoi solicită rambursarea acestora în statul membru de afiliere.
- Rambursarea se face la nivelul la care pacientul are dreptul în statul membru de afiliere și doar pentru serviciile medicale la care acesta are dreptul în cadrul propriului sistem social de sănătate/sistem de asigurări sociale de sănătate.
- Pentru o bună parte din cazuri rambursarea este condiționată de obținerea unei autorizații prealabile pentru a efectua tratamentul în alt stat membru, autorizație dată de statul membru de afiliere.
- Rambursarea se poate face cel mult până la nivelul costurilor efective ale serviciilor medicale.
- În statele care decid introducerea autorizației prealabile rambursarea se face numai cu condiția obținerii acesteia.

Deoarece rambursarea sumelor aferente tratamentului în alt stat membru al U.E. se face la nivelul costurilor din țara de origine, avantajul financiar rezultat din diferența de costuri poate deveni un scop, determinând dezvoltarea unor acțiuni specifice. În acest sens sunt două situații posibile:

a. Nivelul de decontare al serviciilor medicale din statul membru de afiliere este mai mic decât cel din statul în care pacientul s-a tratat – pacientul suportă diferența de preț;
b. Nivelul de decontare al serviciilor medicale din statul membru de afiliere este mai are decât cel din statul în care pacientul s-a tratat – statul membru de afiliere rambursează costurile medicale la nivelul la care acestea au fost facturate, adică la un nivel mai mic decât l-ar costa același tratament efectuat de propriul sistem de sănătate. Această variantă este evident avantajoasă pentru statul membru de afiliere, acesta putând dezvolta o politică orientată către „exportul de pacienți” ce poate merge până la eliminarea autorizării prealabile și chiar până la stimularea migrației propriilor pacienți.

Autorizarea prealabilă

Dacă statul membru de afiliere decide introducerea autorizării prealabile, pentru ca un pacient dintr-un stat membru de afiliere să poată beneficia de rambursarea costurilor serviciilor medicale de care beneficiază într-un alt stat membru este nevoie ca el să aibă o autorizare prealabilă pentru asta.

În ceea ce privește introducerea autorizării prealabile trebuie reținute următoarele:

- introducerea autorizării prealabile este o posibilitate a statelor membre (*per a contrario,* ar însemna că nu este o obligația a acestora);
- autorizarea prealabilă este o cerință necesară și rezonabilă (ceea ce anulează caracterul de posibilitate, transformând autorizarea prealabilă într-un instrument necesar):
- necesitatea autorizării prealabile este fundamentată în special:

    - pe nevoia de planificare a sistemelor de sănătate;
    - pe necesitatea de a controla costurile;
    - pe nevoia de a preveni în limitele posibilului risipa de resurse financiare, tehnice și umane.
- nevoia de planificare este bazată pe necesitatea ca sistemele de sănătate să asigure un acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente spitalicești de înaltă calitate în statul membru vizat.

Condițiile pe care trebuie să le îndeplinească statul membru:
- să creeze o întreagă procedură (sau sistem) în cadrul căreia/căruia:
- să identifice asistența medicală care necesită autorizare prealabilă în contextul sistemului propriu,
    - în conformitate cu criteriile definite de directivă;
    - având în vedere jurisprudența Curții de Justiție.
- să pună la dispoziția publicului, anticipat, informațiile cu privire la asistența medicală care necesită autorizare prealabilă.

Atât pentru accesarea serviciilor medicale naționale cât și a celor dintr-un alt stat membru este necesară stabilirea unor criterii care stau la baza autorizării prealabile pe baza cărora trebuie luată deciziile pentru fiecare din pacienți. Criteriile utilizate trebuie:
- *să fie aplicate în mod obiectiv, transparent și nediscriminatoriu;*
- *să fie cunoscute în prealabil;*
- *să se bazeze în primul rând pe circumstanțele medicale;*
- *să nu impună sarcini suplimentare pacienților care doresc să beneficieze de asistență medicală într-un alt stat membru în comparație cu pacienții tratați în statul membru de afiliere al acestora;*
- *deciziile să fie luate cu celeritate.*

De asemenea, criteriile pentru acordarea sau refuzul autorizării prealabile ar trebui să se limiteze la **ceea ce este necesar** și **proporțional** din perspectiva motivelor imperative de interes general.

Având în vedere atât condiționările cât și limitările, **considerăm necesare două demersuri în momentul transpunerii prevederilor Directivei în legislația națională:**

a. Introducerea unei proceduri naționale de stabilire a condițiilor de acces la serviciile medicale care să includă:
    - mecanismele de stabilire a condițiilor necesare;
    - asigurarea proporționalității dintre restricții și obiectivul urmărit (ceea ce înseamnă că pentru fiecare restricție trebuie indicat obiectivul care-i corespunde);
    - creare criteriilor clare de decizie și a unor instanțe ierarhice de decizie și soluționare a contestațiilor (pentru a elimina riscul comportamentului discreționar);
    - evitarea situațiilor de discriminare.
b. Preluarea procedurii naționale ca parte a procedurii autorizării prealabile pentru cererile de servicii medicale acordate într-un alt stat membru.

În situațiile în care statul membru de reședință refuză autorizarea prealabilă pe motivul impactului financiar, considerăm că acest gest are două consecințe:

- Statului îi revine sarcina probei;
- Se pune problema modalității în care drepturile cetățenilor sunt respectate având în vedere că:
    - Cetățeanul trebuie să aibă acces la un serviciu inclus în listă/garantat în funcție de nevoile sale;
    - Cetățeanului nu-i sunt opozabile disfuncționalitățile sistemului sau strategiile de imagine de tipul dreptului la un pachet de servicii medicale care nu poate fi asigurat în mod practic.

Mecanismul birocratic esențial prin intermediul căruia statul poate încerca un grad ridicat de control în ceea ce privește circulația/migrația pacienților proprii îl constituie *autorizarea prealabilă.* Având în vedere faptul că autorizația prealabilă poate fi refuzată numai dacă un tratament echivalent din perspectiva eficienței poate fi obținut în România fără o întârziere semnificativă, într-o unitate sanitară ce are încheiat un contract cu sistemul de asigurări sociale de sănătate, este evident că efortul de adaptare la efectele anticipate ale acestei Directive trebuie să se concentreze pe demersul privitor la calitatea serviciilor medicale, acesta surclasând în eficiență eventualele bariere birocratice. Mai mult chiar, concentrarea demersurilor pe autorizarea prealabilă, fără a reforma sistemul din perspectiva Directivei, riscă să genereze semnificative efecte negative, determinând agravarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale. După cum putem observa, „călcâiul lui Ahile” în cazul autorizării prealabile îl constituie obligația statului de-a asigura ***existența unui tratament cu același rezultat în timp util*** în țara de origine. Introducerea autorizării prealabile aduce cu sine asumarea unor condiții obligatorii de calitate a serviciilor medicale. Altfel spus, principalul demers ce trebuie întreprins de statul român îl constituie unul privitor la creșterea calității serviciilor medicale (spitalicești și nespitalicești), acesta fiind de fapt direcția esențială a reformei din sănătate.

O variabilă esențială care influențează această situație o constituie **nivelul de decontare al serviciilor medicale:** cu cât nivelul de decontare este mai apropiat de prețurile de piață cu atât costurile suportate de cetățeanul-pacient care accesează servicii medicale dintr-un alt stat sunt mai mici (luând în considerare pachete de servicii medicale de bază echivalente). Această variabilă este la rândul ei influențată de altă două variabile: costul medicamentelor și al materialelor sanitare și costul forței de muncă (specialiștilor), ambele fiind componentele definitorii ale costului final al serviciilor medicale. Cum costurile medicamentelor și materialelor sanitare tind să fie echivalente, diferențele esențiale ajung să fie stabilite de variațiile semnificative în ceea ce privește costul forței de muncă, adică de nivelul de salarizare din sectorul sanitar. Din acest punct de vedere, raportat la un cetățean-pacient român care dorește să se trateze într-un alt stat, el ajunge să fie dezavantajat de salariile mult prea mici ale personalului din România (comparativ cu cele din statul unde vrea să se trateze), suportând din buzunarul propriu această diferență de salarizare (respectiv reflectarea ei în costul serviciului medical).

Informațiile și procedurile prevăzute de Directivă

Înființarea punctelor naționale de contact

- Furnizează pacienților din alte state membre următoarele categorii de informații:
    - privind furnizorii de servicii medicale
        - Incluzând dreptul sau restricțiile de a furniza anumite servicii medicale sau desfășurarea activității lor profesionale
    - privind standardele și orientările privind calitatea și siguranța serviciilor medicale;
    - privind drepturile pacienților;
    - procedurile referitoare la plângeri;
    - mecanismele de reparare a daunelor;
    - opțiunile juridice și administrative disponibile privind soluționarea litigiilor;
    - dispozițiile relevante privind supravegherea și evaluarea furnizorilor de servicii medicale și furnizorii care intră sub incidența acestor standarde;

- **Informațiile pe care trebuie să le ofere furnizorii de servicii medicale**:
    - Informații pertinente pentru a ajuta pacienții individuali să ia o decizie în cunoștință de cauză, incluzând:
        - Opțiunile de tratament
        - Disponibilitatea, calitatea și siguranța asistenței medicale pe care o furnizează
        - Facturi clare

- Informații clare privind prețurile;
- Autorizarea sau înregistrarea
- Sistemul asigurărilor privind răspunderea profesională aplicat, vizând:
  - Răspunderea individuală
  - Răspunderea colectivă

Statul membru de afiliere trebuie să se asigure că există mecanisme care să furnizeze pacienților, la cererea acestora, informații referitoare la asistența medicală transfrontalieră, în special privitoare la:

- Rambursarea costurilor serviciilor medicale efectuate în alt stat membru:
  - Condițiile de rambursare a costurilor;
  - Procedurile de evaluare și stabilire a dreptului de rambursare;
  - Căile de apel în cazul în care pacienții consideră că drepturile nu le-au fost respectate;
  - Asigurarea informării diferențiate în ceea ce privește drepturile la tratament izvorâte în baza Directivei și a celor ce-și au izvorul în alte prevederi;
- Asigurarea monitorizării medicale a pacienților tratați în alt stat membru;
- Pacienții care beneficiază de tratament într-un alt stat membru au acces la distanță la dosarele lor medicale sau primesc o copie a acestora.

Impactul Directivei asupra României și măsurile necesare pentru transpunerea ei

Impactul asupra cetățenilor români

Nivelul de referință în ceea ce privește rambursarea costurilor serviciilor medicale de care un cetățean român a beneficiat este cel din statul membru de origine/afiliere. Consecința evidentă o constituie punerea cetățenilor români într-o situație de inferioritate față de cetățenii altor state membre ale U.E. raportat la accesarea serviciilor medicale transfrontaliere. Ceea ce înseamnă că efectele Directivei sunt în mod clar favorabile cetățenilor din statele care alocă sume considerabile pentru sănătate, aceștia putând accesa fără probleme financiare orice sistem de sănătate din statele membre ale U.E., în timp ce pacienții din țările cu alocări timide pentru sănătate (în special țările sărace) vor fi obligați să suporte din fonduri personale diferențe considerabile de cost. Altfel spus, accesarea serviciilor medicale din alte state ale U.E. devine, în mod paradoxal, foarte scumpă exact pentru cetățenii săraci. Cum este destul de probabil ca acești cetățeni-pacienți să sufere deja în propriul stat datorită resurselor insuficiente, putem considera că Directiva riscă din acest punct de vedere decât să accentueze inegalitățile economice.

O variabilă esențială care influențează această situație o constituie nivelul de decontare al serviciilor medicale: cu cât nivelul de decontare este mai apropiat de prețurile de piață cu atât costurile suportate de cetățeanul-pacient care accesează servicii medicale dintr-un alt stat sunt mai mici (luând în considerare pachete de servicii medicale de bază echivalente).

Migrația pacienților

În opinia noastră „turismul medical” constituie una din variabilele importante din perspectiva Directivei nr. 24/2011, el aducând cu sine „fluxuri naturale” de potențiali pacienți. În măsura în care se va ivi, migrația pacienților va fi puternic orientată în funcție de nivelul de venituri, curajul de-a asuma neplăcerile deplasării, accesul la infrastructură, preexistența rețelelor migratorii, crearea unor trasee dedicate migrației pacienților.

Una din soluțiile împotriva „migrației pacienților” o constituie modalitatea de rambursare a costurilor de către statul de origine, acesta putând constitui proceduri suficient de greoaie pentru a inhiba într-o anume măsură gesturile de acest tip. Dacă nu va exista obligația unei simetrii între comportamentul

diferitelor state în ceea ce privește procedurile de rambursare, statul care impune proceduri inhibitorii tinde să aibă un avantaj în fața celui care se comportă corect față de proprii cetățeni.

Calitatea și siguranța serviciilor medicale

Calitatea serviciilor medicale constituie o variabilă esențială în contextul european creat de Directiva nr. 24/2011. La costuri egale și la nivel egal de acces la serviciile medicale este de așteptat ca indicatorii privitori la calitate să instituie diferențe semnificative de adresabilitate.

Dacă pacienții altor state membre se vor bucura de același tratament precum proprii cetățeni și dacă pacienților transfrontalieri le este garantat un anume nivel al calității serviciilor medicale, atunci Directiva garantează în mod implicit și pacienților din țara care furnizează serviciul medical același nivel de calitate.

Cerințele privind standardele de calitate și siguranță prevăzute în Directivă trebuie asumate de statul român atât prin intermediul legislației de transpunere cât și pe calea reformei sistemului sanitar.

Impactul asupra salariaților

În ceea ce privește impactul Directivei asupra salariaților estimăm următoarele direcții principale:

- **Creșterea standardelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale.** Pe fondul actualului mod de funcționare a sistemului sanitar, caracterizat de o preocupare extrem de scăzută pentru pregătirea salariaților (evidente fiind absența finanțării și a standardelor în domeniu), efortul este transferat în special pe umerii salariaților.
- Creșterea gradului de informare a pacienților și sporirea transparenței;
- Liberul acces al pacienților la datele medicale personale;
- Cunoașterea standardelor de performanță a serviciilor medicale existente la nivelul U.E.;
- Introducerea unor proceduri clare și transparente în ceea ce privește costurile;
- Posibilitatea creștere nivelului de adresabilitate al unităților sanitare, aceasta deschizând posibilitatea unor reale creșteri salariale;
- Punctul de vedere profesional va juca un rol foarte important pentru stabilirea criteriilor aplicabile autorizării prealabile;
- Putem vorbi într-o măsură considerabilă de ivirea unei piețe a serviciilor medicale, care naște un grad de concurență, cu toate consecințele acesteia;
- Însușirea condițiilor în care pot refuza tratamentul unui pacient ce este cetățean al altui stat membru.

Stabilirea costurilor reale pentru serviciile medicale

Demersul pentru stabilirea costurilor reale aferente serviciilor medicale este unul obligatoriu pentru a putea vorbi de armonizarea legislației la prevederile Directivei nr. 24/2011. Orice ezitare în acest sens va afecta în mod semnificativ două paliere ale sistemului de sănătate:

- *Spitalele*, acestea riscând să fie puse în situația de a trata și pacienții proveniți din alte state membre la costuri subevaluate, fapt care le va accentua deficitul;
- *Pacienții*, care vor fi efectiv privați de posibilitatea de a se trata în străinătate cu rambursarea costurilor la niveluri acceptabile și vor suferi toate influențele derivate din deficitele financiare ale unităților sanitare.

Raportat la situația României, putem observa că stabilirea prețurilor serviciilor medicale la nivelul costurilor de piață poate determina la rându-i fluxuri migratorii de pacienți din alte state membre, datorită prețurilor mai reduse comparativ cu cele din propriul stat, determinate de costurile mai reduse

cu forța de muncă. Cel puțin în situația existenței unor liste de așteptate în statul membru de afiliere, poate fi anticipată o astfel de fluctuație a adresabilității. O astfel de variantă poate fi una profitabilă pentru unitățile sanitare din România și pentru întregul sistem sanitar prin contribuția la menținerea infrastructurii medicale.

Anticipăm însă că pe termen mediu și lung avantajul competitiv oferit de costul redus al forței de muncă (adică de salariile mici din sectorul sanitar) va dispărea, el determinând ivirea unui dezavantaj major: lipsa profesioniștilor din sistem. Având în vedere interpretarea de ansamblu a Directivei, lipsa profesioniștilor pentru anumite specializări (spre exemplu) generează efecte care nu pot fi blocate nici măcar de autorizarea prealabilă. Altfel spus, în absența posibilității unui tratament în țară, autorizarea tratamentului medical într-un alt stat devine obligatorie. Ceea ce conduce la obligația de a suportat costurile unor intervenții prestate în alte state.

Modificarea practicii în ceea ce privește malpraxisului

Directiva tinde să introducă în aquis-ul comunitar:

- Standardele minime de calitate ale serviciilor medicale;
- Nivelul de protecție a pacienților împotriva daunelor;
- Nivelul de informare a pacienților anterior accesării serviciilor medicale și după acestea.

Introducerea mecanismelor de transparentizare și a standardelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale va avea ca efect, odată cu creșterea gradului de încredere (acolo unde este cazul) și sporirea cazurilor de malpraxis care ajung în fața instanțelor, unitățile sanitare și instituțiile medicale (inclusiv cele profesionale) nemaiputând îngreuna accesul la datele personale ce vizează starea de sănătate și tratamentul pacienților prin intermediul procedurilor proprii, fiind eliminată astfel opozabilitatea lor față de pacient. În măsura în care libertatea accesului pacientului la propriile informații medicale va fi realizată în mod efectiv, vom asista la o adevărată „revoluție” în abordarea malpraxisului, ale cărei efecte asupra unităților medicale și salariaților pot fi întrucâtva compensate prin introducerea unui sistem eficient de asigurări de malpraxis.

Putem vorbi de ivirea *sistemului de sănătate al Uniunii*?!

Faptul că Directiva folosește concepte de genul: *mobilitatea pacienților, accesul la asistență medicală transfrontalieră, libera circulație a pacienților* etc. este suficient pentru a vorbi cu îndreptățire de o interpretare mult mai amplă a acesteia, care să ia în discuție inclusiv bazele unui sistem de sănătate al Uniunii pe care le pune Directiva. Chiar dacă intenția care a animat multe din statele occidentale în adoptarea acestui act normativ ține mai curând de crearea unui mecanism de acompaniament pentru libera circulație a lucrătorilor, fiind cumva parte a strategiei de luptă împotriva declinului demografic, efectele acestuia pot fi suficient de ample, existând șansa ca ele să depășească cu mult intențiile inițiale.

Luând în considerare efectele estimate ale Directivei, transpunerea într-un mod adecvat a prevederilor acesteia în legislația națională coincide într-o foarte mare măsură cu însăși procesul de reformă. Având în vedere efectele anticipate ale prevederilor Directivei am sugerat care măsuri de reformă ar acoperi în cea mai mare măsură interesul general, indicând o serie de dificultăți ce vor apărea atât în cazul adoptării variantelor indicate cât și, mai ales, în situația orientării reformei sistemului sanitar către alte strategii.

OBIECTIVELE STRAGICE

OG 1 Aderarea la Rețelele Europene de Referință

Reţelele europene de referinţă facilitează schimburile de cunoştinţe dintre specialiştii şi centrele de expertiză din diverse ţări în domeniul bolilor rare.

Bolile rare sunt boli care pun viaţa în pericol sau provoacă o invaliditate cronică. De cele mai multe ori, ele sunt transmise genetic şi au o prevalenţă redusă. De aceea trebuie luate măsuri pentru a:

- reduce numărul cazurilor noi de îmbolnăvire
- evita cazurile de deces în rândul nou-născuţilor şi al copiilor mici
- menţine calitatea vieţii pacienţilor şi potenţialul lor socio-economic.

În ţările din UE, este considerată rară orice boală care afectează mai puţin de 5 persoane din 10 000. O cifră care poate părea nesemnificativă, însă, la nivelul celor 27 de state membre ale UE vorbim de aproximativ 246 000 de cazuri. Majoritatea pacienţilor suferă de boli cu o prevalenţă şi mai scăzută (1 caz la 100 000 de persoane sau chiar mai multe).

Se estimează că, la ora actuală, în UE, un număr de 5000 până la 8000 de boli rare afectează 6-8% din populaţie (27-36 de milioane de cetăţeni).

Reţelele europene de referinţă trebuie:

să aplice criteriile definite de UE pentru bolile rare care necesită îngrijiri de specialitate

- să servească drept centre de cercetare şi diagnosticare care să trateze pacienţii provenind din alte ţări din UE
- să garanteze accesul la facilităţi de tratament, atunci când este necesar.

Criteriile de aderare la aceste rețele constituie în fapt cele mai înalte standarde de funcționare a unităților sanitare, devenind puncte de referință pentru toate spitalele. Ele impun atât crearea standardelor de siguranță a pacienților și privind calitatea serviciilor medicale cât și necesitatea echivalării/pregătirii personalului la standardele europene.

Implementarea Rețelelor Europene de Referință include și posibilitatea includerii strategiei noastre ce vizează îmbunătățirea calității serviciilor medicale prin creșterea calității vieții profesionale a lucrătorilor din Sănătate. Exemplul Franței este unul relevant în ceea ce privește demonstrarea legăturii dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale, introducerea unor standarde de evaluare a spitalelor în acest sens dovedindu-se necesară.

OS 1.1 Selectarea și înscrierea unităților sanitare românești de elită în eforturile de constituire a rețelelor europene de referință

Direcții strategice/Măsuri:

a) Inițierea unui program de informare a unităților sanitare pe tema Rețelelor Europene de Referință (RER);

b. La nivelul Ministerului Sănătății se va constitui un grup de lucru specializat pe această temă, având drept rol sprijinirea unităților sanitare în îndeplinirea condițiilor necesare pentru aderarea la RER

OS 1.2 Participarea spitalelor românești de elită la rețelele europene de referință

Direcții strategice/Măsuri

a. Unitățile sanitare publice selectate ca membre ale grupurilor de referință vor fi sprijinite financiar pentru dezvoltare și asigurarea cofinanțării aferente implementării proiectelor;
b. Se va sprijini constituirea unei „rețele naționale” formată din unitățile sanitare membre ale rețelelor europene de referință.

OG 2 Creșterea calității și siguranței serviciilor medicale

Legea malpraxisului trebuie să fie sincronizată cu o serie întreagă de măsuri de reformă a sistemului, necesare atât pentru a asigura o mai bună funcționare a acestuia cât și pentru a putea opera o serie de diferențieri necesare, cum ar fi: culpa sistemului vs. culpa personalului medical, efecte adverse vs. malpraxis,[1] culpa medicului vs. culpa altor categorii de personal medical, erori individuale vs. disfuncționalități ale echipei medicale. În aceeași situație se află creșterea nivelului de standardizare a procedurilor medicale, care să genereze un sistem de raportare obiectiv, necesar atât pentru identificarea și sancționarea cazurilor de malpraxis cât și pentru prevenirea acestora.
În forma actuală de organizare, erorile de sistem tind să fie atribuite personalului medical, categoria asistentelor medicale jucând deseori rolul de Acar Păun în această ecuație.

Conform lui David H. Sohn „Majoritatea vătămărilor în medicină, totuși, sunt determinate fie de erorile de sistem fie din alte motive decât neglijența”.[2] În astfel de situația neglijența constă în eșecul furnizării unui standard de îngrijire. Doar cca. 27% din efectele adverse în medicină sunt datorate neglijenței.[3]
Culpa sistemului este datorată în bună măsură erorilor umane firești, care nu pot fi evitate în condițiile date.

Proiectul de lege inițial se rezuma la a considera malpraxis doar o eroare a salariatului (eventual salariaților), ratând culpa sistemului. Spre exemplu, dacă salariatul este disculpat (așa cum este normal) în caz de absența condițiilor improprii pentru tratament (lipsa medicamentelor, a materialelor etc.) se naște întrebarea cine plătește pentru suferința pacienților în astfel de cazuri? Se poate astfel observa că proiectul de lege vizează de fapt doar instituirea responsabilității civile a salariaților, nu despăgubirea pacienților pentru erorile cărora le cad victime. Faptul că din ansamblul prevederilor lipsește culpa sistemului este ușor de înțeles, în condițiile în care ea nu există ca atare în viziunea de ansamblu asupra acestuia, nici măcar din perspectiva opiniei publice. Din paradigma „acarul Păun - culpa sistemului” inițiatorii preiau doar posibilitatea vinovăției salariaților, considerându-i singurii posibili vinovați. Culpa sistemului este înlocuită parțial de culpa furnizorilor de servicii medicale.

Creșterea nivelului despăgubirilor acordate în caz de malpraxis trebuie să fie simultană cu creșterea veniturilor celor obligați să se asigure. În caz contrar ia naștere un risc disproporționat față de câștig în exercitarea profesiei, cu un puternic efect inhibitor asupra intrărilor în sistem. Suplimentar, efectul inhibitor va acționa și asupra comportamentului profesional, dând naștere medicinii defensive, el fiind puternic potențat de condițiile improprii de exercitare a profesiei.

Proiectul de lege inițial introducea forme de răspundere solidară și în situații în care competențele celor implicați nu justifică acest lucru. Este în special cazul asistenților medicali care au statutul de salariați, libertatea acestora de exercitare a profesiei fiind cu mult depășită de amploarea subordonării ierarhice ce derivă din calitatea lor de salariați, inclusiv în ceea ce privește actul medical. Motiv pentru care

răspunderea ar trebui să fie proporțională cu competența și cu atribuțiile acordate de către angajator și șefii ierarhici.

Pentru clarificarea situației juridice trebuie făcută diferența între situațiile în care profesiile medicale sunt exercitate în mod liberal, având competențe sporite în ceea ce privește decizia, și cele în care profesioniștii sunt în situații de subordonare ierarhică, raporturile cu pacienții fiind mult mai constrângătoare.

Situațiile de incapacitate a pacientului de a-și da acordul informat nu sunt reglementate corespunzător, fiind bazate pe „prezumția deciziei în interesul pacientului pe baza gradului de rudenie”. Această prezumție trebuie însă completată cu un instrument modern de intervenție, pe model occidental, respectiv ***Instrucțiunile de sănătate*** pe care orice cetățean le poate da, împuternicind o altă persoană să decidă în locul său în situațiile în care va fi lipsit de capacitatea de decizie.

Constituirea unui corp independent de experți, capabil să depună mărturii obiective și relevante privind cazurile de malpraxis, este o măsură urgentă. În acest sens pot fi identificate câteva pericole majore:

- Riscul ca experții să apere de fapt interesele unei anumite categorii profesionale („riscul de castă”). Pentru diminuarea acestui risc este necesară elaborarea unui set de proceduri.
- Absența unei practici în domeniu, respectiv lipsa unei specializări în acest sens. Formulele de pregătire cu raportare la practica desfășurată în alte state membre U.E. sunt necesare, evidențiind astfel fie necesitatea unei perioade de trecere la noile prevederi fie pregătirea intrării în vigoare a prevederilor legale prin derularea activităților de formare adecvate.
- Riscul ca experții să fie strâns legați de organismele profesionale, în condițiile în care acestea nu și-au putut desfășura în mod eficient până acum competențele în domeniu, tinzând mai curând să apere unii din profesioniștii care au greșit (chiar dacă în felul acesta afectează interesele întregului corp profesional).[5] De altfel, acest fapt devine lesne de înțeles în condițiile în care reprezentanții organismelor profesionale sunt aleși de membrii corpului profesional. În acest sens sunt posibile cel puțin două soluții:
    - Crearea unui corp de experți independent de organismele profesionale, ca instituție independentă (ex. Corpul experților în malpraxis).
    - Sau reforma organismelor profesionale și orientarea acestora către o abordare mult mai obiectivă și mai tranșată a situațiilor de încălcare a îndatoririlor profesionale, reformă care să includă și crearea unui organism de control independent de persoanele alese.

OS 2.1 Introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii

Alegerea unuia sau altuia din cele două mari sisteme pe care le prezentăm, respectiv *sistemul malpraxis* și *sistemul despăgubirilor pentru prejudicii,* nu ține de preferințele unuia sau altuia din factorii de decizie, ci de coerența cu orientarea juridică și socială a societății și de respectarea condițiilor ce derivă din calitatea României de stat membru al Uniunii Europene. În acest sens, considerăm că orientarea societății românești către un sistem social democrat sau către unul liberal stabilește *a priori* modelul dezirabil. Avem în vedere faptul că *sistemul malpraxis-ului* este unul coerent cu modelul liberal, presupunând libertatea cetățenilor vătămați de a-și obține drepturile prin intermediul instanței îndreptându-se împotriva personalului medical, iar *sistemul despăgubirilor pentru prejudicii* presupune adoptarea unei viziuni sociale, care combină plafonarea nivelului despăgubirilor cu un grad mult mai ridicat de accesibilitate la despăgubiri și cu asumarea unei responsabilități sporite din partea statului.
Există două argumente politico-juridice fundamentale pentru alegerea sistemului despăgubirilor pentru prejudicii: faptul că România este un stat social, indicând în acest sens prevederile Constituției, și

condițiile derivate din statutul României de membru al Uniunii Europene, trimițând în acest sens la prevederile Directivei nr. 24/2011.

Considerăm de asemenea că sistemul sanitar este, la rândul lui, caracterizat de-o orientare socială, constituind astfel un context favorabil mai curând unui „sistem social de despăgubire” decât a unuia liberal. Amploarea sectorului public în domeniul serviciilor medicale, faptul că personalul medical are statutul de angajat, dimensiunea extrem de redusă a sectorului privat atât în ceea ce privește furnizarea serviciilor medicale cât și în privința finanțării sistemului, plafonarea salariilor personalului medical la nivelul personalului bugetar, nivelul foarte scăzut al salarizării, relațiile de muncă și profesionale din cadrul unităților sanitare etc., constituie toate argumente în favoarea introducerii *sistemului de despăgubiri în caz de prejudicii.*

Reforma sistemului în acest domeniu ar trebui să fie în fapt subordonată obiectivului general, creșterea calității serviciilor medicale respectiv creșterea gradului de satisfacției al pacienților. Creșterea calității serviciilor medicale este puternic dependentă de creșterea calității vieții profesionale. Evident, în condițiile în care noul sistem va avea un impact negativ asupra salariaților cel puțin prin intermediul costurilor asigurărilor de malpraxis, care survin pe fondul unui nivel foarte scăzut al salariilor, nu putem vorbi de un impact pozitiv asupra calității serviciilor medicale.

Marea problemă a proiectului propus inițial o constituie faptul că are ca standard *neglijența*, complicată suplimentar cu *inadecvarea* și *incompetența*. Alegerea acestui model are o serie întreagă de dezavantaje, conducând la o inadecvare generală la specificul sistemului sanitar și al mentalității românești.

Într-o analiză comparativă, pot fi observate câteva din consecințele fiecăruia dintre cele două sisteme:

- **Sistemul despăgubirilor administrative** presupune garantarea de către stat/furnizori a unor standarde minime de tratament pentru cetățeni și despăgubirea acestora în cazul nerespectării acestora standarde. Evident, angajamentele legale în acest context tind să fie mult mai precaute în ceea ce privește serviciile garantate (pachetul de servicii).

În condițiile în care modelul este puternic bazat pe precedent, sistemul nostru juridic ar putea constitui un impediment pentru implementarea acestui model.

- **Sistemul litigios** presupune că garantarea unui nivel calitativ este făcută de personalul medical, aceștia fiind nevoiți să asume și costurile despăgubirilor în cazul nerespectării standardelor. În acest context, sistemul alunecă de la respectarea standardelor de tratament la respectarea deontologiei profesionale. Ceea ce înseamnă că pacientul nu mai are garanția unor standarde de tratament, ci a unora de comportament profesional. În această variantă riscurile contextuale (lipsă de resurse, deficit de personal etc.) sunt de fapt preluate de către pacienți, personalul medical fiind ținut doar la respectarea deontologiei profesionale în contextul dat, adică în limitele posibilului definite de situație. În condițiile în care corpul medical își definește singur normele de comportament profesional, este de așteptat ca acestea să cunoască un recul pentru a crea mai multe posibilități de apărare. Problema este însă mult mai complicată dacă avem în vedere contextul creat de Directiva nr. 24/2011 care scurtcircuitează „zidul național de apărare” impunând aplicarea unor principii europene în domeniu.

Având în vedere faptul că este de preferat sistemul despăgubirii pacienților în caz de prejudiciu indicăm în continuare avantajele acestuia și dezavantajele sistemului malpraxis:

Sistemul litigios/de malpraxis, bazat pe identificarea neglijenței și pe libertatea acțiunii în instanță a celui prejudiciat, are câteva dezavantaje majore, care-l fac impropriu pentru aplicarea lui în România:

- Presupune costuri foarte mari, greu de suportat de „plătitorul final” – cetățeanul.

- Determină apariția medicinii defensive, ale cărei costuri financiare amplifică efectul negativ asupra sistemului.
- Prin intermediul neglijenței, ca principiu de funcționare, sistemul malpraxis tinde să opereze în dauna salariaților. Având în vedere faptul că costurile despăgubirilor și funcționării sistemului sunt suportate în cea mai mare parte de societățile de asigurări, acestea vor urmări deplasarea riscurilor în seama salariaților, în special prin nivelul primelor practicate. Pentru ca salariații să poată suporta astfel de costuri este necesară o creștere proporțională a salariilor, aceasta antrenând la rândul ei creșterea costurilor de funcționare a sistemului.
- Fiind centrat pe neglijență, demonstrarea absenței neglijenței va conduce la tendința salariaților de a respinge pretențiile pacientului care se consideră prejudiciat, deși demonstrarea absenței neglijenței nu este același lucru cu dovedirea absenței prejudiciului.
- Acest model are un impact negativ semnificativ asupra relației dintre personalul medical și pacient. Suplimentar, el determină o reacție de apărare, manifestată prin reticență în declararea cazurilor, tendința de-a ascunde dovezile etc., îngreunând feedback-ul pozitiv asupra îmbunătățirii funcționării sistemului.
- Designul acestui sistem conduce la „forțarea” demonstrării neglijenței în sofismului: nu există prejudiciu fără neglijență. Or, medicina înseamnă de multe ori rezultate sub nivelul așteptat, mai ales când așteptările nu sunt realiste.
- Determină inegalitate în ceea ce privește despăgubirile acordate celor prejudiciați, datorită inegalității în ceea ce privește resursele financiare ale cetățenilor (în condițiile în care solicitarea despăgubirilor în instanță atrage costuri semnificative).
- Ansamblul inegalităților îl fac indezirabil pentru un stat social, așa cum este România.

Sistemul despăgubirilor administrative este mult mai adecvat realităților românești, având următoarele avantaje:

- Are capacitatea de a realiza o distribuție mai echitabilă a despăgubirilor, mult mai apropiată de ponderea celor prejudiciați.
- Costurile de funcționare sunt mult mai mici decât în cazul sistemului litigios.
- Impactul negativ asupra serviciilor medicale și asupra capacității sistemului public (în special) de a le furniza este mult mai redus;
- Poate să absoarbă „culpa sistemului”, contracarând în mod eficient tendința de a arunca vina pe salariați (riscul inerent neglijenței).
- Așezarea cât mai aproape de modelul *No-fault,* adică eliminarea neglijenței ca aspect central în stabilirea despăgubirilor, micșorează durata de rezolvare a cazurilor. Conform studiilor comparative, este vorba de o trecere de la media de 4-5 ani pentru rezolvarea în instanță a unui caz la media de 8 luni în cazul sistemului administrativ.

Riscuri

„Presiunea inutilă”[6] exercitată asupra salariaților pe calea acuzațiilor de malpraxis, mai ales în situațiile în care acestea sunt nefondate, poate avea câteva efecte negative semnificative:

- Atitudinea defensivă (medicina defensivă)
- Scăderea calității vieții profesionale
- Creșterea tendinței de migrație

Medicina defensivă este poate cel mai important risc, efectele ei fiind cu atât mai severe cu cât este vorba de un sistem sărac în resurse. Orientarea către medicina defensivă poate determinat o adevărată buclă negativă, costurile mai mari antrenate de medicina defensivă sărăcind și mai mult resursele sistemului, puținătatea resurselor crescând gradul de precauție…, efectul final constituindu-l diminuarea calității și cantității serviciilor medicale.

Este necesară construirea unui sistem administrativ de despăgubire, bazat pe dreptul pacientului prejudiciat de a fi despăgubit. Modelul garantează astfel pacienților dreptul la o despăgubire onestă și rapidă, fără a-i pune în situația de a intra în conflict cu personalul medical și furnizorii de servicii medicale.[1] În acest caz nu este vorba de „o lege a malpraxis-ului”, ci de *o lege a despăgubirii pacienților prejudiciați*.

Un astfel de model are avantajul de a putea contura nivelul așteptărilor legitime pentru pacienți, eliminând astfel efectele unei mentalități culpabilizante, dăunătoare atât personalului medical cât și pacienților. În situația în care se optează pentru un model „No-fault”, acesta oferă și avantajul participării personalului medical la constituirea fluxului de informații necesar pentru buna funcționare.

Aplicarea acestui principiu presupune centrarea pe dreptul pacientului la despăgubiri și acordarea despăgubiri, urmată sau nu, după caz, de cercetări pentru identificarea celor culpabili.

Direcții strategice/Măsuri:

Definiție

Despăgubirea pentru pacienții prejudiciați operează în cazului unui prejudiciu determinat de procedurile de diagnostic și/sau tratament, respectiv de îngrijirile de sănătate, prejudiciu care nu s-ar fi întâmplat în situația în care pacientul ar fi tratat de cel mai bun specialist în aceleași circumstanțe.

Sistemul general de asigurări/Sistemul de despăgubire în caz de prejudicii

Considerăm oportună constituirea unui Sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudicii, ca instituție de primă line în relația cu pacienții, responsabilă de realizarea principiului despăgubirii în caz de prejudicii, respectiv de asigurarea resurselor financiare necesare pentru despăgubire.

Acest sistem ar urma să fie finanțat din următoarele surse:

- Asigurările de sănătate (asigurările sociale de sănătate și asigurările complementare).
- Asigurările de malpraxis, încheiate de:
  - Personalul medical
  - Unitățile medicale
  - Furnizorii de medicamente și materiale sanitare.
- Asigurările pentru accidente de muncă.

Contribuția asigurărilor de sănătate la finanțarea sistemului general de asigurări are în vedere situațiile de prejudicii care nu sunt determinate de o culpă identificabilă și faptul că asigurările de sănătate asigură pacientul și împotriva unor astfel de situații.

Criteriile de despăgubire

Categoriile solicitărilor de despăgubire[2] se împart, în funcție de cauză, în prejudicii produse de:

a. Tratament

b. Diagnostic

c. Medicamente și materiale sanitare

d. Infecțiile intra-spitalicești

e. Accidente.

Punctele a) și b) sunt stabilite în funcție de standardele specialistului experimentat, respectiv *regula specialistului experimentat*: se stabilește dacă prejudiciul s-ar fi produs în situația în care pacientul ar fi fost tratat de cel mai bun specialist din acea specialitate.[3] Dacă la momentul tratamentului exista o

variantă alternativă de tratament care este cel puțin la fel de sigură și eficientă, care ar fi putut fi aleasă și ar fi putut conduce la evitarea prejudiciului atunci solicitările de despăgubiri pot fi onorate.

Toate acestea constituie reguli de despăgubire.

Criteriile de despăgubire[4]

Principiul aplicabil	Criterii	Regula aplicabilă	Definiția	Cine plătește despăgubirea
Prejudiciile evitabile	Prejudicii determinate de diagnostic și tratament	Regula specialistului experimentat	Prejudiciu determinat de procedurile de diagnostic și/sau tratament, prejudiciu care nu s-ar fi întâmplat în situația în care pacientul ar fi tratat de cel mai bun specialist în aceleași circumstanțe. Include de asemenea prejudiciile care ar fi fost evitate dacă ar fi fost aleasă o altă procedură de diagnostic și/sau tratament cu un grad egal de eficacitate și siguranță pentru pacient.	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii
	Prejudicii determinate de echipamente și materiale	Utilizarea conformă	Prejudiciile determinate de utilizarea improprie a produselor sau echipamentelor medicale.	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii
Prejudiciile „de neevitat” – prejudiciile rare și severe, ce survin împotriva așteptărilor rezonabile	Prejudicii determinate de echipamente și materiale	Funcționarea conformă	Prejudiciile determinate de funcționarea improprie a produselor sau echipamentelor medicale.	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii
	Prejudicii cauzate de infecțiile intra-spitalicești	Infecțiile	Prejudiciile determinate de transmiterea unui agent infecțios către un pacient în timpul îngrijirilor de sănătate. Infecția trebuie să fie peste ceea ce este tolerat în mod rezonabil, iar severitatea și riscul de survenire trebuie să depășească severitatea bolii de bază și nevoia de tratament pentru aceasta.	Sistemul de despăgubiri în caz de prejudicii
	Prejudicii cauzate de accidente	Funcționarea conformă	Prejudiciile datorate unor accidentări sau focului care survin în cadrul unei unități de îngrijire a pacienților în timpul furnizării serviciilor de îngrijire	Asigurarea pentru accidente de muncă

Crearea unei instituții specializate

Aceasta ar urma să asigure aplicarea unitară a regulilor și dezvoltarea rezolvări cazurilor bazate pe precedent,[5] jucând totodată rol de ultimă instanță administrativă. Ea trebuie compusă din specialiști, reprezentanți ai asiguratorilor, ai pacienților și ai salariaților.

Trebuie să fie responsabilă de selectarea experților în domeniu, și constituie Corpului experților în îngrijiri de sănătate. Suplimentar, va avea în sarcină dezvoltarea unor analize în domeniu, propunând cele mai bune soluții.

Organizarea procedurală

Esențială este soluționarea cererilor de despăgubire în cadrul procedurilor administrative. Procedura include posibilitatea apelului instituțional; instanța de apel extraordinar – comisia centrală.

Suplimentare, există posibilitatea apelului la instanță în caz de nemulțumire față de procedura administrativă.

Crearea unui corp disciplinar

În varianta introducerii sistemului de despăgubire a pacienților pentru prejudicii absența efectului inhibitor asupra erorilor profesioniștilor poate fi suplinită de introducerea unui circuit disciplinar. Acesta poate fi constituit într-un cadrul mixt, compus din organismele profesionale și unitățile sanitare. Pentru ca un astfel de sistem să fie funcțional este nevoie de o reformă semnificativă a organismelor profesionale, centrată pe întărirea rolului acestora de garanți publici ai respectării deontologiei profesionale. Modificările legislative în acest sens, care includ finanțarea din fonduri publice[6] și un control din partea instituțiilor statului trebuie dublate de criterii obiective de selecție a specialiștilor la care recurg organismele profesionale.

Acest corp disciplinar ar avea menirea de a prelua cazurile în care pacienții sunt despăgubiți în măsura în care este implicată neglijența/culpa salariaților și de a stabili atât dacă este cazul aplicării sancțiunilor cât și modificările de procedură necesare pentru evitarea situațiilor care de acest gen. La limită, poate fi luată în considerare și posibilitatea ca pentru cazurile de neglijență demonstrate să opereze despăgubirea compensatorie de la asiguratorul personalului medical.[7] Construcția acestui mecanism de feedback are menirea de a crește siguranța pacienților și a spori încrederea acestora în funcționare sistemului.

Îmbunătățirea procedurilor medicale

Analiza solicitărilor de despăgubiri și a anchetelor desfășurate trebuie să conducă la o semnificativă îmbunătățire a procedurilor de diagnostic și tratament, contribuind pozitiv la creșterea siguranței pacienților. De asemenea, procedura include și un mecanism de feedback privitor la măsurile de siguranță a pacienților.

Câteva măsuri care pot conduce la reducerea transferului culpei sistemului asupra salariaților:

- Introducerea unor formule de recunoaștere a erorilor sistemului
- Informatizarea sistemului de administrare a medicației
- Introducerea brățărilor de identificare pentru a evita confundarea unui pacient cu altul
- Introducerea formelor de audit al organizării sistemului medical[4]
- Introducerea listelor de verificare în cadrul procedurilor medicale
- Introducerea unui sistem de raportare a erorilor cu rol de feedback în organizarea medicală
- Identificarea și eliminarea erorilor celor mai frecvente.

Astfel de erori pot fi reduse mai curând prin modificarea sistemului decât prin intermediul aplicării unor sancțiuni individuale, ultima determinând tendința de a le ascunde.

Note:

[1] Chiar și în situația introducerii unei proceduri disciplinare consecutive, ea operează doar în cazurile de neglijență, generând astfel un spațiu al încrederii în personalul medical bazat pe ceea ce am denumit generic *cupa sistemului*.

[2] Conform modelului suedez.

[3] Problemele pe care le ridică:

- Trebuie evaluată doar procedura aplicată sau ar trebui să ia în considerare și procedurile alternative?
- Măsura în care factorii de decizie trebuie să se bazeze pe regula precedentului.

[4] Definițiile și criteriile de despăgubire sunt rezultatul preluării și prelucrării informațiilor in Kachalia, et al., *Avoidability and Medical Injury Compensation*, Tabelul nr. 2, *Cirteria for Compensability of Medical Injury in Four Countries.*

[5] Rezolvarea cazurilor bazată pe precedent necesită un consum de timp semnificativ doar la primele cazuri rezolvate, ulterior putând fi implementate proceduri specifice de rezolvare a anumitor tipuri de cazuri (cu verificarea periodică a procedurilor).

[6] Este vorba cel puțin de-o finanțare parțială, ce vizează susținerea dimensiunii ce interesează garantarea publică a respectării deontologiei profesionale. La ora actuală s-a ajuns la situația nefuncțională în care membrii organismelor profesionale sunt obligați să susțină financiar funcționarea unor organizații ce ar trebui să facă și o gamă largă de servicii publice, inclusiv acțiuni de control asupra propriilor membri. Acesta este unul din principalele motive pentru care aceste organisme au devenit în bună măsură nefuncționale în ceea ce privește acțiunile de stabilire a standardelor profesionale, controlul respectării acestora și aplicarea sancțiunilor în cazul abaterilor.

[7] O astfel de variantă necesită construcția unui sistem dublu de asigurări pentru despăgubiri în caz de prejudiciu: cel de bază, ce are ca obiectiv despăgubirea pacientului, și cel secundar, constituit din asigurările de malpraxis ale personalului medical, ce creează posibilitatea unei susțineri financiare a sistemului de bază de către salariați, în situații de neglijență, via societățile de asigurări pentru malpraxis. Într-o astfel de variantă este vorba de două proceduri separate, ce au un doar câteva punct de contact între ele, procedura secundară, bazată pe neglijență, fiind detașată de prima, bazată pe dreptul pacientului prejudiciat de a fi despăgubit. Pe această cale, în intervalul creat de cele două proceduri se poate contura dimensiunea culpei sistemului.

OS. 2.2 Introducerea ghidurilor clinice

Continuarea procesului de elaborare a ghidurilor clinice, protocoalelor terapeutice și elaborarea traseelor clinice constituie o măsură bună, necesară, care nu este însă abordată la modul cel mai potrivit, deoarece nu finanțarea acestei activități este principala problemă, ci acordul specialiștilor pe temele specifice acestor mecanisme de diagnostic și tratament

OS 2.3 Introducerea standardelor de calitate și siguranța

Servicii de sănătate mai sigure pentru pacienți. O nouă abordare a medicinii.

Direcții strategice/Măsuri:

Acțiuni menite să facă din calitatea și siguranța serviciilor medicale o preocupare națională.
Creșterea standardelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale și a așteptărilor prin intermediul instituțiilor de supraveghere a calității, a organizațiilor ce reprezintă pacienții, furnizorii și profesioniștii din sănătate.
Implementarea practicilor profesionale sigure la nivel bazal.
Creșterea gradului de conștientizare a tuturor actorilor sistemului asupra frecvenței și efectelor erorilor ce survin în cadrul serviciilor medicale.
Crearea rețelelor de diseminare a cunoștințelor și practicilor de prevenire a erorilor comune.
Crearea unui mediu care încurajează organizațiile să identifice erorile, cauzele acestora și să implementeze acțiunile menite să îmbunătățească performanțele în domeniul calității și siguranței (mecanism de feedback din erori).
Alinierea sistemului de despăgubiri și de asigurări de sănătate la o strategie comună care să încurajeze calitatea și siguranța serviciilor medicale.

Utilizarea eficientă a mecanismelor existente pentru asigurarea standardelor minime de performanță:

- Acordarea licențelor
- Certificarea
- Acreditarea
- Finanțarea.

Se are în vedere și existența următorului cadru general:

- Acțiunile „consumatorilor” (asociațiile pacienților, alte structuri de reprezentare) afectează comportamentul organizațiilor din sănătate;
- Valorile și normele organizațiilor profesionale/profesioniștilor din sănătate influențează:
  - Standardele de practică
  - Pregătirea și educația furnizorilor.

Standardele de calitate și siguranță vizează:

- **Profesioniștii din sănătate:**
  - Organizațiile profesionale
    - Planuri de formare obligatorii
    - Proceduri de lucru specifice fiecărei categorii de profesioniști
    - Roluri clare definite în documentele strategice
    - Identificarea „profesioniștilor nesiguri” și dezvoltarea unor acțiuni corective
    - Identificarea competențelor legate de calitatea și siguranța serviciilor medicale
  - Profesioniștii
    - Certificatul de liberă practică corelat cu un minim de cunoștințe în domeniu
      - Re-examinarea periodică în domeniul cunoștințelor teoretice și practice pe temele cheie ce țin de calitatea și siguranța serviciilor medicale
    - O dimensiune a salarizării în funcție de performanță corelată cu rezultatele în domeniul calității și siguranței
- Unitățile sanitare:
  - Standarde specifice în procesul de acreditare periodică
  - Monitorizarea continuă a respectării standardelor de calitate și siguranță
  - Implementarea unui sisteme de raportare și analiză a erorilor care nu sunt bazate pe pedeapsă
  - Stabilirea unor programe de pregătire a echipelor medicale, care să includă simularea
  - Programele în domeniul calității și siguranței trebuie să includă: definirea obiectivelor de program, personal și bugete, și să conțin procese de raportare permanentă și de evaluare periodică a erorilor medicale.
  - Introducerea practicilor medicamentoase sigure.
- Furnizorii de formare:
  - Dezvoltarea unei curricule specifice calității și siguranței;
- Instrumentele și metodele prin intermediul cărora aceștia își desfășoară activitatea.
- Asiguratorii de sănătate
  - Stimularea financiară a măsurilor eficiente de reducere a erorilor

Planul de acțiune:

1. Instituirea unui Acord privind creșterea calității și siguranței serviciilor medicale
2. Elaborarea unui set de propuneri legislative pentru creșterea calității și siguranței serviciilor medicale.

3. Constituirea Comitetului de calitate și siguranță a serviciilor medicale - instituție cu caracter de scurtă durată
4. Constituirea Centrul de calitate și siguranță a serviciilor medicale - instituție centrală cu caracter permanent
5. Constituirea la nivelul spitalelor a Nucleelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale (prin reforma actualelor nuclee de calitate).
6. Orientarea cercetării către problema calității și siguranței serviciilor medicale
7. Instituirea unui Sistem național de raportare și diseminare a informațiilor în domeniul calității și siguranței serviciilor medicale
8. Orientarea planurilor de formare ale organizațiilor profesionale către creșterea calității și siguranței serviciilor medicale.

Indicatori:

- Reducerea erorilor medicale cu peste 10%
- Creșterea gradului de satisfacție al pacienților.
- Elaborarea unui standard de acreditare a spitalelor din punctul de vedere al calității

Crearea unei agende naționale pentru reducerea erorilor în sănătate și îmbunătățirea siguranței pacienților. Ea își propune să determine răspunsuri la nivel regional și în cadrul unităților sanitare și organizațiilor profesionale.

Activitatea întregului sistem va fi evaluată după o perioadă de 5 ani, urmând a se lua decizia în ceea ce privește eficiența acestuia și schimbările necesare.

OS 2.3 Înființarea Centrului pentru Calitatea și Siguranța Serviciilor Medicale

Direcții strategice/Măsuri:

Constituirea Centrului de Calitate și Siguranță a Serviciilor medicale:

- Raport anual către Parlament și primul-ministru
- Stabilește obiectivele de siguranță și calitate
- Construcția unor modele pentru sistemele de siguranță
- Dezvoltarea mecanismelor de cunoaștere și înțelegere a erorilor survenite în furnizarea serviciilor medicale prin dezvoltarea unei agende de cercetare (și conectarea ei la resursele de finanțare)
- Înființarea unor centre de excelență în domeniul calității și siguranței serviciilor medicale, ca diseminatori de bune practici în domeniu
- Evaluarea metodelor de identificarea și prevenire a erorilor și stabilirea procedurilor de acțiune
- Crearea mecanismelor și activităților de comunicare și diseminarea a informațiilor și procedurilor relevante pentru îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor medicale.
- Dezvoltă instrumentele și mecanismele pentru educarea pacienților și populației în domeniul siguranței și calității serviciilor medicale.

Introducerea unui sistem național de raportare, orientat pe următoarele dimensiuni:

1. Sistemul de raportare obligatorie
   a. Vizează evenimentele adverse care au drept rezultat decesul sau efecte foarte grave
2. Sistemul de raportare voluntară
   a. Vizează evenimentele adverse care nu sunt incluse în prima categorie
   b. Înscrierea voluntară poate fi punctată suplimentar la evaluare
3. Sistemul de comunicare a informațiilor/metodelor/procedurilor utile
4. Sistemul de raportare/monitorizare a gradului de respectare a standardelor de calitate/acreditare

NOTE:

[1] Absența unor eforturi în acest sens dăunează în special personalului medical, ce cade victima unor continue suspiciuni și acuzații, dar și pacienților, care riscă să irosească bani și timp în instanțe în situații în care nu este vorba de malpraxis. Spre exemplu, conform statisticilor din SUA peste 60% din reclamații se dovedesc nefondate încă din prima fază procedurală și doar 1% din astfel de reclamații se soldează cu un verdict de despăgubire. (Importantă în acest sens este și „presiunea juridică” exercitată de societățile de asigurări, care au un evident interes în diminuarea numărului de cazuri și a sumelor plătite pentru a-și apăra profitul.) Evident, trebuie luat în considerare și faptul că este vorba de o „mentalitate procesomană” specifică SUA. Însă cu observația că o lege care nu este sincronă cu o serie de modificări ale sistemului și cu măsuri eficiente de conștientizare riscă să orienteze și la noi populația către o mentalitate identică.
[2] David H. Sohn, No-Fault Compensation; Are there benefits to not assessing blame?, American Academy of Orthopaedic Surgeons Now, november 2012 Issue , http://www.aaos.org/news/aaosnow/nov12/managing6.asp (accesat 16.08.2013).
[3] Ibidem, citând un studiu al Harvard Public Health.
[4] La momentul actual acesta intră partial în atribuțiile Comisiei Naționale de Acreditare a Spitalelor.
[5] Raportându-ne la studiile occidentale în domeniu considerăm că un număr mare de erori medicale ce pot fi considerate malpraxis aparțin unui număr mic de medici, aceștia din urmă putând fi îndepărtați din sistem în condițiile existenței unor organisme profesionale funcționale.
[6] *Presiunea inutilă* este generată de introducerea unei legi inadecvate realităților sistemului, ce face din personalul medical principalul vinovat pentru toate disfuncționalitățile sistemului sanitar.

OG. 3 Reforma finanțării sistemului sanitar

Principala problemă a sistemului sanitar o constituie deficitul financiar, adică lipsa fondurilor necesare pentru a trata în mod onorabil cetățenii. Având în vedere că suntem o țară săracă un anumit nivel al deficitului este firesc (asta înseamnă că ne permitem un nivel mai redus de servicii de sănătate decât o țară bogată). Problema o constituie însă faptul că există un deficit financiar și raportat la nivelul nostru de sărăcie, fapt evident atunci când comparăm cheltuielile pentru sănătate din România cu cele din alte state în procente din PIB. Altfel spus, printr-o decizie nu se știe de cine luată, România este cel mai puțin preocupată de sănătatea propriei populații din toată Uniunea Europeană.

Penuria de consumabile și medicamente (ce este dublată de o lipsă tot mai accentuată a personalului medical) are drept principală cauză deficitul de finanțare, restul cauzelor (spre exemplu deficiențele manageriale și cele legislative) fiind secundare raportat la amploarea problemei.

Dincolo de diferitele declarații privind risipa din sistem rămâne un adevăr trist: prea puțini cetățeni plătesc pentru sănătatea tuturor (așa cum este ea asigurată) iar statul nu vine să compenseze din alte surse acest deficit.

Incompetența managerială contribuie și ea uneori la accentuarea deficitelor financiare. Chiar și desele cazuri de manageri competenți nu pot avea rezultate nemaipomenite în condițiile în care dirijarea puținilor bani existenți suferă numeroase contorsiuni politice.

În acest context financiar trist creșterea ponderii asigurărilor de sănătate private poate constitui o parte a soluției pentru actuala stare de finanțare a sistemului de sănătate. Condiția este însă ca ele să aducă o suplimentare a sumelor ce intră în sistemul sanitar.

Analizele comparative: studiu de caz – sistemul Britanic de sănătate.

Una din cele mai importate variabile o constituie posibilitățile statului de finanțare a unui astfel de sistem. Particularitatea esențială a sistemului britanic de sănătate (des invocat ca exemplu de

funcționare eficientă a unui sistem social de sănătate) este direct legată de resursele financiare ale Marii Britanii. Comparațiile în această direcție trebuie făcute fie pe două dimensiuni, respectiv procentul din PIB alocat pentru sănătate și PIB-ul pe cap de locuitor, fie, mai simplu, cheltuielile pe sănătate pe cap de locuitor. Având în vedere faptul că putem vorbi de costuri similare în ceea ce privește medicamentele, aparatura, materialele sanitare etc., singura variabilă care poate aduce un cost mai scăzut al serviciilor medicale în România o reprezintă nivelul de salarizare al personalului. Însă chiar dacă se asumă menținerea profesioniștilor din sănătate la nivelul unor venituri reduse (fapt care va favoriza în continuare migrația), diferențele în ceea ce privește nivelul de sănătate al populației (la care se adaugă diferite practici cum ar fi automedicația și, mai ales, alte variabile: modul de viață, nivelul veniturilor etc.) pot conduce la un nivel mai mare al serviciilor medicale necesare populației, deci la costuri cel puțin similare. Ceea ce va avea ca efect fie o creștere exponențială a timpului de așteptare fie excluderi (randomizate sau pe diferite tipuri de criterii; de observat faptul că sărăcia resurselor constituie un factor de stimulare a corupției) ale populației de la anumite servicii medicale.

Orice ecuație a sistemului sanitar este puternic dependentă de variabila numită *resurse financiare*, care definește în mod esențial tipul de sistem adecvat. Comparația dintre resursele alocate pentru sănătate de Guvernul Marii Britanii și cele alocate în România (Guvern –asigurări-plăți directe de către populație) face dificilă de evaluat impactul unei transpuneri ad literam a sistemului britanic de sănătate.

Punctele slabe care tind să influențeze negativ finanțarea sănătății în paradigma public versus privat:

a. **Cheltuielile publice pentru sănătate**

- Depind puternic de două variabile esențiale:
  - Mersul economiei
  - Capacitatea de colectare a impozitelor/contribuțiilor.
- În funcție de mentalitățile naționale, tind să împărtășească soarta oricărui ban public, fiind deseori atinse de riscul ineficienței
- Atunci când constituie singura formă de finanțare a unui sistem sanitar plafonează posibilitățile cetățenilor de a accede la servicii medicale ce depășesc posibilitățile sistemului. Într-o astfel de situație devine vizibil un efect secundar al *principiului solidarității*: solidaritatea întru sărăcia serviciilor.
- Nu țin cont de variabila: *disponibilitatea suplimentară a cetățenilor de plată*, ratând astfel accesarea unor resurse suplimentare ce poate avea ca efect creșterea calității și cantității serviciilor medicale prestate populației.

b. **Cheltuielile private pentru sănătate**

- Principalul dezavantaj îl constituie *profitul* (se ivește în situația asigurărilor private de sănătate pe model *for-profit*). Într-un model ideal profitul societăților de asigurări poate fi interpretat ca o pierdere din suma totală colectată pentru sănătate.[3] Totuși, rolul profitului este mult mai complex, neputând fi redus la statutul de pierdere (mai ales atunci când se situează în marje acceptabile). Spre exemplu:
  - Profitul este principalul stimulator al eficienței;[4]
  - Profitul impulsionează atragerea unor resurse financiare suplimentare de pe piață. Într-o astfel de situație, raportându-ne la modelul ideal, este posibil ca „pierderea” pe care-o reprezintă profitul pentru sumele alocate sănătății să fie compensată din plin de sumele suplimentare atrase. Pe această linie de argumentare devine evident faptul că profitul ar putea juca mai curând rolul de stimulator al atragerii unor sume suplimentare pe piață;
- Afectarea principiului solidarității, respectiv inegalitatea accesului la servicii medicale. Poate fi compensată de construcția unui sistem mixt, respectiv unul în care să coexiste cheltuielile publice cu cele private.

Una din măsurile imediate o constituie discursul public onest în ceea ce privește posibilitățile sistemului, el modelând într-un mod semnificativ așteptările populației.[5] O „resursă” importantă o constituie *raționalizarea serviciilor medicale*[6] acordate populației. O anumită dimensiune a *raționalizării* este posibilă doar prin intermediul a două tipuri de acțiuni:

- Conștientizarea populației (o modalitate de educare sanitară a populației) asupra diferitelor aspecte care interferează în mod negativ cu funcționare sistemului;
- Crearea mecanismelor de raționalizare (de tip constrângere și restrângere a „supra-accesării” sistemului de sănătate) a accesului la serviciile medicale.

Această direcție de acțiune este una generatoare de economii raportat la deficiențele constatate ale sistemului de sănătate, generând posibilitatea realocării mult mai eficiente a unor resurse. Reluarea programului de screening și introducerea cardului electronic de sănătate (informatizarea sistemului) constituie doar câteva din măsurile necesare.

Deficitul de personal tinde să accentueze impactul asupra timpului de așteptare, mai ales pentru specializările cu un deficit semnificativ. Pe zona resurselor umane este necesar un transfer semnificativ de competențe dinspre medici înspre asistentele licențiate, în special prin introducerea unor specializării și conturarea unui traseu de carieră mai complex.[7]

Introducerea asigurărilor complementare de sănătate. Analiză de impact

Sistemul privat trebuie să intervină doar pe zona asigurărilor complementare și a asigurărilor voluntare paralele, pachetul de bază de servicii medicale trebuind a fi asigurat doar de sistemul public de asigurări sociale de sănătate. În același timp, trebuie găsită starea de echilibru între necesitățile sistemului de resurse economice și impactul acestora asupra costului forței de muncă. Trecerea unei părți din asigurarea de sănătate pe zona pachetelor de beneficii prin care angajatorul își poate stimula salariații ar putea fi o parte a soluției.
Resursele sistemului public sunt relativ limitate, orice încercarea de sporire a lor peste un anumit prag[8] fiind resimțită din plin de economie. Motiv pentru care după atingerea acestui prag este indicată atragerea unor resurse pe bază de voluntariat. În acest sens considerăm că piața oferă câteva oportunități, ele putând fi accesate prin intermediul asigurărilor complementare:

- Cum o parte din firmele care activează în România își „exportă veniturile” (ex. marile lanțuri de magazine, diferitele corporații etc.), asigurările voluntare s-ar putea conecta la acest flux financiar, orientând o parte din el către sistemul de sănătate;
- Zona gri (sau chiar neagră) a economiei este la rândul ei inaccesibilă sistemului public, putând fi însă accesată de asigurările complementare.
- Fluxul financiar rezultat în urma migrației reprezintă și el o posibilă sursă de venituri suplimentare.
- Dorința de diferențiere socială a celor bogați poate avea și ea o contribuție semnificativă la sporirea resurselor financiare.
- Disponibilitatea firmelor de recompensa suplimentar angajații fără ca acest lucru să fie însoțit de o impozitare suplimentară.

De notat faptul că sporirea resurselor alocate sănătății prin introducerea asigurărilor complementare poate aduce cu sine un impact pozitiv pe orizontală asupra funcționării sistemului de asigurări sociale de sănătate, o bună reglementare în domeniu,[9] putând conduce cel puțin la susținerea semnificativă a funcționării unităților sanitare publice, deci la menținerea infrastructurii. Cu alte cuvinte, sistemul de asigurări complementare de sănătate poate conduce la diversificarea surselor de venit ale unităților sanitare, compensând întrucâtva limitele efortului public în domeniu. Suplimentar, într-o anumită măsură pot fi create chiar mecanisme indirecte de transfer dinspre asigurările complementare către cele publice sau forme de compensare a cheltuielilor publice.[10]

În discuție este *disponibilitatea suplimentară de plată a cetățenilor*.

La ora actuală această disponibilitate suplimentară de plată are un efect paradoxal, afectând deseori bunul mers al sectorului public. Spre exemplu, prin intermediul plăților informale (mai ales în cazul în care acestea sunt consistente)[11] o persoană neasigurată (raportat la pachetul de bază) poate beneficia de transformarea artificială a cazului în urgență, accesând astfel serviciul public. Mai mult decât atât, printr-un astfel de demers poate beneficia suplimentar de prioritate în privința resurselor alocate, în dauna asiguraților onești. Efectele negative sunt astfel multiple: crearea unui statut privilegiat pentru unii cetățeni atât în ceea ce privește obligația de plată cât și în privința accesului la serviciile medicale, contribuie la anomia sistemului, dezavantajează asiguraţii onești, generează inegalități flagrante în privința egalității în drepturi a cetățenilor asigurați de a beneficia de servicii medicale, contribuie la existența unor venituri nefiscalizate, eventualele venituri suplimentare ale celor care lucrează în sistemul sanitar sunt distribuite fie în mod aleatoriu fie invers proporțional cu gradul de respectare a normelor deontologice (constituind un factor negativ de presiune asupra principiilor deontologice care trebuie să guverneze activitatea salariaților), generează un curent de „justiție personală” raportat la nivelul veniturilor la care sunt îndreptățiți angajații, contribuie la accentuarea fisurilor existente, determină o diminuare a capitalului social.

Principala problemă pe care ar trebui s-o rezolve noua lege a sănătății trebui să fie creșterea finanțării pentru sistemul sanitar, în special a finanțării publice. Din perspectiva intereselor cetățeanului o creștere a deficitului bugetar pe seama creșterii cheltuielilor de sănătate este oportună.[1] O analiză simplă arată faptul că dacă în restul statelor din Uniunea Europeană cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor sunt mai mari (în multe cazuri considerabil mai mari) atunci fie acele state au un sistem de sănătate mai puțin performant decât cel pe care și-l propune actualul proiect de lege, fie statul român își propune să mențină la un nivel foarte scăzut nivelul serviciilor de sănătate acordat propriilor cetățeni. Cum în privința eficienței administrative a sistemelor românești nu prea avem îndoieli (mai ales acolo unde ele cad în sfera de interese a politicului), nu ne rămâne decât să constatăm că ultima explicație este cea validă, respectiv statul român își propune măsuri de restructurare a sănătății anunțate în mod triumfalist uitând să aloce fondurile necesare acestor măsuri.
După cum ne arată și analiza comparativă la nivelul Uniunii Europene (deoarece cu S.U.A. nu suntem doritori a face comparații în domeniul sănătății datorită efectelor sociale dezastruoase în plan social ale acelui sistem), îmbunătățirea stării de sănătate a populației se poate face în primul rând prin creșterea ponderii cheltuielilor publice pentru sănătate (în fond bani colectați din alte surse decât cele constituite de angajatori și angajați). Or, proiectul de lege propune o strategie inversă, de tip S.U.A., de degrevare a statului de responsabilitatea asigurării unui nivel minim de servicii de sănătate pentru cetățenii săi.
Deficitul financiar în sectorul sanitar este deficiența majoră a sistemului pe care guvernanții sunt chemați, de ani de zile, s-o remedieze. În mod paradoxal,[2] inițiatorii unor proiecte de lege pe această temă anunțau triumfători: *Populaţia nu va resimţi financiar această modificare*; altfel spus, vor exista ca și până acum doar unii care plătesc oficial și alții care se descurcă, toți trebuind în final să-și procure mijloacele financiare necesare atunci când ajung în spitale. Or, *modificarea majoră trebuie s-o constituie fie o mai echilibrată așezare a sarcinii financiare pentru susținerea sănătății pe umerii populației, astfel încât să sporească fondurile colectate și cheltuite (concret) pentru starea de sănătate a populației, fie ca statul să preia toate aceste cheltuieli în bugetul său (modelul spaniol), eliminând orice contribuție la sănătate.*
Orice strategie care se concentrează mai curând pe reducerea costurilor are cel puțin două deficiențe:

- Ori cât ar fi de mare nu poate să acopere deficitul structural creat de finanțarea insuficientă;
- Afectează în mod serios latura socială a îngrijirilor de sănătate.

În ceea ce privește finanțarea sistemului de sănătate considerăm relevate și următoarele aspecte:
„Evaluarea rezonabilă economico-financiară” riscă să însemne o abordare nerezonabilă din perspectiva interesului pentru starea de sănătate a cetățenilor.

- Măsurile privitoare la finanțarea și organizarea sistemului nu trebuie să aibă ca obiectiv asigurarea echilibrului între venituri și cheltuieli (care reprezintă o abordare pur contabilă a sistemului de sănătate), ci creșterea finanțării sistemului corelată cu o creștere semnificativă a calității serviciilor medicale acordate pacienților.
- Revizuirea pachetului de bază de servicii medicale trebuie să se desfășoare concomitent atât cu introducerea asigurărilor complementare (și cu sprijinul statului pentru un grad cât mai ridicat de accesibilitate a acestora, inclusiv prin deduceri fiscale semnificative) cât și cu creșterea finanțării sistemului de asigurări sociale de sănătate.

[1] De observat că economiile și pretinsele menţineri ale actualului nivel de impozitare se fac de fapt pe seama sănătății cetățenilor, măsura ținând de o decizie de politică economică a statului român luată în defavoarea propriilor cetățeni.
[2] Paradoxul pare să fie de înțeles dacă ne amintim că intrăm într-un an electoral iar o creștere a contribuțiilor riscă să afecteze un anumit electorat. Situația este de natură a sugera un motiv pentru a nu adopta o astfel de lege în această perioadă.

Direcții strategice/Măsuri:

Obligația de plată la sistemul public de sănătate trebuie să se raporteze la totalul veniturilor fiecărui cetățean. La ora actuală sistemul funcționează în special pe baza contribuțiilor aferente salariilor, generând o atitudine discriminatorie în funcție de tipul veniturilor și afectând în mod substanțial principiul solidarității.

Limitarea accesului la servicii constituie unul din cele mai importante mecanisme reglatoare. Ea este cunoscută îndeobște sub forma **pachetului de bază de servicii medicale** și a condițiilor ce trebuie îndeplinite pentru a avea calitatea de asigurat.

Reducerea calității și celerității serviciilor medicale constituie și ea o soluție pentru armonizarea cererii cu oferta. Deși nu tocmai acceptat la nivel oficial, este principalul mecanism prin intermediul căruia se asigură încadrarea sistemului în resursele existente, populația fiind cea pe spatele căreia se decontează sărăcia resurselor.

Eficientizarea sistemului de sănătate pare a constitui cea mai bună soluție, asigurând un raport optim între resursele alocate și serviciile acordate populației. Eficientizarea are totuși două limite: presupune un minim de resurse necesare începând de la care ea poate fi adusă în discuție[12] și depinde de complianța la reguli a ansamblului societății (deci inclusiv a sistemului sanitar). Relevanța eficientizării în orice proces de reformă ce are ca obiectiv o creștere a cantității și calității serviciilor medicale este direct proporțională cu resursele alocate sistemului. Altfel spus, ea tinde să fie o temă falsă, politicianistă, atâta timp cât lipsa resurselor este cea care aduce cu sine principalele perturbări. Pentru a seta un indicator al necesarului de resurse *cheltuielile pentru sănătate pe cap de locuitor ca medie la nivelul U.E.* considerăm că sunt cele mai relevante. Un exemplu elocvent îl constituie *cererea indusă de servicii medicale*: asistăm la ora actuală la o creștere nejustificată a internărilor, spre exemplu, însă ea este determinată în special de finanțarea insuficientă a serviciilor medicale (serviciile medicale nu sunt plătite la costul de piață al acestora), unitățile sanitare tinzând să compenseze deficiențele prin creștere numărului de servicii medicale solicitate la decontare.[13] Ceea ce indică faptul că tocmai lipsa resurselor este cea care provoacă o scădere a calității serviciilor medicale.

Note:
[1] În sistemele sociale de sănătate cetățenii sunt obligați să facă din sănătate o prioritate, cel puțin în ceea ce privește plata impozitelor/contribuțiilor necesare susținerii unui astfel de sistem.

[2] Această influență este foarte importantă în cazul sistemului românesc de sănătate în condițiile în care cheltuielile private de sănătate tind să fie interpretate ca exprimând disponibilitatea de plată. Pe o astfel de interpretare a fost construit proiectul legii sănătății din 2011-2012, acest indicator fiind într-o oarecare măsură interpretat și de firmele de asigurării ca indicând un teren propice lansării asigurărilor private de sănătate în România.

[3] Acest dezavantaj, care poate apărea mai ales în situațiile ce pot fi descrise ca „profitul cu orice preț”, poate fi compensat/echilibrat prin intermediul asigurărilor private non-profit (organizate pe principiul mutualității).

[4] Evident, eficiența unui sistem de asigurări se poate traduce uneori prin calitatea mai slabă a serviciilor medicale, prin reducerea cantității, prin inconfortul pacientului.

[5] Remarc în acest sens pasul înainte făcut de fostul ministru Vasile Cepoi, care a reușit să arunce în dezbaterea publică câteva din problemele esențiale ale sistemului de sănătate românesc.

[6] Prin *raționalizare* înțeleg acordarea lor în mod rațional, pe baza dovezilor științifice. *Raționalizarea* este opusă atât cererii induse de servicii medicale, adică tendinței unităților sanitare de a crește în mod artificial necesarul de servicii medicale de care are nevoie populația, determinată de dorința accesării mai ridicate a nivelului de finanțare (parțial determinată de modul defectuos de funcționare a sistemului de finanțare a sistemului medical, inclusiv de deficiențele sistemului DRG), cât și solicitărilor de servicii medicale care nu sunt necesare sau care nu au caracterul de urgență (raportat la calea de accesare aleasă) de către populație.

[7] Avansul tehnologic riscă să aglomereze în prima treaptă a ierarhiei medicale toate noile achiziții, generând aici specializări tot mai înguste și/sau mărind continuu durata de specializare. Transferul de competențe poate detensiona situația deficitului de personal care, în fapt, se traduce printr-un deficit de competențe.

[8] Estimăm acest prag la nivel contribuției mixte (angajatori-angajați) de 14%. Un argument l-ar putea constitui faptul că economia românească a funcționat pe acest procent cca. 6 ani iar reducerea lui n-a avut un impact semnificativ asupra economiei. De altfel, trebuie reținut că orice încercare de creștere a resurselor aferente sistemului, indiferent de mecanismul preferat, va avea același impact asupra economiei, ea fiind surse esențială de venituri.

[9] Care să vizeze, spre exemplu, evitarea constituirii unor circuite separate de asigurări complementare și spitale private.

[10] O formă de compensare o constituie posibilitatea introducerii unor asigurări substitutive, cu menținerea însă a obligației de plată la sistemul public la un nivel mai redus (o „taxă de solidaritate”, având ca argument moral, printre altele, susținerea infrastructurii de sănătate. Evident, în acest caz vorbim de o a treia dimensiune a sistemului de asigurări de sănătate, respectiv asigurările substitutive, care determina și sporirea unităților sanitare private. Este clar că este nevoie de o simulare economică în acest sens, parte a unei analize de impact. Prin introducerea unui astfel de sistem se elimină unul din efectele negative ale principiului solidarității, respectiv obligarea tuturor cetățenilor de a se limita la posibilitățile relativ reduse ale sistemului sanitar, interzicându-i parțial să adopte o altă strategie față de sănătate personală.

[11] Însă acestea sunt deseori cu mult sub valoarea contribuției medie pe un an de zile a unui asigurat onest.

[12] Minim necesar pe care încă nu l-am atins pentru a putea vorbi de *eficientizare* ca panaceu al problemelor sistemului sanitar românesc.

[13] Evident, această tendință se păstrează și în situația existenței unui nivel satisfăcător de resurse, ea fiind mai accentuată în sectorul privat. Motiv pentru care ea trebuie anihilată prin intermediul unor mecanisme eficiente de control (validarea cazurilor raportare, ghiduri de practică etc.). Aceste mecanisme aplicate ad literam la acest moment ar conduce însă la situația în care spitalele nu ar mai putea funcționa datorită lipsei resurselor financiare.

O S 3.1 *Creșterea încasărilor la Sănătate constituie una din măsurile prioritare pentru reforma sistemului sanitar*

Una din caracteristicile sistemului sanitar actual o reprezintă transferul inechitabil al efectelor crizei pe spinarea pacienților și a familiilor acestora. Reducerea acestei contribuții, mai ales că ea a fost mai mare pentru angajator, a condus la creșterea poverii financiare pentru pacienți, aceștia fiind obligați să suporte din buzunarele proprii sau să plătească cu sănătatea lor angajamentele de scăderea a fiscalității luate de Guvern față de mediul privat și instituțiile financiare mondiale. Efectul direct al reducerii contribuțiilor pentru sănătate l-a constituit creșterea cheltuielilor pe care pacienții sunt nevoiți

să le facă în mod direct, aceștia fiind obligați să cumpere tot mai multe materiale și medicamente și să achite alte costuri.

Este imperios necesară eliminarea a cât mai multe din inechitățile sistemului de asigurări sociale de sănătate, un sistem centrat pe contribuțiile angajatorilor și angajaților, atât în sensul creșterii categoriilor de cetățeni obligați să plătească contribuția cât și în sensul reducerii impunerilor excesive.

Spre exemplu, este necesară reducerea progresivă a contribuției la sănătate a persoanelor care realizează mai multe venituri din salarii, eliminând astfel împovărarea suplimentară a celor care aleg să muncească mai mult. Prin această măsură ar crește gradul de echitate al asigurărilor sociale de sănătate, eliminând parte din abuzurile făcute pe baza principiului solidarității.

În practică, nu este posibilă definirea pachetului de bază fără sporirea finanțării dimensiunii sociale a sistemului sanitar, creșterea contribuțiilor la sănătate fiind prima măsură ce trebuie luată în acest sens. Dincolo de declarațiile politice, stabilirea onestă a pachetului de bază de servicii medicale la actualul nivel de finanțare înseamnă excluderea unui număr important de servicii medicale esențiale, cu impact major asupra sănătății populației.

Din perspectiva reformei financiare a sistemului sanitar, care este cea mai urgentă și importantă parte a reformei în acest moment, ordinea măsurilor trebuie să fie următoarea:

- Creșterea finanțării sistemului de asigurări sociale de sănătate
- Definirea pachetului de bază de servicii medicale
- Introducerea asigurărilor complementare.

Direcții strategice/Măsuri:

Pentru a putea vorbi de reforma legii sănătății în interesul cetățeanului prima, o măsură la îndemână o constituie creșterea contribuției la bugetul asigurărilor sociale de sănătate la 14%, (7% pentru angajat și 7% pentru angajator)

Măsurile au ca obiectiv atât identificarea și introducerea unor noi surse de venit la bugetul Casei de Asigurări Sociale de Sănătate cât și eficientizarea surselor existente, respectiv creșterea nivelului de colectare și alocarea conformă colectării. Suspiciunile care planează, chiar și la nivel oficial, asupra modului în care Ministerul de Finanțe și ANAF colectează și repartizează banii colectați de la cetățeni cu titlul de **contribuții la sănătate** justifică fie crearea unui mecanism separat de colectare a banilor pentru sănătate, aflat sub controlul Casei, fie introducerea unui mecanism de control al modului în care aceste instituții colectează și distribuie acești bani.

Pentru garantarea managementului corect al resurselor financiare este necesar de asemenea controlul administrării banilor colectați de către partenerii sociali și organizațiile reprezentative ale pacienților, Casa fiind indicat a fi condusă de un Consiliu de administrație care să garanteze reprezentarea tuturor actorilor relevanți, proporțional cu contribuția lor la finanțarea Fondului.

Implementarea unei reforme structurale a sectorului sanitar la același nivel global de finanțare a acestuia se transformă într-o încercare de eficientizare a sărăciei, efectele benefice fiind nesemnificative raportat la ansamblul problemelor și la așteptările populației.

Reforma finanțării sistemului sanitar, parte integrantă a oricărei strategii aplicabilă Sănătății, va fi realizată pe de o parte prin c*reșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil,* pe de altă parte prin d*ezvoltarea mecanismelor de finanțare privată, care să asigure suplimentările necesare.*
Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil este primul demers ce va fi făcut, el stabilind de fapt dimensiunea pachetului minim și a pachetului de bază, respectiv nivelul gratuităților ce pot fi suportate.

Analizată pe cele două direcții de finanțare publică situația este următoarea:

a) Finanțarea realizată „de la bugetul de stat”

Creșterea finanțării publice până la nivelul maxim posibil pe zona finanțării realizate de la bugetul de stat condiționează în primul rând pachetul minim de servicii medicale, acesta fiind asigurat/finanțat (de fapt, trebuind să fie asigurat/finanțat) pe această cale.

În același timp însă, finanțarea realizată de la bugetul de stat are un impact semnificativ și asupra pachetului, prin intermediul transferului de fonduri ce trebuie realizat de la diferite capitole ale bugetului de stat (în special Asigurări sociale - pensii și șomaj) la bugetul CNAS în contul diferitelor categorii de cetățeni considerați asigurați și pentru care contribuția este plătită (de fapt, ar trebui să fie plătită) din aceste fonduri. Situația este identică și în cazul cetățenilor scutiți de la plata contribuției la sănătate, cel care introduce scutirea (respectiv Statul) fiind obligat să finanțeze această gratuitate (prin bugetul de stat).

b) Finanțarea realizată prin intermediul bugetului Casei Naționale de Asigurări de Sănătate

OS 3.2 Introducerea și operaționalizarea pachetului de bază și a pachetului minim de servicii medicale

Abordarea pachetului de bază înainte de a identifica și asigura nivelul maxim de finanțare publică a sănătății riscă să conducă la o diminuare radicală a serviciilor medicale ce pot fi acordate pacienților asigurați. Evident, acest efect va interveni doar în condițiile în care pachetul de bază va fi construit (așa cum considerăm normal) respectând principiile economice, respectiv asigurând un nivel rezonabil al decontării serviciilor medicale.

Direcții strategice/Măsuri:

Pachetul de servicii medicale de bază (PSMB)

Elaborarea pachetului de bază de servicii medicale reprezintă principala și cea mai importantă măsură de adecvare a ofertei de servicii medicale la posibilitățile de plată ale cetățenilor (și ale statului).

Fundamentarea pachetului de servicii medicale de bază (PSMB) pe riscul asigurat, așa cum sa intenționat în diferite proiecte de lege, aduce cu ea riscul neasigurării unor servicii medicale importante pentru populație și aruncarea sarcinii finanțării lor pe umerii asiguraților, în condițiile în care o mare parte din ei nu-și vor putea permite asigurări complementare.

Evaluarea *riscului financiar sustenabil* are un grad de aplicabilitate destul de redus în condițiile unor mari disparități economice între cetățeni.

Sistemul de asigurări sociale de sănătate și sistemul public de îngrijiri medicale nu pot suporta ale adresabilității pacienților , aceasta riscând a fi limitată, prin proiect, la unitățile care au contract cu casa la care este asigurat pacientul. Acest sistem trebuie să funcționeze doar pe zona asigurărilor complementare și a altor asigurări voluntare.

Pachetul minim (social) de servicii medicale trebuie suportat de către stat (la limită și de autoritățile publice locale). El trebuie să cuprindă și **pachetul de bază de servicii medicale** acordate cetățenilor care intră în categoria celor care trebuie să beneficieze de protecție socială totală.

Dezvoltarea asigurărilor sociale de sănătate

Asigurările de sănătate au un puternic rol stimulativ pentru populație în sensul creșterii interesului pentru a fi activ pe piața muncii sau măcar contribuitor la sistem, chiar și în cazul asigurărilor sociale de sănătate. Motiv pentru care optăm pentru acest sistem, în dauna plății serviciilor de sănătate de la bugetul de stat. Chiar dacă în cazul României efectul stimulativ s-a făcut mai puțin simțit aceasta se datorează în special diferitelor forme de compensare introduse de stat și corupției care le însoțește.[3]

Construcția autonomă a acestui sistem poate avea un impact mult mai bun decât subordonarea lui totală de către stat. Modelul propus și susținut ani la rând de mai multe organizații îl constituie administrarea lui tripartită, statul fiind astfel așezat pe picior de egalitate cu partenerii sociali.

Asumarea cheltuielilor sociale de sănătate (aferente pacienților care beneficiază de scutiri) de către stat, prin intermediul diferitelor bugete, la nivelul de cost al acestora și nu prin intermediul unei asigurări plătită la nivelul minim al cotizației.

OS 3.3 Introducerea asigurărilor complementare

Mecanismele de finanțare privată trebuie gândite abia după epuizarea posibilității de finanțare publică a sănătății și în completarea acesteia. Altfel spus, finanțarea privată trebuie să fie complementară celei publice, intervenind acolo unde posibilitățile celei dintâi au fost epuizate. Una din consecințele evidente o reprezintă faptul că, într-o astfel de variantă, nu se poate vorbi de „privatizarea sănătății”, ci de asocierea public-privat în finanțarea sănătății. Introducerea asigurărilor complementare de sănătate trebuie să se facă luând în considerare un nivel de deductibilitate cât mai ridicat, impulsionând dezvoltarea organismelor non-profit (mutuale) în domeniul asigurărilor complementare, care ar trebui să constituie baza în domeniu.

Sistemul construit pe trei paliere (programe naționale, asigurări sociale de sănătate și asigurări complementare) aduce clar un gen de inegalități în accesul la servicii medicale pentru populației. Însă este vorba de un gen de inegalități coerente cu libertatea persoanei, diferențierile ivindu-se abia după ce statul a epuizat posibilitățile sale de sprijin. Altfel spus, inegalitățile apar după mobilizarea tuturor resurselor colective pentru sănătate. Păstrarea modelului actual sau introducerea celui britanic pe posibilitățile românești de finanțare au marele dezavantaj al limitării accesului unui segment din populație la servicii suplimentare de sănătate în condițiile în care există dorința finanțării suplimentare.

Direcții strategice/Măsuri

Plata cash a unei părți din costuri și decontarea acestei plăți de către societățile de asigurări ar putea crește nivelul calității serviciului medical și al costurilor, având în vedere interesul pacientului de a urmări realitatea serviciilor efectuate.[1] Evident, mecanismul nu este aplicabil decât unor situații bine delimitate, în special a celor care nu necesită o competență deosebită din partea pacientului pentru a constata realitatea unor servicii.

Sistemul privat de asigurări poate interveni pe două paliere, separate sau simultane:

- Suplimentarea cantității de servicii medicale decontate/asigurate
    - Sistemul pachet de bază + pachet complementar;
- Suplimentarea calității serviciilor medicale
    - Pachetul complementar centrat pe calitatea serviciilor medicale (incluzând și rapiditatea efectuării lor).

Ponderarea contribuției la sistemul social de sănătate cu o variabilă care să țină cont și de volumul contribuției raportat la durata asigurării.[2]

Asigurările complementare de sănătate

O funcționare eficientă în plan social poate fi asociată introducerii unor standarde în domeniul nivelului primelor de asigurare (cel puțin prin intermediul nivelului deductiblităților), eliminând o parte din efectele stabilirii primelor de asigurare calculate în funcție de riscul individual de îmbolnăvire.[4]

Introducerea asigurărilor complementare de sănătate (ulterior creșterii finanțării asigurării sociale de sănătate), cu cel puțin următoarele caracteristici:
○ Asigurarea trebuie să fie opțională pentru cetățeni
○ Introducerea unui nivel de deductibilitate de cel puțin 400 euro/anual pentru fiecare cetățean.
○ Încurajarea organismelor non-profit (mutuale) în domeniul asigurărilor complementare, care vor constitui baza în domeniu.

Fondurile mutuale de asigurări complementare

Sistemul complementar de asigurări de sănătate trebuie să permită și construcții pe modelul mutualității, ele conturând un spațiu particular, situat între public și privat, respectiv un spațiu asociativ, bazat pe construcții în jurul unui interes obștesc. Sprijinirea dezvoltării acestui spațiu ar putea avea în primul rând eliminarea discuțiilor legate de „costul profitului” în cadrul sistemului de asigurării complementare. Acestuia i se adaugă o serie de efecte pe orizontală, orientate mai toate în jurul creșterii capitalului social.

Fondurile mutuale de asigurări complementare de sănătate pot constitui una din cele mai eficiente soluții de contrabalansare a „efectului de profit” pe care-l aduc cu ele sistemele private de asigurări. Chiar dacă presupune un efort considerabil constituirea acestora, mai ales în perioada de tranziție, pe termen lung ele pot reprezenta una din cele mai eficiente soluții de finanțare complementară a serviciilor de sănătate.

Economiile pentru sănătate pot avea un grad de succes în măsura în care ele ar beneficia de o marjă de deductibilitate. Impactul asupra economiei poate fi și el considerat unul pozitiv. Ele pot funcționa fie prin intermediul băncilor, care preiau cumva rolul de pseudo-asigurator, fie prin intermediul unor fonduri special constituite. Acestea presupun o modalitatea mai prudentă de asumare a riscului în mod individual, pe zona complementară, adică renunțarea la gestionarea colectivă a riscului. Unul din dezavantaje l-ar constitui perturbările pe care le poate induce în funcționarea asigurărilor complementare de sănătate propriu-zise, datorită unei selecții în funcție de risc (cei cu riscul mai mic – exemplu tinerii - pot prefera varianta economiilor) reducând potențialii numărul potențialilor participanți la sistemul asigurărilor complementare.

Note:

[1] Aceasta constituie și una din problemele actualului sistem, derivată din dorința stabilirii unui diagnostic care beneficiază de o valoare mai mare de decontare. Crearea unei instituții de monitorizare obiectivă a unor astfel de situații (suplimentar față de Școala Națională de Management Sanitar) ar putea îmbunătăți întrucâtva situația.
[2] Ar putea crește gradul de echitate față de salariații care au contribuții mari pentru diferite perioade de timp și apoi intră în șomaj, riscând imediat după asta să piardă calitatea de asigurat. Ponderarea ar putea fi introdusă în sensul creșterii duratei pentru care se consideră asigurat.
[3] Cea mai evidentă fiind situația beneficiarilor venitului minim garantat, formă de sprijin care permite accesul gratuit la servicii medicale. Dată fiind imposibilitatea stabilirii într-un mod corect a tuturor situațiilor celor care au dreptul, dublată de corupției și de interesele electorale, asistăm la o sporire artificială a beneficiarilor legii 416 cu efect inhibitor asupra activității legale pe piața muncii și, mai ales, diligenților individuale pentru a dobândi calitatea de asigurat. Dat fiind rolul primăriilor, se remarcă faptul că instituția responsabilă de gestionarea asigurărilor sociale de sănătate, Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate, a fost nevoită să cedeze o parte din atribuțiile ei de verificare și certificare a calității de asigurat către un organism fără competență în domeniu și care, suplimentar, are toate deficiențele unei structuri intens politizate.

[4] Evident, este nevoie de un calcul economic prealabil, care să stabilească nivelul contribuțiilor necesar pentru a garanta funcționarea sistemului. Modelul de referință îl pot constitui cheltuielile aferente unei organizații non-profit de asigurări complementare.

O S 3.3 Creșterea nivelului de decontare a serviciilor medicale către spitale

Din perspectiva pacienților internați, principalul fundament al reformei spitalelor îl constituie *cererea indusă de servicii medicale spitalicești*. O analiză critică a factorilor care determină *cererea indusă de servicii medicale spitalicești* poate indica direcțiile în care trebui desfășurată reforma.

Ivită în cadrul unui sistem de finanțare pe bază de DRG care ar funcționa la modul ideal, cererea indusă de servicii medicale este determinată de dorința unităților sanitare de a face profit. Deoarece acest criteriu este aplicabil doar unităților spitale private avem nevoie de o grilă de analiză specifică spitalelor publice. Este drept, într-o oarecare măsură în cazul spitalelor publice interesul pentru profit poate fi înlocuit cu interesul pentru creșterea sumelor aflate la dispoziție (pentru a avea mai mult spațiu de manevră în cazul achizițiilor - spre exemplu) sau pentru a acoperi deficiențe manageriale. Acest fenomen ocupă însă un loc minor în ansamblul spitalelor, fiind de asemenea lesne de combătut.

În cazul spitalelor publice *cererea indusă de servicii medicale spitalicești* este determinată în principal de nivelul mult prea redus al decontării serviciilor medicale în sistemul DRG, acestea fiind insuficiente pentru a acoperi costurile pe care le au spitalele pentru furnizarea serviciilor medicale respective. Altfel spus, *cererea indusă* este în majoritatea cazurilor un mecanism de supraviețuirea al spitalelor, acestea salvându-se de la faliment pe această cale, adică evitând să fie afectate de modul defectuos în care funcționează sistemul DRG.

Al doilea „mecanism de eschivarea din fața falimentului” îl constituie neplata furnizorilor, adică acumularea datoriilor. Au reușit să evite datoriile (sau nivele mari ale datoriilor) spitalele care au învățat din timp cum funcționează sistemul DRG, respectiv cele care au apelat la serviciile de consiliere privind „optimizarea raportărilor DRG”.

Există și un al treilea mecanism de supraviețuire pe care-l activează spitalele: *rabatul de la calitatea serviciilor medicale*. Deși este cel mai îngrijorător, despre el se vorbește prea puțin deoarece nu există standarde clare de calitate a serviciilor medicale. Este drept, el este parțial abordat în discuțiile despre obligarea pacienților internați de a-și cumpăra medicamentele și materialele sanitare.

Sistemul a părut să funcționeze cumva doar atâta timp cât doar unele spitale au „optimizat raportările” (a se vedea exemplele de spitale foarte mici cu ICM-ul mai mare decât al spitalelor universitare)(Demersul Ministerului Sănătății de a stabili câteva paliere de decontare pe tipuri de spitale constituie una din încercările de a remedia astfel de anomalii.) El ascunde faptul că „spitalele istețe” încasau suplimentar în detrimentul celor care nu au înțeles mecanismul. Din momentul în care majoritatea spitalelor a tins către „optimizare”, banii fiind aceeași, beneficiile au dispărut ,deoarece ele nu puteau fi asigurate pentru toți.

În același timp însă, *cererea indusă de servicii medicale spitalicești* are o a doua componentă importantă: *pacienții dispuși să se interneze*. Se naște astfel întrebarea: De ce sunt dispuși pacienții să se interneze? Un răspuns simplist ar putea suna în felul următor: Pentru că așa le spune medicul! Uneori se întâmplă și din acest motiv. Însă această explicație este departe de a epuiza fenomenul. Expresia curentă „Mă internez să-mi fac analizele!” evocă, simultan, și dorința pacienților de a se interna, menținând validitatea întrebării. Care este motivul pentru care pacienții preferă condițiile mizere din spitale

(deseori), înghesuiala, plățile informale etc., în locul diagnosticului în ambulatoriu și tratamentului la domiciliu? De răspunsul la această întrebare atârnă succesul câtorva dintre direcțiile reformei.

Răspunsul necesită o analiză multi-cauzală. Contribuie la nașterea acestui fenomen (indicăm doar câteva dintre cauze) :

- disfuncționalitățile medicinii primare și ambulatorii; remedierea acestora condiționează deplasarea rezolvării unor cazuri din spital în aceste sectoare.
- Neîncrederea în medicina primară și ambulatorie - acțiunile în acest domeniu sunt mai complicate și de lungă durată pentru a produce efecte.
- Concentrarea specialiștilor în spitale - este posibil ca ambulatoriile de specialitate ale spitalelor să constituie o soluție.
- Costurile mai mari (financiare dar și în termenii bugetelor de timp) ale diagnosticului și tratamentului ambulatoriu.
    - Privatizarea unei bune părți din medicina ambulatorie de specialitate contribuie la creșterea costurilor (mai ales dacă este dublată de eliminarea serviciilor publice de același tip).
    - Sărăcia unei categorii de cetățeni intervine și ea în acest mecanism. Enumerăm doar câteva cazuri:
        - Cetățenii care se prezintă la unitățile sanitare „în ultimul moment”, respectiv doar în momentele de gravitate deosebită a bolilor;
        - Cetățeni care nu-și permit accesarea „rutei alternative” de diagnostic și tratament - medicina primară și ambulatorie.
    - Inegalitatea (teritorială a) accesului la serviciile medicale

Ideea înlocuirii ofertei de servicii spitaliceşti neperformante cu servicii alternative ambulatorii are o aplicativitate limitată, reducându-se la cazul „internărilor pentru analize” și similare. O analiză atentă a acestui tip de *cereri induse de servicii medicale spitalicești*, respectiv „internările pentru analize”, relevă faptul că de multe ori ele sunt determinate tocmai de funcționarea deficitară a medicinii primare și a celei ambulatorii, care se dovedesc deseori incapabile de a demara setul de investigații necesar, stabilirea diagnosticului și demararea terapiei.

Din tot acest context ne putem da seama că împiedicarea spitalelor de a mai interna anumite cazuri este departe de a constitui o soluție imediată, ea trebuind precedată de o perioadă de pregătire a sectorului primar și a celui secundar pentru preluarea anumitor fluxuri de pacienți, și de o perioadă de trecere de la un moment la altul.

În același timp, în condițiile în care o anumită cazuistică a spitalelor contribuia la un grad de echilibrare financiară (reamintim: în contextul unui dezechilibru general determinat de nivelul decontărilor prea mici pentru serviciile medicale), eliminarea ei va accentua deficitele financiare ale unităților.

Nivelul actual al costurilor serviciilor medicale în spitale este menținut la un nivel redus (redus în mod forțat) prin următoarele mecanisme:

- Menținerea la nivele foarte scăzute a salariilor personalului. În condițiile în care în medicină, în toată lumea, costurile cu resursa umană dețin ponderea cea mai mare în ansamblul costurilor aferente serviciilor medicale, este firesc ca salariile mici să contribuie la nașterea unor costuri reduse.
- Plățile informale, care intervin în suplimentarea deficitului de finanțare.
- Optimizarea raportărilor, acestea vizând o creștere a veniturilor pentru a le apropia de veniturile necesare.
- Acumularea datoriilor.

În absența unei reforme a finanțării, tradusă direct printr-o creștere a finanțării spitalelor, vom asista în continuare la activarea celor trei mecanisme de supraviețuire a unităților sanitare, cel mai îngrijorător fiind rabatul de la calitatea serviciilor medicale.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

Reforma spitalelor va fi centrată pe creșterea nivelului decontărilor pentru serviciile medicale, dublată de introducerea procedeelor de raționalizare și eficientizare (ghiduri și proceduri de practică, trasee clinice etc.).

- Sumele alocate medicinii spitalicești trebuie vor crește, pentru a permite tinderea către decontarea serviciilor medicale prestate în spitale la nivelul costurilor.
- Pentru calculul costurilor reale ale serviciilor medicale vor fi stabilite standarde de cost, în baza unor studii pilot desfășurate la nivel național, pe un eșantion reprezentativ de unități sanitare.

Nivelul de decontare al serviciilor medicale acordate în unitățile sanitare va include și posibilitatea creșterilor salariale așteptate. Studiul pilot privind stabilirea nivelului standard de decontare al serviciilor medicale către spitale trebuie vor include variabila independentă *cheltuieli cu resursa umană*, ea urmând să fie ajustată continuu în funcție de obiectivele salariale stabilite de comun acord cu organizațiile sindicale reprezentative din sectorul sanitar.

- Revizuirea sistemului DRG trebuie de fapt să vizeze în special trei direcții principale:
    - Adaptarea costurilor tratamentelor și procedurilor medicale la costurile de piață (reale, nu la cele „discret” umflate de diferiții furnizori).
    - Introducerea mecanismelor de control care să elimine procedurile de „optimizare” practicate de unii furnizori de servicii medicale, care șuntează astfel mecanismele concurențiale de piață punând în dificultate „naivii” care raportează corect.
    - Crearea unei categorii de profesioniști în domeniu care să-și desfășoare activitatea în unitățile sanitare, asigurând astfel aplicarea uniformă a procesului de raportare.

Aria Strategică 4. Resursa umană

O. G. 4: O resursă umană pregătită și bine motivată, care să furnizeze serviciile medicale necesare populației și un nivel de calitate al serviciilor medicale la standarde europene

OS 4.1 Asigurarea armonizării nivelului de calificare a profesioniștilor din sănătate în conformitate cu prevederile Directivei U.E. nr. 36/2005 privind recunoașterea calificărilor profesionale

Sistemul sanitar a fost afectat în ultimii 24 de ani de o serie de anomalii pe zona de formare a asistentelor medicale. Pentru a ilustra situația, recurgem la prezentarea situației existentă într-unul din studiile desfășurate pe tema salariaților din Sănătate:

„Formarea profesională a asistentelor medicale constituie o dovadă de incompetență a sistemului desfășurată pe seama asistentelor în condițiile în care modificările continue de pregătire au adăugat continuu obligații în seama asistentelor medicale. Cele mai afectate au fost asistentele medicale deja angajate în sectorul public de sănătate, majoritatea fiind prinsă în ***cercul vicios al formărilor redundante****. Este vorba de asistente medicale care au fost obligate să parcurgă mai multe forme de pregătire pentru a-și putea menține profesia la nivelul inițial. Exemplele de situații sunt de-a dreptul halucinante, ele conducând uneori la durate totale de formare care depășesc durata de formare pentru un medic:*

1. ***Traseul maxim****: absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) + colegiu (3 ani) + facultate (4 ani)=* ***10 ani de formare*** *(fără a lua în considerare pregătirea de specialitate din liceu);*
2. ***Traseul mediu:*** *absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) + facultate (4 ani)=* ***7 ani de formare*** *(fără a lua în considerare pregătirea de specialitate din liceu);*
3. *Traseele minime:*
   a. *absolventă de liceu (soră medicală) + școală postliceală (3 ani) = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.*
   b. *Școală postliceală = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.*
   c. *Colegiu = nivel mai redus de salarizare decât absolventele de facultate.*
   d. *Facultatea de asistente medicale.*

Această evoluție nefirească a creat un grad semnificativ de incertitudine în rândul asistentelor medicale în ceea ce privește dezvoltarea carierei proprii, contribuind în mod semnificativ la scăderea calității vieții profesionale.”

Implementarea unei strategii ce vizează evaluarea, formare și echivalarea la nivel universitar a asistentelor medicale absolvente de studii postliceale, așa cum avem în vedere în continuare, prezintă următoarele avantaje:

- Respectă principiul egalității de șanse și al accesului egal la formarea profesională. În marea lor majoritate asistentele medicale cu postliceală nu au avut posibilitatea de urma cursurile facultăților de asistenți medicali în special datorită distanței, dar și costurilor adiacente. Suplimentar, sistemul are o datorie morală față de aceste asistente medicale care i-au susținut funcționare în ultimii ani în contextul unui deficit accentuat de personal. Este vorba de persoane care și-au sacrificat timpul ce trebuia alocat familiei pentru a face deseori ore suplimentare neplătite (de multe ori chiar nepontate), pentru a îndeplini sarcinile de serviciu ale colegelor plecate la muncă în străinătate.
- Contribuie în ceea mai mare măsură la creșterea nivelului de pregătire profesională, respectiv la creșterea calității serviciilor medicale.
- Este conformă cu Directiva U.E. privind calificările și cu eforturile pe care sistemul trebuie să le depună pentru a avea lucrători cu un înalt nivel de pregătire.
- Este relevantă pentru Directiva nr. 24/2011 din perspectiva nivelului de pregătire al celor care furnizează servicii medicale în România în contextul liberei circulații a pacienților, oferind astfel un avantaj competitiv sistemului sanitar românesc.
- Prin intermediul acestei măsuri se creează posibilitatea unor creșteri salariale semnificative pentru un număr cât mai mare de asistente medicale, contribuind astfel la atingerea altor obiective specifice.

  Planul de intervenție trebuie dublat de introducerea specializării asistentelor medicale cu studii superioare. Specializarea asistentelor medicale deschide posibilitatea accederii la întreg ciclul de formare de tip Bologna, respectiv licență-master-doctorat, instituind o modificare necesară a sistemului universitare de pregătire a asistentelor medicale: asistentele medicale să fie pregătite/formate în principal de alte asistente medicale (și nu în special de medici, cum se întâmplă în prezent).

Introducerea specializării asistentelor medicale cu studii superioare satisface totodată o condiție esențială pentru reducerea actualelor tensiuni de care este traversat sistemul: posibilitatea unor atribuții diferențiate care să justifice diferențele de salarizare actuale și, mai ales, viitoare.

O astfel de măsură trebuie dublată de stabilirea unor atribuții specifice pentru toate asistentele medicale absolvente cu studii universitare, indiferent dacă vor fi sau nu specializate. Din această perspectivă, atribuțiile diferențiate au un caracter urgent.

Direcții de acțiune/Măsuri:

a. Crearea cadrului legal necesar și implementarea unei strategii ce vizează evaluarea, formare și echivalarea la nivel universitar a asistentelor medicale absolvente de studii postliceale. Programul de revalorizare a diplomelor/echivalare poate fi accesat de asistentele medicale angajate în unitățile sanitare cu o vechime de cel puțin 3 ani.

b. Susținerea implementării planului de revalorizare a diplomelor asistentelor medicale. Implementarea planului de revalorizare a diplomelor pentru asistentele medicale absolvente ale cursurilor de învăţământ postliceal care au obţinut diploma de asistenţi medicali generalişti înainte de anul 2010, angajate în sistemul public de sănătate se va face prin intermediul unor proiecte specifice pe fonduri structurale.

c. Recunoașterea internă a nivelului de formare pentru asistentele medicale ce urmează planul de revalorizare a diplomelor. Planul de revalorizare a diplomelor va include atât revalorizarea externă cât și pe cea internă. În acest sens, absolventele unor astfel de cursuri vor fi echivalate și la nivel național în ceea ce privește pregătirea și nivelul de salarizare cu asistentele medicale cu studii superioare. Prin

intermediul acestei măsuri se va asigura intrarea în normalitatea europeană în ceea ce privește salarizarea asistentelor medicale.

d. Implementarea specializărilor pentru asistentele medicale cu studii superioare, respectiv deschiderea unui traseu suplimentar de carieră, care să fie corelat cu o salarizare diferențiată pentru fiecare situație în care o asistentă medicală exercită atribuții specializate.

OS 4.2 Dezvoltarea formării profesionale continue și creșterea impactului acesteia asupra calității serviciilor medicale

Abordarea problemelor practice ale formării profesionale continue specifică sectorului sanitar este concentrată pe o analiză globală a situației, respectiv pe expunerea problemelor concrete cu care se confruntă sistemul în acest domeniu. Perspectiva de abordare este cea a unui sistem sanitar normal, centrat pe calitatea serviciilor medicale și pe calitatea vieții profesionale a salariaților, având în vedere influența celei din urmă asupra celei dintâi. În acest sens, evaluarea câtorva din factorii care intervin în dimensionarea calității vieții profesionale, raportați la elementele ce țin de calitatea serviciilor medicale (incluzând și atitudinea generală față de pacienți) ne-a furnizat informații utile, transpuse în prezentele constatări. Principalele probleme care ne rețin atenția sunt următoarele:

Aspectul formal al majorității cursurilor de formare profesională continuă. Situația este aplicabilă în special profesiunilor medicale, pentru celelalte categorii de personal putând vorbi mai curând de absența acestor cursuri. Contribuie la ivirea acestui aspect formal în special rolul pe care-l are formarea profesională continuă în traseul de carieră, dar și o bună parte din disfuncționalitățile expuse în continuare. În condițiile în care cea mai mare parte a salariaților participă la activitățile de formare doar din cauza obligațiilor legale (condiționarea acordării certificatului de liberă practică de obținerea unui anumit număr de credite), interesul angajaților se concentrează pe achitarea în cel mai ușor mod de această obligație și obținerea într-o modalitate cât mai facilă a creditelor aferente. Suplimentar, interesul salariaților față de formarea profesională continuă este relativ redus în special datorită faptului că aceasta are un impact foarte mic sau chiar deloc asupra propriei cariere profesionale și nivelului veniturilor salariale. Introducerea unui sistem de salarizare care să ia în considerare performanța profesională drept una din variabile constituie o parte importantă a soluțiilor de remediere a acestei situații.

Monopolul organismelor profesionale asupra formării profesionale continue pentru personalul medical[1] constituie o altă deficiență semnificativă. Absența concurenței (pe care ar putea-o genera liberul acces al formatorilor la furnizarea cursurilor de formare profesională continuă) este un inhibitor al calității. Suplimentar, în condițiile în care cursurile de formare sunt o sursă suplimentară de venit pentru aceste organisme, bazat pe plata lor de către salariați, intervine interesul de a crește nivelul satisfacțiilor de „*prima facie*” reprezentate în special prin durata cursurilor mult mai mică decât cea oficială, număr de credite disproporționat raportat la importanța cursurilor etc. Modelul câtorva din statele occidentale indică o mai mare rigoare în acest domeniu, dublată de menținerea concurenței. Elocvent este exemplul Italiei, unde coordonarea și controlul activităților de formare recunoscute este realizat de Ministerul Sănătății, organismele profesionale concurând alături de alte organizații la obținerea acreditării, sub rezerva îndeplinirii standardelor de calitate. Acest exemplu considerăm că este unul indicat și pentru cazul României, aducând cu el posibilitatea unui spor de eficiență în domeniu, dublată de doza necesară de control din partea celui care trebuie să garanteze calitatea serviciilor medicale către cetățeni, respectiv calitatea formării profesionale: statul român, prin Ministerul Sănătății.

Nu există diagnoză națională sau locală a nevoilor de formare profesională continuă, sub forma unui screening global sau a unei evaluări continue. De asemenea, lipsește un inventar al competențelor

profesionale existente, pe baza cărora poate fi construită o strategie de formare la nivel național, pot fi dezvoltate strategiile regionale și ale unităților sanitare și pot fi elaborate strategiile de dezvoltare a carierelor individuale. Toate acestea sunt determinate de o deficiență mult mai amplă: absența unei strategii coerente în domeniul resurselor umane din sectorul sanitar. Chiar dacă după ani de eforturi în direcția campaniilor de conștientizare privind problemele determinate de migrația personalului medical și de politicile greșite de personal, s-a reușit înțelegerea parțială a unora din aceste probleme, această înțelegere nu a fost dublată de luarea măsurilor corespunzătoare. În acest context, asistăm la o continuă diluare a competențelor profesionale existente, în special în sistemul public, fără a avea o imagine clară a deficitului și, evident, fără a fi luate măsurile corespunzătoare. Soluția evidentă o constituie instituirea unei campanii de cercetare în domeniu, dublată de o strategie de formare profesională continuă la nivel național.

Lipsa obiectivelor clare ale formării profesionale continue la nivelul organismelor profesionale, singurele care au demersuri (fie ele minime) în această direcție, determinată de absența inventarului competențelor și a strategiei în domeniu. În acest context, selecția cursurilor de formare se face adesea în mod aleatoriu, multe din ele fiind irelevante pentru activitatea curentă a spitalelor sau pentru necesarul viitor de competențe ale salariaților sau ale unităților sanitare. Mai mult decât atât, elaborarea unor pseudo-obiective (obiective stabilite în absența unei diagnoze și a unei strategii de formare) are drept efect un grad ridicat de aleatoriu în ceea ce privește direcțiile de dezvoltare profesională.

Formarea profesională continuă se face pe costurile salariaților, personalul medical ajungând să plătească atât cotizația (obligatorie) de membru al organismului profesional și fiind în majoritatea cazurilor obligat, de același organism profesional, să suporte costurile cursurilor de formare profesională. Astfel de situații se alătură cazurilor relativ numeroase în care formarea profesională continuă constituie o afacere, în cadrul căreia veniturile sunt realizate pe seama angajaților salarizați la un nivel foarte scăzut. Suplimentar, ivite pe fondul unui nivel de salarizare, cheltuielile adiționale cursurilor de formare profesională continuă accentuează deficitele financiare în care se zbat salariații. Situația este cu atât mai gravă în cazurile de sărăcie salarială, ce pot fi întâlnite mai ales la salariații începători. Finanțarea formării profesionale continue prin intermediul Programului Operațional Capital Uman.

Nu există alocări bugetare semnificative pentru formarea profesională continuă (cu excepția fondurilor structurale; însă și acestea sunt alocate în mod haotic). La acest context contribuie în special deficitele financiare cu care se confruntă spitalele publice, lipsurile bugetare conducând la situația în care unitățile sanitare nu-și achită obligațiile financiare și de altă natură, având ca izvor legea, aferente formării profesionale legale. Situația are două efecte: contribuie la sporirea poverii financiare suportate de personalul medical (în special) pentru propria formare continuă și conduce deseori la situația în care alte categorii de personal decât cele medicale nu participă la formarea profesională continuă.

Lipsa cronică de timp pentru formarea profesională continuă determinată de deficitul de personal; una din manifestările concurente pentru timpul lucrătorilor din sănătate este determinată de foarte multele ore lucrate suplimentar (fără a fi plătite). Întregul context de lucru nu este unul favorabil armonizării vieții profesionale cu viața de familie, cea mai afectată fiind viața de familie. Ponderea mare a femeilor în totalul salariaților, combinată cu nivelul ridicat al obligațiilor de accentuează lipsa timpului pentru formarea profesională continuă pentru această categorie de personal.

Unitățile sanitare nu au o strategie de personal și nu sunt interesate de *tabloul competențelor existente* sau de orientarea strategiei în funcție de competențe. De altfel, o astfel de strategie este absentă și la nivelul Ministerului Sănătății, ea fiind înlocuită de soluții alternative ineficiente, de tipul

strategiilor de formare profesională continuă dezvoltate de organismele profesionale și de diversitatea ofertei facultăților de medicină și altor furnizori autorizați de organismele profesionale. Suplimentar, resursa umană este profund afectată de metodele informale de selecție a personalului care afectează sectorul public, absența concurenței oneste în cazul angajărilor (chiar dacă ele sunt puține) conducând de fapt la o contraselecție.

Nu există o situație clară în privința *tabloului competențelor necesare* fiecărui post, reglementările reducându-se la fișa postului (care tinde către un aspect strict formal) și la evaluările făcute cu ocazia examenelor de promovare în carieră de diferitele organisme și instituții. La rândul lor, salariații nu-și elaborează propriul traseu de carieră pe baza competențelor, fie datorită necunoașterii acestei cerințe, fie din cauza faptului că gestiunea resurselor umane, în ansamblul ei, nu acordă importanța necesară competențelor, eforturile salariaților centrate pe competențe rămânând fără răsunet. Situația derivă dintr-o preocupare de ansamblu a sistemului sanitar pentru competență și concurența bazată pe concurență, relațiile profesionale fiind fie de natură birocratică, fie căzând în zona diferitelor tipuri de dominări.

La nivelul **unităților nu există departamente/compartimente specializate pe formarea profesională continuă a salariaților** și pe problemele adiacente acesteia. Este unul din motivele importante pentru care formarea continuă este lăsată în bună măsură la voia întâmplării și la decizia salariaților în domeniu, lipsind orientarea ei conform intereselor unității.[2] Formarea noilor veniți nu are un caracter organizat, nefiind cunoscută importanța acesteia pentru salariați și pentru unitate. Considerăm deosebit de utile în acest domeniu structurile de tip *mentorat*, care ar trebui instituționalizate.

Ponderea mare a competențelor dobândite informal complică și ea lucrurile în mod semnificativ. Tematicile formării nu acoperă transferul informal de atribuții între diferitele categorii profesionale, competențele utilizate în acest sens fiind dobândite predominant pe căi informale. Competențele profesionale dobândite informal, ca urmare a pregătirii personale a salariatului sau pe calea transferului informal de experiență, nu beneficiază de recunoaștere, lipsind cu desăvârșire procedurile necesare în acest sens. Din acest motiv, o parte considerabilă din activitatea profesională din sectorul sanitar se desfășoară pe baza competențelor dobândite informal, în această situație aflându-se, spre exemplu, unii dintre asistenții medicali.

Transferul de experiență nu este instituționalizat, nefiind luat în considerare ca tip de formare profesională continuă. Situația este paradoxală în condițiile în care preluarea unui nivel de experiență, prin prezența în unitate, în cadrul perioadelor de formare inițială, este considerată pregătire (fiind bifată la capitolul *pregătire practică*), în timp ce același demers, dublat de o eficiență deseori mult mai mare, nu beneficiază de recunoașterea instituțională.

Absența unor standarde de formare relevante, care să fie dublate de o monitorizarea riguroasă a respectării lor, determină deseori o atmosferă de neîncredere a salariaților în relevanța cursurilor organizate/girate de organismele profesionale. Preocuparea pentru calitatea formării profesionale continue este insuficientă, efectele resimțindu-se și în domeniul calității serviciilor medicale.

Procedurile aferente formării profesionale continue sunt greoaie, nefiind adaptate la flexibilitatea specifică pieții muncii. Suplimentar, formarea profesională continuă suferă consecințele negative ale redundanței formelor inițiale de pregătire, redundanță vizibilă mai ales în cazul asistenților medicali.

Conceptul *resursă umană* are un sens mult prea abstract pentru decidenți, astfel încât nu se poate vorbi de existența unei strategii coerente de investiții în acest domeniu, care să cuprindă și dimensiunea formării profesionale continue. Așa cum spuneam în prima parte, o lectură a Strategiei propusă de Ministerul Sănătății este lămuritoare în acest sens.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

a. Responsabilitățile instituționale

Ministerul Sănătății

Una din principalele direcții de acțiune o constituie crearea unei strategii pentru dezvoltarea și profesionalizarea compartimentelor de resurse umane din unitățile sanitare (incluzând transformarea acestora în Direcții de resurse umane), ca formă de sprijin a spitalelor, parte a procesului de reformă. Ea presupune investiții și proiecte pe fonduri structurale pentru formarea specialiștilor în resurse umane și schimburi de experiență. Ministerul Sănătății va avea inițiativa în acest sens, inclusiv prin construirea unui departamente de specialitate pentru implementarea unei astfel de strategii, care să monitorizeze atât nivelul formării profesionale continue cât și indicatorii calității vieții profesionale a personalului din sectorul sanitar. O bună parte din aceste activități vor face parte parte din dialogul social, prin extinderea instrumentelor/instituțiilor de dialog social. Strategia include dezvoltarea consilierii profesionale la nivelul unităților sanitare, în parteneriat cu organismele profesionale și partenerii de dialog social.

O acțiune complementară, parte a dialogului social, o constituie introducerea unui management participativ, respectiv a unei forme de participare a salariaților, prin intermediul organizațiilor sindicale, la managementul unității, luând în considerare necesitatea lărgirii cadrului de dialog social raportat la indicatorul EPI II (European Participation Index).[3]

Acordarea sprijinului necesar pentru constituirea unor organisme profesionale pentru specialiștii în resurse umane din sectorul sanitar, care să contribuie la creșterea gradului de profesionalizare și la menținerea noilor nivele de competență constituie o altă direcție de acțiune.[4]

Introducerea în COR a profesiei/specializării *codificator DRG* și crearea mecanismelor specifice de formare rapidă a unor specialiști în domeniu, ea răspunzând unei necesități reale de competențe necesare la nivelul spitalelor.

Creșterea nivelului de finanțare al sistemului sanitar, cu impact direct asupra bugetului spitalelor, ar genera un efect pe orizontală, ar avea ca efect sporirea posibilităților de finanțare de către unitățile sanitare a formării profesionale continue, conducând astfel la creșterea calității serviciilor medicale.

Modificarea semnificativă a traseului de carieră prin adăugarea unor noi trepte, crearea conexiunilor inter-profesionale, sporirea nivelului de specializare, includerea unor noi competențe care acoperă necesități concrete ale unităților sanitare atât pe domeniul unui mai bun management cât și pe acela al acordării unor îngrijiri medicale de calitate.

Includerea formării profesionale continue în obiectivele strategiei aplicabilă pentru următoarea perioadă de programare în cadrul fondurilor structurale este necesară, ea putând suplimenta chiar în mod eficient lipsa posibilităților financiare ale unităților sanitare.

Unitățile sanitare

Va fi implementată o strategie ce vizează implicarea activă a unităților sanitare în formarea continuă a personalului propriu, centrată pe următoarele demersuri:

- Identificarea ansamblului competențelor existente la nivelul unității – *tabloul competențelor existente*. Demersul specific în acest sens ar putea purta numele de *bilanțul instituțional de competențe*, realizabil prin intermediul *bilanțului individual de competențe*, aplicabil tuturor salariaților. Bilanțul individual de competențe trebuie să ia în considerare:
  - Competențele profesionale atestate
  - Competențele comune atestate (comunicare, TIC, bioetică/deontologie etc.)
  - Competențele profesionale și comune dobândite în mod informal.[5]
- Stabilirea setului de competențe necesare (raportat la nivelul spitalului, la specializările existente, la strategia de dezvoltare, la standardele de evaluare) – *tabloul competențelor necesare*;

- Identificarea nevoilor de formare profesională la nivelul unităților:
  - Se face ca diferență dintre *tabloul competențelor necesare* și *tabloul competențelor existente;*
  - Necesită crearea unor instrumente de evaluare a nivelului de formare profesională continuă și a eficienței cursurilor de formare profesională desfășurate și implementarea acestora;
- Stabilirea unei strategii de formare profesională continuă, centrată pe următoarele direcții:
  - Crearea unui compartiment de specialitate la nivelul unității. Acesta va avea ca atribuții, în afară de cele conexe strategiei de formare, și:
    - Accesarea fondurilor europene pentru formarea profesională continuă și introducerea unor noi instrumente de management resurse umane;
    - Identificarea oportunităților de formare oferite de proiectele aflate deja în implementare;
    - Participă la activitățile de cercetare în domeniul resurselor umane din sectorul sanitar.
  - Stabilirea panelului de competențe țintă. Se raportează la două dimensiuni:
    - Stabilirea competențelor a căror menținere necesită formare profesională continuă;
    - Identificarea noilor competențe necesare, grupate pe următoarele categorii:
      - Competențe profesionale;
      - Competențe tehnice de specialitate;
      - Competențe comune;
  - Strategia trebuie realizată împreună cu partenerii sociali și organismele profesionale de la nivel local. Motiv pentru care este necesară încheierea unor relații de parteneriat cu toți actorii implicați/interesați în formarea continuă a salariaților (organisme profesionale, organizații sindicale, furnizori de formare profesională). În acest sens, elaborarea strategiei de formare profesională continuă și monitorizarea implementării ei trebuie să facă parte din obiectivele dialogului social la nivelul unităților sanitare.
  - Finanțarea cursurilor de formare profesională continuă, acolo unde acestea nu sunt finanțate /furnizate gratuit de organismele profesionale. Se are în vedere și finanțarea acestora prin intermediul proiectelor pe fonduri europene.
  - Dezvoltarea unui compartiment de formare profesională continuă la nivelul unității, care să includă autorizarea unităților sanitare pentru furnizarea cursurilor de formare profesională continuă necesare unității la nivelul acesteia. Acest compartiment include formarea unor lectori din rândul angajaților unității.
  - Îmbunătățirea calității dialogului social la nivelul unității, inclusiv prin introducerea unor noi mecanisme de dialog social specifice dimensiunii formării profesionale și analizei/monitorizării factorilor care intervin în motivarea personalului.
- Introducerea și dezvoltarea structurilor de tip *mentorat*, utilizabile pentru noii angajați și pentru practica profesională dezvoltată în cadrul spitalelor, ca parte a formării continue. Ea presupune cel puțin următoarele:
  - Crearea rețelei de mentori
    - Vor fi selectați angajații cu experiență și cu bune rezultate profesionale;
    - Se adaugă pregătirea acestora în domeniul formării;
    - Necesită, de asemenea, modificarea traseelor de carieră în sensul adăugării calității de mentor și introducerii unor forme de recompensă;[6]
  - Introducerea unor proceduri de formare practică, bazate pe standarde de formare și instrumente de evaluare;
- Creșterea nivelului de corectitudine a comportamentului față de salariați prin modificarea și completarea prevederilor care reglementează activitatea în unități.

Organismele profesionale

Implementarea unei strategii centrată pe redefinirea rolului formării profesionale continue în acord cu interesele multiplilor actori și beneficiari, angajați, angajatori, pacienți, cetățeni, organizații, instituții, ar trebui să constituie principala direcție strategică a organismelor profesionale.

Având în vedere cadrul legal existent și situația concretă, în care salariații reclamă dificultăți financiare pentru urmarea cursurilor de formare profesională continuă iar posibilitățile de intervenție pe această zonă a unităților sunt limitate de problemele bugetare de notorietate, este necesar ca organizațiile profesionale să furnizeze într-o pondere mult mai mare cursurile de formare profesională continuă în mod gratuit pentru proprii membri, atât din surse proprii cât și prin intermediul proiectelor implementate pe fonduri structurale. Pe această cale s-ar putea ieși din discretul aspect formal al cursurilor de formare profesionale continuă, indicat de respondenți, depășindu-se presiunea în acest sens creată de finanțarea de către participant a cursurilor. Pentru reușita unei astfel de acțiuni considerăm că sunt necesare modificări legale orientate în această direcție.

Efortul combinat al unităților sanitare și al organismelor profesionale de finanțare a cursurilor de formare profesională continuă și implementare a proiectelor pe această zonă va avea un impact direct asupra veniturilor salariaților din sănătate, contribuind în mod semnificativ la o creștere a veniturilor disponibile pentru alte nevoi, adică la creșterea calității vieții de familie (care are un impact important asupra vieții profesionale).

Dezvoltarea activităților de cercetare în domeniu pentru identificarea competențelor relevate pentru activitatea profesională curentă, orientate simultan către creșterea calității serviciilor medicale acordate pacienților.

Strategiile de formare profesională continuă vor fi construite pe baza identificării necesarului de competențe la nivelul unităților sanitare. În acest sens este necesară crearea unor departamente de specialitate atât la nivel central cât și la nivel local, împreună cu o rețea de comunicare în domeniu, conectată la organismele specializate de la nivelul spitalelor.

Crearea unor standarde minime obligatorii în domeniu furnizării cursurilor de formare profesională continuă desfășurate atât de organizațiile proprii cât și de cele acreditate, care să includă obiective de competență și monitorizarea nivelului de atingere a acestora în urma activităților de formare (inclusiv prin intermediul unei proceduri obiective de evaluare).

Dezvoltarea unor relații de parteneriat cu organismele implicate în domeniu care au contacte specializate cu salariații din sănătate, în special cu organizațiile sindicale și departamentele unităților sanitare.

Instituirea unei mai mari obiectivități și transparențe în procesul de acreditare a furnizorilor de formare profesională continuă, dublate de proceduri care să asigure accesul egal la acreditare al furnizorilor interesați.

Modalitățile informale de pregătire a personalului vor fi cuprinse în cadrul general al formării profesionale continue, beneficiind inclusiv de mecanisme de recunoaștere instituțională a competențelor dobândite informal. În acest sens organizațiile au un rol esențial de crearea a cadrului instituțional necesar acestei recunoașteri, trebuind în același timp să beneficieze de sprijinul tuturor actorilor semnificativi pentru sistemul sanitar.

Organizațiile sindicale

La nivelul acestor organizații este necesară o mai mare orientare și preocupare pentru intervenția și monitorizarea formării profesionale continue, inclusiv privind implicarea în implementarea unor proiecte specifice pe această temă.

Reglementarea modului concret de furnizare a formării profesionale continue a salariaților de către unitățile sanitare trebuie va avea cel puțin statutul de anexă la Contractele colective de muncă la

nivel de unitate, pentru reușita acestui demers minim urmând a se constitui un model cadru de anexă la nivelul contractelor colective superioare, respectiv la nivelul contractelor colective de muncă la nivel de grup de unități și/sau sector de activitate.

Implicarea în desfășurarea unor cursuri de formare profesională cu impact asupra calității vieții profesionale și armonizarea vieții profesionale cu viața de familie trebuie implementată, ea înscriindu-se în preocuparea pe care organizațiile sindicale europene o au în acest domeniu.

Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor (CoNAS)

Strategia și acțiunile unităților sanitare în domeniul formării profesionale continue vor fi incluse în standardele de acreditare a unităților sanitare de către CoNAS, ca parte a instrumentelor de monitorizare a calității serviciilor medicale și a calității vieții profesionale, respectiv a relației de influență reciprocă dintre acestea. În acest sens, evaluarea măsurilor privitoare la formarea profesională continuă va avea în vedere atât indicatorii calității serviciilor medicale[7] cât și indicatorii calității vieții profesionale.[8]

Având în vedere accentul pus pe calitatea serviciilor medicale de Directiva U.E. nr. 24/2011, ale cărei prevederi au intrat în vigoare începând cu luna octombrie 2013, și ținând cont că atât aspectele ce țin de formarea profesională continuă cât și cele legate de calitatea vieții profesionale au un impact direct și semnificativ asupra calității serviciilor medicale, această instituție va fi preocupată atât de identificarea/crearea standardelor minime de calitate la nivelul U.E. cât și de identificarea relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale, dublată de introducerea în propriile standarde de verificare a măsurilor ce se dovedesc a fi necesare.

Salariații

În contextul trecerii la salarizarea în funcție de performanță, este evidentă urgența orientării salariaților către abordarea din punctul de vedere al competențelor a propriei cariere profesionale și a modului curent de exercitare a profesiei. O astfel de abordare va avea ca efect creșterea calității serviciilor medicale acordate, obiectiv esențial pentru propria carieră, mai ales dacă avem în vedere contextul creat de Directiva U.E. nr. 24/2011. Creșterea nivelului de accesare a serviciilor de consiliere profesională[9] face parte și ea din noua orientare ce va fi sprijină pentru a fi adoptată de salariați față de propria profesie.

Efortul pentru creșterea propriilor performanțe profesionale prin intermediul formării profesionale continue este esențial pentru creșterea calității serviciilor medicale acordate populației, având totodată o influență semnificativă asupra calității propriei vieți profesionale. Demersul centrat pe calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale va fi unul comun, instituții – organizații – salariați, crescând șansele de succes ale acestei strategii.

Furnizorii de formare profesională continuă

Orientarea către efectivitatea și calitatea cursurilor de formare profesională furnizate (ce presupune limitarea la minimum posibil a caracterului pur formal al cursurilor de formare profesională continuă) constituie una din cele mai eficiente măsuri în atingerea obiectivului de creștere a nivelului de pregătire al salariaților.

Centrarea formării pe competențele furnizate/completate/susținute poate contribui și ea în mod semnificativ la implementarea unui noi strategii în domeniul formării profesionale continue.

b. Direcțiile de acțiune ce va implica efortul conjugat al mai multor factori

Organizarea riguroasă a fiecărei profesii pe sistemul competențelor (constituirea tabloului competențelor specific fiecărei profesii) permite introducerea traseelor profesionale progresive, salariații putând adăuga prin diferite tipuri de pregătire (inclusiv informală și/sau la locul de muncă)[10] competențele necesare pentru a ajunge la un nou nivel de pregătire, la a cărui certificare trebuie, de

asemenea, să aibă acces. În acest sens, principalul obiectiv îl constituie structurarea tuturor formelor de învățământ în domeniu pe competențe concrete și instituirea unor forme concrete de certificare/constatare a acestora, care să permită:

- analiza obiectivă a competențelor deținute de un absolvent/salariat (în procesul angajării și al evaluării profesionale continue);
- salarizarea în funcție de competență;
- analiza propriilor competențe de către salariați și construirea unui traseu de carieră;
- realizarea unui tablou al tuturor competențelor la nivelul fiecărei unități sanitare și chiar la nivel național;
- eliminarea formelor de învățământ redundante.

Eliminarea formelor de învățământ redundante considerăm că are un caracter de urgență, ea dând seama de unul din viciile sistemului de pregătire inițială și continuă. Este de notorietate situația asistentelor medicale care au ajuns/au fost obligate să urmeze și câte 4 forme de pregătire inițială diferite care atestă același nivel profesional, pe care-l obținuseră deja după absolvirea primei forme. Spre exemplu, asistentele medicale care au terminat *liceul* sanitar înainte de 1989 și chiar după (considerate ulterior „soră medicală”), au fost nevoite să urmeze ulterior *școala postliceală*, apoi *colegiul* și la urmă *facultatea*, pentru ca în final să aibă aceleași atribuții pe care le avea inițial. Chiar și în situația tratării diferențiate din punct de vedere formal (diferențele de nivel de salarizare), nivelul de competențe și atribuțiile sunt identice.

Importanța competențelor dobândite informal înregistrează cele mai mari valori pozitive (peste 57% dintre respondenți optând pentru *mare* și *foarte mare*), ridicând o adevărată problemă pentru gradul de relevanță al formării continue pe sistem clasic. Răspunsurile predominant pozitive în ceea ce privește aprecierea formării profesionale continue și marcant pozitive raportat la competențele dobândite informal pot fi conciliate doar prin intermediul *unui model centrat pe formarea continuă la locul de muncă*, adică pe *transferul de experiență între generații*. Din această perspectivă, formarea profesională continuă instituționalizată se dovedește cel puțin insuficientă pentru asigurarea nivelului necesar de competențe al unităților și salariaților. În acest context, considerăm indicate două soluții complementare: *formalizarea transferului de experiență între generații* și *dezvoltarea formării profesionale continue în direcția competențelor dobândite informal*.

Formalizarea transferului de experiență presupune crearea cadrului instituțional pentru eficientizarea acestui transfer, constituirea instrumentelor metodologice de dezvoltare, monitorizare și evaluarea acestui tip de formare. Necesitatea formalizării derivă și din caracterul ambivalent axiologic al acestui cadru formativ, el fiind permeabil aproape în mod egal la achizițiile pozitive și la cele negative. Această realitate constituie un motiv suficient pentru ca atât unitățile sanitare cât și organismele profesionale să fie interesate de organizarea acestui domeniu esențial pentru activitatea profesională din sectorul sanitar.

Dezvoltarea formării profesionale continue în direcția competențelor dobândite informal presupune în primul rând crearea cadrului instituțional necesar pentru evaluarea acestor competențe, dublat de linii directoare care să orienteze acest tip de formare. În aceste condiții este evidentă necesitatea organizării întregii formări profesionale pe unități de competență, cel puțin pentru profesiile medicale, abia acestea generând posibilitatea articulării logice a celor două mari tipuri de formare: formarea inițială și formarea continuă. Suplimentar, sistemul presupune atât posibilitatea evaluărilor periodice și a monitorizării competențele deținute de fiecare profesionist cât și crearea cadrului pentru evidențierea tipurilor de formare, la care se adaugă conștientizarea salariaților privind nevoia proprie de formare. Este evidentă în acest context nevoia centrării sistemului de formare pe persoană, introducerea instrumentelor de evaluare și autoevaluare și stimularea formării bazate pe obiective de competențe.

Totodată, este necesară adaptarea tuturor instrumentelor de formare și evaluare la noile mijloace de comunicare, în special la Internet. Centrarea pe evaluarea competențelor dobândite informal nu este însă suficientă de una singură, fiind necesară accesibilizarea accesului salariaților la informațiile profesionale relevante, introducerea formării continue ca parte integrantă a activității profesionale curente,[11] recunoașterea și stimularea (inclusiv materială) profesioniștilor de succes.

Eficientizarea formării profesionale continue - dezvoltarea și implementarea unei strategii de intervenție în dimensiunea motivațională a salariaților, care va include:

- Recunoașterea eforturilor depuse de salariați în domeniul propriei formări profesionale continue:
  - Stimularea salarială a:
    - Diferențelor de competență dovedite;
    - Diferențelor de calitate a serviciilor medicale;
  - Introducerea unor noi forme de recunoaștere a calității și cantității activității profesionale la nivelul unităților sanitare.
- Diversificarea traseelor de carieră, formarea profesională continuă urmând să facă parte din criteriile esențiale pentru avansare.
- Crearea instrumentelor de monitorizare a gradului de satisfacție profesională a salariaților.
- Introducerea unui sistem multidimensional și obiectiv de evaluare a performanțelor profesionale.[12]

Creșterea nivelului de reglementare a formării profesionale continue în sectorul sanitar

Pornind de la următoarele premise:

- Efectele pozitive ale pregătirii şi dezvoltării profesionale se regăsesc în creşterea calităţii serviciilor medicale și, totodată, în creșterea calității vieții profesionale;
- Nevoia de dezvoltare profesională la locul de muncă cere deschidere spre formare din partea angajatorilor, derularea unor de programe şi activităţi de dezvoltare personală;
- Pregătirea şi dezvoltarea profesională este un proces care presupune planificare, organizare şi supervizare;
- Gândirea unei strategii coerente şi globale în domeniul formării şi dezvoltării profesionale este necesară;

Este necesară reglementarea organizării pregătirii profesionale continue a tuturor categoriilor de personal din sistemul sanitar printr-o prevedere legală unică, elaborată în comun de Ministerul Sănătății, organismele profesionale și partenerii sociali. În acest sens, prin rezultatele obţinute, studiul de faţă, întăreşte nevoia unui astfel de document.

De asemenea, ţinând cont de faptul că educaţia a devenit un factor din ce în ce mai important în vieţile oamenilor, în special la locul de muncă, se impune crearea unor contexte stimulative, facilitatoare şi încurajatoare pentru toate activităţile de însuşire a cunoştinţelor noi. Dacă angajatorul va dovedi aprecierea interesului angajaţilor pentru cunoaştere şi învăţare, va obţine din partea acestora comportamente şi atitudini pozitive faţă de muncă, motivare şi performanţă.

În ciuda faptului că pregătirea profesională este considerată importantă, de multe ori este privită de angajator drept o obligaţie ce revine exclusiv angajatului. Iniţierea unor cursuri de perfecţionare profesională, stabilirea de parteneriate cu sindicatele şi organizaţiile profesionale, manifestarea deschiderii pentru orice ofertă de pregătire profesională de calitate care este în interesul salariaţilor sunt câteva exemple de bune practici în domeniul managementului resurselor umane.

Aprecierea obiectivă a performanţelor prin evaluarea profesională anuală nu ar trebui să fie o simplă problemă de administraţie formală ci trebuie să constituie o ocazie de a demonstra salariatului că îi este recunoscută valoarea profesională, stimulându-i preocuparea pentru pregătire şi perfecţionare profesională.

OS 4.3 Implementarea unei strategii privind informarea, orientarea și consilierea profesională a salariaților

Principii:

- Informarea, orientarea și consilierea angajaților vizează, în primul rând, menținerea locului de muncă și îmbunătățirea carierei.
- În secundar, ele trebuie să sprijine salariatul pentru căutarea unor locuri de muncă mai bune în cadrul sistemului sanitar din țară.
- În al treilea rând, aceste activități trebuie să ajute angajarea în străinătate și căutarea unui loc de muncă în cazul riscului de disponibilizare.

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

a. Sprijin pentru menținerea și îmbunătățirea condițiilor la actualul loc de muncă

- Evaluarea competențelor ce nu țin strict de aspectele profesionale (competențele profesionale directe), dar sunt importante pentru desfășurarea unei bune activități profesionale.
- Evaluarea abilităților/competențelor etc. legate de muncă.

b. **Sprijin pentru dezvoltarea carierei**

- Aplicarea formelor tradiționale de sprijin;
- Utilizarea mecanismelor și elementelor indicate în prezenta strategie.

c. Noi instrumente utile în carieră

- Descoperirea unor noi metode de intervenție în sprijinul salariaților, corespunzătoare atât competențelor clasice necesare cât și noilor competențe ce se adaugă continuu la profilul fiecărei profesii.

d. Îmbunătățirea serviciilor de gestiune resurse umane

- Crearea unor instrumente utile pentru evaluarea candidaților la diferite posturi;
- Dezvoltarea unor instrumente utile (și recunoscute) pentru recrutarea personalului;
- Elaborarea unor protocoale de practică pentru resursele umane aplicabile pentru momente precum
    - Evaluarea personalului
    - Concedieri colective și individuale
    - Angajare;
- Introducerea unor instrumente de gestionare rațională a resurselor umane.

e. Schimbarea obiceiurilor riscante

- Strategii de combatere a angajărilor pe baza mecanismelor de corupție;
- Diminuarea impactului negativ al *solidarității de breaslă* și schimbarea mentalităților în domeniu.

f. Stabilirea elementelor de strategie la nivel sectorial în privința informării, orientării și consilierii personalului

- Identificarea tipurilor de activități din sistemul sanitar și a profilurilor pentru fiecare loc de muncă;
- Dezvoltarea programelor online, care diminuează costurile adiționale formării și evaluării;
- Dezvoltarea unor instrumente online de formare/evaluare/proceduri și integrarea lor în managementul modern al resurselor umane.

g. Dezvoltarea unor instrumente de informare, consiliere și orientare profesională

- Crearea Ghidului de consiliere a salariaților din sănătate;
- Crearea unor instrumente de consiliere şi orientare cu auto-utilizare/auto-administrare;
- Crearea unor instrumente de consiliere/orientare specifice anumitor profesii;

- Multiplicarea surselor de informații online în domeniu.

Note:

[1] Este vorba de formarea profesională recunoscută, respectiv luată în considerare pentru acordarea certificatelor de liberă practică.

[2] Deficitul este derivat din unul mult mai grav: absența unor orientări strategice ale unităților sanitare. Este drept, situația nu poate fi imputată doar managementului acestora, fiind determinată și de amploarea incertitudinii în care sunt situate spitalele.

[3] Referințe suplimentare la adresa: http://www.worker-participation.eu/About-WP/European-Participation-Index-EPI. Avem în vedere faptul că valorile înalte ale acestui indicator sunt asociate în cea mai mare parte a cazurilor cu un nivel mare de dezvoltare, ilustrând astfel eficiența unei astfel de abordări.

[4] Se va desfășura o analiză a atentă și a altor categorii profesionale din sistemul sanitar din perspectiva posibilității de-a introduce organisme profesionale sau forme similare de organizare, care ar putea să asigure creșterea nivelului de pregătire și omogenizarea procedurilor utilizate. Câteva exemple sunt ilustrative: managerii unităților sanitare, specialiștii în finanțe din sector, juriștii din spitale și responsabilii de achiziții. Astfel de construcții instituționale ar putea aduce un surplus de eficiență în zona administrativă a spitalelor (salariații numiți generic T.E.S.A.).

[5] Pentru acest din urmă demers se va acționa pentru introducerea unei proceduri de evaluare a competențelor informale, cu implicarea în această acțiune a Ministerului Sănătății, a organismelor profesionale și a instituțiilor de formare inițială și continuă în domeniul profesional și în cel al competențelor comune.

[6] Aceasta intrând în atribuțiile Ministerului Sănătății, a organismelor profesionale și a partenerilor de dialog social.

[7] Construiți în special pe baza *output*-urilor furnizate de pacienți, fără însă a fi limitați la asta. În acest sens, este vitală existența și funcționarea instrumentelor de monitorizare a gradului de satisfacție

[8] Într-o variantă standardizată a acestora, care ar trebui elaborată în urma unor studii în domeniu. Acești indicatori trebuie să includă gradul de satisfacție al personalului față de propria viață profesională, monitorizat anual.

[9] Evident, în condițiile construcției efective a unui sistem eficient de consiliere.

[10] Diferențierea între competențele dobândite informal și cele dobândite la locul de muncă este doar aparent tautologică, putând vorbi de competențe dobândite informal și în afara locului de muncă.

[11] Spre exemplu, cea mai mare parte a timpului alocat formării profesionale continue va fi inclusă în timpul de lucru.

[12] În această direcție se va acționa pentru introducerea unui sistem mult mai complex de evaluare, cu un grad mult mai ridicat de obiectivitate, care, în același timp, să aibă un impact semnificativ asupra carierei profesionale și nivelului de salarizare, întărind locul acesteia în ansamblul factorilor motivaționali, care contribuie totodată în mod semnificativ la creșterea calității vieții profesionale.

OG 5 Implementarea unei politici de asigurare a resurselor umane în sănătate la nivelul de pregătire și motivare necesar asigurării unor servicii medicale de înaltă calitate

OS 5.1 Creșterea salariilor și introducerea salarizării în funcție de performanță

Sistemul de salarizare din Sănătate constituie o temă de interes public, având în vedere influența acestuia asupra calității serviciilor medicale. Faptul că salarizarea în sistemul sanitar constituie una din cele mai grave probleme ale acestuia tinde să fie unanim acceptat, fără însă a exista abordări serioase ale acestei probleme, determinate de interesul pentru identificarea unor soluții satisfăcătoare pentru cea mai mare parte a salariaților și care să aibă drept efect creșterea calității serviciilor medicale.

Salarizarea în sistemul sanitar suferă de ceea ce am putea numi „eroarea socialistă”: încadrarea într-un model uniformizant, caracterizat de o distribuție a veniturilor pe modelul clopotului lui Gauss. Plățile informale se dezvoltă ca o reacție compensatorie la această forțare a normalității, veniturile realizate în urma lor înregistrând o variație mult mai amplă, adică mai apropiată de cea caracteristică unui asemenea domeniu de activitate. În felul acesta s-a ajuns la situația în care veniturile sistemului sanitar sunt caracterizate simultan de două modele diferite: cel oficial (un model ce forțează egalități), și cel real, dezvoltat în conformitate cu aspirațiile economice normale ale profesioniștilor și aflat într-o relație de dependență de realitățile „pieței”.

Sistemul de salarizare din sănătate (adică sistemul bugetar de salarizare) este tributar la modul cel mai profund unui model socialist de organizare, adică principiului unei egalități forțate. Dacă adecvarea acestui model la diferitele sectoare bugetare poate fi discutată, în ceea ce privește sectorul sanitar este vorba în mod clar de o inadecvare de substanță. Argumentul fundamental în acest sens îl constituie diferențele imense între profesioniști în ceea ce privește pregătirea, efortul personal și rezultatele, dublate de talentul personal. Altfel spus, acest domeniu este caracterizat de un tip de aleatoriu specific, care face inadecvate abordările de tipul curbei gaussiene. Mai multe decât atât, acest sistem de salarizare are la ora actuală o dimensiune considerabilă de inechitate raportat chiar la propriile principii, respectivi cele egalitariste.

Unul din câștigurile dezbaterilor din ultimii ani pe tema salarizării în Sănătate îl reprezintă răspândirea conceptului „salarizare în funcție de performanță” și creșterea aderenței salariaților față de implementarea acestui sistem. Având în vedere regulile salarizării în sistemele publice de sănătate, salarizarea în funcție de performanță are o aplicare limitată, principala dificultate în implementarea unui astfel de sistem constituind-o identificarea limitelor sale. Pentru a depăși dificultățile inerente, modelul pe care-l avem în vedere este cel al „salariilor minime din sănătate” (luând ca punct de reper nivelul actual de salarizare, respectiv salarizarea prevăzută de Legea 284), dublat de salarizarea în funcție de performanță. Ceea ce înseamnă că trebuie avut în vedere un sistem mixt de salarizare, care să combine modelul grilei cu cel al salarizării suplimentare în funcție de performanță.[2]

Argumentul fundamental pentru salarizarea suplimentară în funcție de performanță îl constituie faptul că suferința profesioniștilor din Sănătate nu este legată doar de nivelul insuficient de salarizare, ci și de absența posibilităților de diferențiere a veniturilor în funcție de efortul depus și de rezultatele obținute. Într-un mediu dominat de profesiile liberale dorința de afirmare individuală și de recunoaștere prin intermediul diferențierii veniturilor are caracterul unei nevoi fundamentale.

Salarizarea din sistemul sanitar se confruntă la ora actuală cu câteva probleme foarte grave:

1. Raportarea sporurilor la „diferite salarii de bază”. Acest fapt este evident mai ales în situația salariaților aflați la nivelul salariului minim, unde se constată următoarele situații grave:
   a. În cazul salariaților angajați înainte de 2009 raportarea sporurilor se face la salariul de bază de la acea dată, în timp ce în cazul salariaților nou angajați raportarea sporurilor se face la un

salariu mai mare (respectiv la salariul de bază actual). Această situație generează o gravă inechitate salarială, deseori noii angajați ajungând în final la salarii mai mari decât salariații angajați în perioada anterioară.

b. În cazul angajaților care au avut salariul minim în perioada anterioară (inclusiv în 2013) raportarea sporurilor se face la salariul anterior, deși salariul minim s-a modificat.

2. Creșterea salariului minim aduce cu sine un set de inechități salariale foarte grave:
   a. Egalizarea nivelului salariilor între salariați cu vechimi diferite de muncă și chiar cu nivele de pregătire diferite. Creșterea salariilor mici conduce la anularea diferențelor dintre diferite categorii de salariați, generând un val de nemulțumire.
   b. Ivirea a tot mai multe situații de discriminare salarială a angajaților cu vechime în unitate față de noii angajați.

3. Sunt numeroase unitățile în care angajații cu salariile mici au salariul de bază sub salariul minim pe economie.

Câteva date rezultate în urma unor cercetări având ca subiecți salariații din sectorul sanitar sunt grăitoare atât în ceea ce privește problemele existente cât și în privința soluțiilor recomandate:[13]

46% dintre salariați sunt afectați de fenomenul inechităților salariale, determinat de incoerențele legislative din ultimii 5 ani, aceștia având salariul mai mic decât colegii loc care au același nivel de pregătire și lucrează la același loc de muncă.

Rezultatele cercetării au indicat un nivel crescut *insatisfacției față de nivelul salariilor* în rândul lucrătorilor din Sănătate. Nivelul satisfacției față de *recunoașterea statutului de către societate* este unul foarte scăzut, comparabil cu nivelul insatisfacției față de salarizare; motiv pentru care putem considera că salariații tind să perceapă nivelul salarizării drept principalul indicator al recunoașterii statutului social.

46% dintre respondenți au indicat că sunt afectați de fenomenul inechităților salariale, având salariul mai mic decât colegii lor aflați în aceleași condiții. Inechitățile sunt rezultatul modificărilor prevederilor legale din ultimii 5 ani, aplicabile salarizării din Sănătate. Rezultatele cercetării au indicat de asemenea un nivel crescut *insatisfacției față de nivelul salariilor* în rândul lucrătorilor din Sănătate. Nivelul satisfacției față de *recunoașterea statutului de către societate* este unul foarte scăzut, comparabil cu nivelul insatisfacției față de salarizare. Motiv pentru care putem considera că salariații tind să perceapă nivelul salarizării drept principalul indicator al recunoașterii statutului social.

Cca. 84 % dintre salariați sunt de acord cu introducerea unui sistem de salarizare care să garanteze salarizarea în funcție de performanță. Salarizarea în funcție de performanță se bucură în bună măsură de adeziunea respondenților, 40% dintre ei indicând un grad de satisfacție *mare* și *foarte mare* față de introducerea unui astfel de sistem. Într-o contradicție evidentă cu unele revendicări vehiculate de mișcările de protest din acest an, varianta salarizării în conformitate cu Legea nr. 284/2010 nu este una dorită de salariați.

84% dintre salariați consideră că creșterea salariilor va conduce la creșterea calității serviciilor medicale.

Din punctul de vedere al salariaților salarizarea în funcție de performanță ar trebui să se *aplice tuturor categoriilor de salariați* (52%), urmată de *tuturor categoriilor de personal* (38%). 74% dintre salariați consideră că salarizarea în funcție de performanță trebuie să se aplice în mod diferențiat pe categorii de salariați și pe specialități.

Având în vedere categoriile de criterii propuse în cadrul dezbaterilor pentru evaluarea personalului în vederea salarizării în funcție de performanță, răspunsurile salariaților indică următoarea pondere în evaluare pentru fiecare categorie de criterii:

- Nivelul de pregătire profesională – 35%
- Cantitatea muncii – 21%
- Calitatea muncii – 32%
- Fidelizarea muncii – 12%.

Considerăm că pentru fiecare din aceste categorii este necesară în continuare elaborarea câte unui set de criterii relevante pentru evaluarea activității profesionale, respectiv salarizarea în funcție de performanță.

78% dintre respondenți au indicat creșterea discretă sau semnificativă a calității serviciilor medicale în cazul introducerii salarizării în funcție de performanță.

46% dintre salariați sunt afectați de fenomenul inechităților salariale, determinat de incoerențele legislative din ultimii 3 ani, aceștia având salariul mai mic decât colegii loc care au același nivel de pregătire și lucrează la același loc de muncă.

În ceea ce privește reforma finanțării Sănătății, introducerea asigurărilor complementare cumulează 50,9% din opțiunile salariaților; același procent indică drept parte a soluției *creșterea nivelului de colectare la bugetul asigurărilor sociale de sănătate*. Suportarea diferențelor de cost (pentru ceea ce depășește pachetul de bază) este indicată de 25,8% dintre salariați.

Având în vedere că în cadrul unuia din proiectele legii salarizării în funcție de performanță (prin care se intenționa de fapt să introducă salarizarea suplimentară pentru munca suplimentară/munca desfășurată în afara programului normal de lucru), era vizată o redistribuire a veniturilor suplimentare realizate de unitate, distribuția acestor venituri între diferitele categorii profesionale și unitate indicată de salariați este următoarea: medic – 45%; asistenți medicali – 22%; alți membri ai echipei medicale – 12%; alte categorii de salariați – 8%; unitatea – 13%. Se poate observa că modelul propus de respondenți diferă într-o măsură considerabilă de cel avut în vedere de Ministerul Sănătății în cadrul proiectelor de legi prezentate public. Una din diferențele importante o constituie faptul că de veniturile astfel realizate ar trebui să beneficieze toți salariații unității, în procente variabile, pornind de la faptul că toți participă, prin activitatea lor specifică, la realizarea actului medical.

Condiționarea actului medical

Raportat la opinia comună, procentul pe care-l ocupă condiționarea tratamentului de plățile informale este mult mai mic decât cel indus de frecvența cu care acest aspect este vehiculat. Însă, atât din perspectiva normalității funcționării sistemului sanitar cât și, mai ales, din punctul de vedere al intereselor pacienților, procentul de aproape 6% este îngrijorător atunci când vorbim de condiționarea actului medical, aceste cazuri înscriindu-se în categoria a ceea ce opinia publică desemnează drept *șpagă*.

Valoarea medie a sumelor obținute în cazul condiționării actului medical (ca medie a valorilor indicate de cei 6% dintre respondenții care au arătat existența condiționării actului medical) este de 424 lei.

Plățile informale voluntare

Existența plăților informale voluntare făcute de pacienți către personal este indicată de cca. 37% dintre respondenți. Cuantumul mediu al plăților voluntare (indicat doar de respondenții care au confirmat existența plăților voluntare) este de 166 lei. Se poate observa că nivelul este considerabil mai mic decât în cazul condiționării.

Echitatea veniturilor informale

Marea majoritate (92%) a salariaților care au indicat existența plăților informale (doar aceștia răspunzând la această întrebare) consideră inechitabil „sistemul plăților informale”.

Principalii beneficiari ai plăților informale sunt *medicii*, care apar în toate variantele, urmați de *asistenții medicali*. Majoritatea medicilor consideră că beneficiază de plățile informale/onorariu *medicii și asistenții* în timp ce majoritatea asistenților consideră că *beneficiază doar medicii*.

Majoritatea respondenților (50,3%) consideră că sistemul plăților informale trebuie înlocuit de un sistem eficient de asigurări, care să asigure finanțarea sistemului sanitar, respectiv posibilitatea unei salarizări corespunzătoare. Dacă adăugăm și respondenții care cred că acestea ar trebui să fie pur și simplu eliminate, se ajunge la un procent de 72% dintre respondenți care doresc eliminarea plăților informale. Doar 28% dintre respondenți consideră oficializarea plăților informale, marea lor majoritate indicând însă faptul că o astfel de variantă ar trebui dublată de mecanisme care să asigure distribuirea lor echitabilă.

După cum se poate observa, în varianta legalizării plăților informale se pune totuși problema echității unui astfel de sistem, marea majoritate a salariaților considerând că el este inechitabil. Ținând cont de faptul că această variantă este vehiculată, inclusiv la nivel oficial, este evident că ea nu este agreată de salariați.

Direcții de acțiune/Măsuri:

Salarizarea personalului medical se va face pe două coordonate esențiale:

- Asigurarea unui nivel de bază de salarizare, specific sectorului sanitar, organizat pe trepte ierarhice în funcție de categoriile de personal, având caracter minim, deci valabil pentru toți salariații. În acest sens, nivelul actual de salarizare constituie baza de referință pentru acest an, el urmând să fie crescut progresiv în următorii ani.
- Asigurarea cadrului legal pentru suplimentarea salariului de bază pentru salariații performanți, proporțional cu importanța activității desfășurate și nivelul reușitei profesionale. O astfel de acțiune este posibilă prin implementarea unui sistem de evaluare obiectiv care să permită salarizarea suplimentară, în funcție de performanțele concrete realizate. În acest sens, considerăm că Ministerul Sănătății ar trebui să demareze negocierea unui astfel de proiect cu partenerii sociali, procedurile de evaluare propuse de noi putând constitui un bun punct de pornire. Această modalitate de salarizare se va aplica tuturor salariaților din sănătate, impulsionând astfel performanța în toate domeniile de activitate.
- Introducerea unei metodologii obiective de evaluare a performanțelor angajaților din sistem.

OG 6 Creșterea calității vieții profesionale pentru a determina creșterea calității serviciilor medicale

OS 6.1 Studii și analize pentru identificarea factorilor calității vieții profesionale

Rolul profesioniștilor în îmbunătățirea calității și siguranței serviciilor medicale
Identificarea cauzelor care influențează în mod semnificativ calitatea serviciilor medicale
Identificarea factorilor calității vieții profesionale

- Cercetări cantitative (două, la interval, pentru a putea valida datele obținute)
- Cercetări calitative (workshopuri)
- Mese rotunde cu actori relevanți

OS 6.2 Calitatea și siguranța serviciilor medicale – o prioritare pentru profesioniștii din sănătate

Direcții strategice de acțiune/Măsuri:

- introducerea standardelor de calitate a serviciilor medicale
- acțiunea asupra calității serviciilor medicale prin intermediul măsurilor luate pentru creșterea calității vieții profesionale
- Introducerea sistemului despăgubirii pacienților pentru prejudicii
- crearea sistemului de asigurării privind despăgubirea pacienților în caz de prejudicii.

OS 7.5 Gărzile medicilor constituie timp de lucru

Abordarea situației timpului de lucru al medicilor din România face parte din strategia ce vizează analiza relației dintre calitatea vieții profesionale a salariaților și calitatea serviciilor medicale. În acest sens, această analiză pornește de la premisa că insatisfacțiile față de timpul de lucru, dublate de-o modalitate de organizare a activității care conduce la supra-aglomerarea salariaților au un impact negativ asupra calității serviciilor medicale, datorită demotivării, stării de oboseală, influențelor negative asupra vieții de familie etc.

Această abordare privește timpul de muncă din sectorul sanitar în ansamblul său, concentrându-se asupra problemei gărzilor efectuate de medici din punctul de vedere al statutului pe care-l au acestea, inclusiv din perspectivă juridică.

Statutul timpului de lucru al medicilor ridică câteva întrebări esențiale care orientează abordarea:
Gărzile sunt considerate timp de lucru?
Care este numărul de ore de gardă pe care este obligat să le facă un medic?
Plata orelor de gardă ține cont/trebuie să țină cont de faptul că este vorba și de ore lucrate noaptea?

Date fiind aceste efecte posibile și impactul acestora asupra factorilor care determină migrația personalului medical, abordarea constituie și un bun instrument de investigare din perspectiva cauzalității migrației medicilor.

Abordarea debutează cu o prezentarea a situației în fapt, așa cum reiese din studiile desfășurate (cităm aici rezultatele *Studiului asupra timpului de muncă în sectorul sanitar din România. Analiză de caz:*

gărzile medicilor, Editura Sodalitas, 2013) urmată de o prezentare a situației de drept, clarificând interpretările legale și, astfel, situația în drept a timpului de lucru.

Situația în fapt

Media lunară a orelor de gardă efectuată de medici este de 90. Ceea ce înseamnă însă că jumătate dintre respondenți lucrează mai mult de 90 de ore de gardă. Medicii care fac peste 150 de ore de gardă tind către echivalentul duratei normale a încă unui contract individual de muncă, unii și depășind acest nivel.

Numărul mediu de ore de lucru pe săptămână este de 58 de ore. Dacă avem în vedere faptul că durata normală a timpului de lucru este de 40 de ore/săptămână, putându-se merge până un maxim de 48 de ore pe săptămână, este evidentă o depășire medie cu echivalentul unei jumătăți de normă.

Media numărului de ore lucrate de un medic într-o lună este de 227. Observăm că sunt medici care depășesc și durata a două norme de lucru (media unei norme de lucru pentru un medic fiind de cca. 147 ore/lună).

Faptul că media orelor lucrate continuu, fără pauză, depășește 30 de ore accentuează numărul cazurilor situate dincolo de prevederile legale în ceea ce privește protecția salariaților. Suplimentar, starea de oboseală asociată timpului de lucru prelungit poate constituie un risc pentru siguranța pacienților.

Procentul celor care nu primesc spor pentru orele de gardă se situează la cca. 79%.

Nivelele cele mai mari ale timpului de lucru, respectiv ale numărului mare de gărzi, se observă în cazul specialităților ***medicină de urgență****, chirurgie, medicină internă, pediatrie, obstetrică-ginecologie, radiologie, ATI.*

Pentru cca. 46% dintre respondenți garda are un caracter obligatoriu. Situația reprezintă o încălcare a prevederilor legale în vigoare, riscând chiar o interpretare în sensul muncii forțate.

În cca. 35% din cazuri medicii efectuează gărzile pentru a putea câștiga mai mult. Se observă în aceste situații că fie nivelul mic al câștigurilor (cel mai probabil) fie dorința unor câștiguri mult mai mari determină medicii să achieseze la situații ilegale din perspectiva timpului legal de muncă. Cca. 32% dintre respondenți indică obligația ca motiv pentru desfășurarea gărzilor. În cca. 24% din cazuri situația a căpătat chiar un aspect de normalitate, fiind considerată de subiecți ca făcând parte din normalitatea profesiei.

Gărzile afectează într-o măsură semnificativă subiecții. În acest sens trebuie luate în considerare toate tipurile de efecte negative pe care orele de gardă le au asupra medicilor. Principalele efecte: stare de oboseală accentuată (55% din subiecți) urmată de o creștere semnificativă a riscului de erori profesionale (cca. 20% dintre respondenți). Afectarea implică și viața de familie, peste 70% dintre subiecți indicând-o.

În ceea ce privește măsurile dezirabile, solicitările respondenților vizează în primul rând plata suplimentară a orelor de gardă, urmată de îmbunătățirea condițiile de lucru și reducerea numărului de ore de gardă.

Analiza de ansamblu arată că sănătatea funcționează în bună măsură pe seama și în dauna salariaților din sistemul sanitar.

Orele de gardă constituie timp de lucru - analiza situației în drept

a. **Definiția timpului de lucru/timpului de muncă**

Principala problemă a situației orelor de gardă din sectorul sanitar derivă din modul în care este definit timpul de muncă în cadrul acestuia. În acest sens, trebuie remarcate următoarele definiri:

1. OMS 870/2004, anexa nr. 1 art. 1: *Timpul de muncă reprezintă timpul pe care salariatul îl foloseşte pentru îndeplinirea sarcinilor de muncă.*
2. Codul Muncii, art. 111: *Timpul de muncă reprezintă orice perioadă în care salariatul prestează munca, se află la dispoziţia angajatorului şi îndeplineşte sarcinile şi atribuţiile sale, conform prevederilor contractului individual de muncă, contractului colectiv de muncă aplicabil şi/sau ale legislaţiei în vigoare.*
3. Directiva 2003/88/EC, art. 1, pct. 1: *prin „timp de lucru” se înțelege orice perioadă în care lucrătorul se află la locul de muncă, la dispoziția angajatorului și își exercită activitatea sau funcțiile, în conformitate cu legislațiile și practicile naționale.*[1] Se adaugă faptul că Directiva privește unele aspecte ale organizării timpului de lucru, amintind în cadrul ei și de orele de gardă ale medicilor (spre exemplu, în cazul medicilor rezidenți

După cum se poate observa, Ordinul MS nr. 870/2004 operează cu o definiție incorectă a timpului de muncă, aceasta fiind inadecvată atât raportat la definiția stabilită de Codului muncii cât și la prevederile Directivei 2003/88/EC. După cum vom putea observa la analiza separată a legislației europene în domeniu, definirea timpului de muncă/timpului de lucru este atributul legislației comunitare, ea fiind consacrată în cadrul Directivei 2003/88/EC. Codul muncii, legea generală în domeniu, nu derogă de la această definiție, deoarece o astfel de derogare nu este posibilă, neintrând în rândul derogărilor permise de Directivă. În schimb, Ordinul MS nr. 870/2004 derogă în mod inexplicabil de la normele europene în domeniu, definiția pe care o propune fiind incompletă. Motiv pentru care poate fi invocată fără probleme prevalența normei europene în domeniu.

Suplimentar, contractele colective de muncă aplicabile sectorului sanitar conțin fără excepție definiția prevăzută de Codul Muncii.[2] Interpretate inclusiv prin prisma atribuțiilor pe care Directiva 2003/88/EC le acordă partenerilor sociali, este cu atât mai mult evidentă prevalența acestei definiții a timpului de muncă în sectorul sanitar.

În acest context trebuie remarcate și prevederile art. 42 din OMS 870/2004:

(1) *Orele de garda nu sunt considerate ore suplimentare si nici cumul de funcții.*
(2) Orele de garda nu constituie vechime in munca si in specialitate.
(3) Orele de garda efectuate in afara programului normal de lucru si salarizate conform prevederilor prezentului regulament se includ in veniturile salariale brute lunare in funcție de care se determina numărul de puncte realizat in fiecare luna, pe baza cărora se determina cuantumul pensiei.
Art. 42 din OMS 870/2004 este un exemplu de nerespectare a tehnicii legislative prin definiția negativă pe care o dă orelor de gardă în cadrul aliniatelor 1 și 2 și prin lipsa de coerență cu întregul cuprins al actului normativ.

După cum se poate observa în cuprinsul actului normativ orele de gardă sunt clasificate în două situații distincte:

a. Ore de gardă prestate în completarea timpului normal de lucru (art. 4, alin 1)
b. Ore de gardă prestate suplimentar față de timpul normal de lucru.

c. Orele de gardă prestate în completarea timpului normal de lucru constituie timp de lucru aferent unui contract individual de muncă, antrenând toate drepturile corespunzătoare în favoarea salariatului, inclusiv dreptul de a fi considerate vechime în muncă și în specialitate.
(Notă: Este cu atât mai evidentă eroare de tehnică legislativă în cazul alin. 2, art. 42 în condițiile în care timpul normal de lucru se întregește cu un număr de ore de gardă, conform alin. 1 al art. 4. Altfel spus, faptul că alin. 2 al art. 42 prevede faptul că *„Orele de gardă nu constituie vechime în muncă și în specialitate.”* riscă să aibă drept consecință o scădere a vechimii în muncă și în specialitate a medicilor proporțional cu orele de gardă care le întregesc programul de lucru, ceea ce este aberant.)

d. Orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru constituie, în opinia noastră, timp de muncă cu caracter de ore suplimentare. În acest sens invocăm următoarele argumente:
   - Calculul drepturilor bănești aferente acestor ore de gardă este cel corespunzător contractului individual de muncă. Prin urmare, drepturile bănești sunt drepturi salariale, deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru fac parte din timpul de muncă.
   - Orele de gardă desfășurate în afara timpului normal de muncă nu sunt prin nimic diferite (subordonare, plată etc.) față de orele de gardă care fac parte din timpul normal de lucru. Motiv pentru care ele constituie timp de muncă.
   - Conform alin. 3 al art. 42, drepturile salariale aferente orelor de gardă prestate în afara timpului normal de lucru sunt luate în considerare la punctajul lunar pe baza căruia se calculează cuantumul pensiei. În ipoteza în care ar fi fost vorba de un contract civil sau alt tip de contract (ipoteză nesusținută de altfel de niciuna din prevederile legale în vigoare) aceste lucru nu ar fi fost posibil. Deci orele de gardă prestate în afara timpului normal de lucru fac parte din timpul de muncă.
      - Având în vedere că este vorba de un timp de muncă este evident că medicul beneficiază de toate drepturile legale aferente timpului de muncă.
   - Conform prevederilor legale, timpul de muncă se împarte în timp normal de muncă și ore suplimentare.
   - Relațiile cu colegii, șefii ierarhici și subordonații sunt cele specifice relațiilor de muncă.
   - Având în vedere că efectuarea orelor de gardă suplimentare timpului normal de lucru nu necesită încheierea unui contract individual de muncă separat, este evident faptul că nu poate fi vorba de cumul de funcții.

A considera că orele de gardă ce depășesc timpul normal de lucru (altele decât cele 20, respectiv 40 de ore de gardă obligatorii conform art. 4, alin 1) nu sunt nici ore suplimentare și nici cumul de funcții este echivalent cu a spune că ele nu fac parte din timpul de lucru. Cu atât mai mult cu cât se consideră că orele de gardă nu constituie vechime în muncă și în specialitate, conform prevederilor alin. 2, art. 42.

Reducerea la absurd de arată că dacă orele de gardă ce depășesc timpul normal de lucru nu sunt considerate timp de lucru și nu sunt evidențiate ca atare în cadrul CIM atunci activitatea medicului în această perioadă excede cadrului legal de exercitare a activității, nefiindu-i aplicabile prevederile CIM și legislației incidente. Ceea ce înseamnă fie că nu există un cadru contractual fie că suntem în situația unui contract nenumit și cu un caracter mai curând implicit, ceea ce este greu de admis.

Timpul de gardă este timp de lucru

Faptul că un număr de ore de gardă fac parte din timpul normal de lucru (completând timpul de lucru aferent normei de bază) indică natura de timp de lucru a tuturor orelor de gardă, indiferent dacă ele fac sau nu parte din timpul normal de lucru.

Poziţia Parlamentului European este că timpul de gardă în integralitatea sa, trebuie considerat drept timp efectiv de muncă, inclusiv perioada inactivă. Acest amendament a fost susţinut de majoritatea deputaţilor europeni fiind adoptat cu 576 voturi pentru, 122 împotrivă şi 13 abţineri

În condițiile în care mai multe prevederi legale limitează timpul maxim de lucru (aferent unui CIM), depășirea acestuia poate fi interpretată și împotriva salariatului în situațiile de malpraxis, invocându-se starea de oboseală ca motiv pentru scăderea randamentului profesional și prilej favorabil pentru apariția erorilor. Art. 2, pct. 9 din Directiva 2003/88/EC definește repaosul ca o metodă de prevenire a unor astfel de situații: „prin „repaus suficient” se înțelege faptul că lucrătorii dispun de perioade de repaus regulate a căror durată se exprimă în unități de timp și care sunt suficient de lungi și de continue pentru a se evita ca aceștia să se rănească sau să producă vătămarea colegilor lor sau a altor persoane și că nu își dăunează propriei persoane, pe termen lung sau scurt, ca rezultat al oboselii sau al altor ritmuri neregulate”. După cum se poate observa definiția indică, *per a contrario*, contribuția absenței unui repaus suficient la cauzalitatea erorilor, chiar la ivirea posibilității de a vătăma pe alții.

Așa cum arătam, orele de gardă conduc deseori la situația în care salariatul lucrează continuu timp de 30 de ore, fiind astfel încălcate și prevederile privind durata repaosului obligatoriu.

Depășirea timpului limitei timpului de lucru se poate face doar cu acordul (expres) al salariatului

Presupunând că OMS 870/2004 reprezintă un act în care statul român derogă cu intenție de la prevederile Directivei (nu putem fi de acord cu această interpretare, cu atât mai mult cu cât nu este vorba de o lege sau măcar de o hotărâre de guvern, ci doar de un ordin de ministru), totuși el trebuie să respecte prevederile art. 22 din Directivă:

„(1) Un stat membru are opțiunea de a nu aplica articolul 6, respectând totodată principiile generale de protecție a sănătății și securității lucrătorilor cu condiția să ia măsurile necesare pentru a asigura că:
(a) nici un angajator nu cere unui lucrător să muncească mai mult de 48 de ore într-o perioadă de șapte zile, calculată ca medie pentru perioada de referință prevăzută la articolul 16 litera (b), dacă nu a obținut acordul prealabil al lucrătorului de-a efectua o asemenea muncă;
(b) nici un lucrător nu suferă nici un prejudiciu din partea angajatorului dacă refuză să își dea acordul de a efectua o asemenea muncă;
(c) angajatorul ține evidențe actualizate ale tuturor lucrătorilor care efectuează o asemenea muncă;
(d) evidențele sunt puse la dispoziția autorităților competente care pot, din motive legate de securitatea și sănătatea lucrătorilor, să interzică sau să limiteze posibilitatea de depășire a duratei maxime de muncă săptămânale;
(e) angajatorul furnizează autorităților competente, la cererea acestora, informații cu privire la cazurile în care lucrătorii și-au dat acordul de a munci mai mult de 48 de ore într-o perioadă de șapte zile calculată ca medie pentru perioada de referință prevăzută la articolul 16 litera (b).”

Ceea ce ne conduce la obligativitatea existenței unei proceduri speciale pentru orele de gardă ce conduc la depășirea timpului normal de lucru mediu de 48 de ore pe săptămână, centrată pe acordul salariatului și pe monitorizarea acestor situații. Având în vedere prevederile art. 111 din Codul Muncii procedura trebuie extinsă la toate situațiile în care se efectuează ore suplimentare de muncă, fie sub forma orelor de gardă fie sub altă formă. Considerăm că introducerea acestei proceduri trebuie să facă atât obiectul contractelor colective de muncă la toate nivelele cât și al modificării OMS 870/2004 în acest sens.

Orele de gardă desfășurate peste timpul normal de lucru constituie ore suplimentare și trebuie retribuite în mod corespunzător.

Orele de gardă și durata legală a timpului de muncă

Din punctul nostru de vedere analiza modului în care în cazul unui salariat sunt respectate prevederile art. 114 din Codul muncii și ale Directivei 2003/88/EC privind durata maximă a timpului de muncă trebuie să se raporteze la un contract individual de muncă. Deoarece regula în materia desfășurării orelor de gardă o constituie salariații unității, acestea fiind aferente contractului individual de muncă pe care salariatul îl are cu unitate, ne vom ocupa de situația acestor salariați, lăsând la o parte situația medicilor care au locul de muncă în altă parte decât unitatea în care desfășoară orele de gardă.

Conform alin. 1, art. 30 din Regulamentul aprobat prin OMS 870/2004 numărul minim de medici dintr-o specializare pentru a organiza o gardă este de 4.[3] Dacă o specializare are doar numărul minim necesar, pentru o medie lunară de 30 de zile un medic ajunge la un număr de 7,5 gărzi / lună, din care două sunt în zile de sărbătoare. Asta înseamnă un număr de 130,5 ore de gardă; dacă scădem 20 de ore aferente timpului normal de lucru ajungem la 110,5 ore suplimentare de gardă. Adică, un astfel de medic ajunge să lucreze 275 de ore/lună, adică echivalentul a mai mult de o normă și jumătate lunar (o normă și cca. 0,66 din a doua).

Dacă avem în vedere o limitare a timpului săptămânal maxim de lucru la 48 ore/săptămână ajungem la o limită lunară maximă de cca. 210 ore. Ceea ce conduce la situația în care un astfel de medic lucrează cu mult peste durata maximă legală a timpului de muncă.

Autorizarea derogărilor care nu prevăd acordarea unor perioade echivalente de repaus compensatoriu

România figurează în mod oficial în lista țărilor care nu au autorizat derogări de la prevederile ce prevăd acordarea unor perioade echivalente de repaus compensatoriu.[4]

Principalul argument împotriva acestei autorizări îl constituie faptul că, așa cum arătam anterior, nu sunt posibile derogări de la art. 6 din Directivă. Acestuia i se adaugă hotărârile Curții (ex. Jaeger, C-151/02).

În lipsa acordării repaosului compensatoriu munca suplimentară trebuie compensată prin acordarea unui spor la salariu, pentru salariu aferent orelor de muncă suplimentară, ce nu poate fi mai mic de 75% din salariul de bază, în baza prevederilor art. 123 din Codul muncii.

Orele suplimentare desfășurate de alte categorii de personal din sistemul sanitar decât medicii

În contextul în care lipsa de personal este de notorietate, fiind confirmată și de studiile noastre în domeniu, este relativ ușor de anticipat impactul ei asupra salariaților care lucrează în continuare la aceleași locuri de muncă. Studiile arată însă o situație mult mai gravă decât este cunoscut, caracterizată pe de o parte de creșterea constată a numărului de ore suplimentare desfășurată de o mare parte din salariați (proporția cea mai mare a salariaților aflați în această situație o reprezintă asistenții medicali) iar pe de altă parte de imposibilitatea/lipsa dorinței de plată a acestor ore suplimentare în conformitate cu prevederile legale. Dacă în cazul medicilor orele de gardă ce constituie muncă suplimentară nu sunt recunoscute prin OMS 870/2004 ca având acest caracter[5] în mod expres, în cazul altor categorii de personal acestea nu sunt recunoscute în mod concret în această calitate, nefiind de multe ori nici măcar evidențiate în pontajele de activitate. Chiar dacă lipsa evidențierii orelor suplimentare în pontaje și celelalte documente de resurse umane întrunește elementele infracțiunii de fals în acte publice, practica generalizată atât la nivelul întregii țări cât și în timp (transformată deja în cutumă) dublată de lipsa controlului eficient și, mai ales, de imposibilitatea financiară a unităților sanitare de plată a acestor drepturi (în mare parte din cazuri) conduce la persistența situației fără a fi luate măsurile corespunzătoare. Situația este datorată într-o oarecare măsură și complicității salariaților, care fie din anumite interese legate de acoperirea unor eventuale lipsuri/deficiențe profesionale fie mai ales de

teamă, nu întreprind demersurile necesare pentru a-și apăra propriile drepturi. Evident, ea este dublată de lipsa de eficiență a organizațiilor sindicale în acest domeniu, putându-se vorbi de grade diferite de nereușită în apărarea drepturilor propriilor membri de sindicat.

Alte critici ale OMS 870/2004

Art. 3 din Regulament[6] este cel puțin problematic, el introducând o discriminare de principiu (derivată și dintr-o incompletă definire) între diferitele categorii profesionale care exercită funcțiile de director general (acum manager) și directori generali adjuncți[7] medicali. Astfel, în măsura în care timpul de muncă este alocat exercitării acestei funcții el trebuie stabilit în mod unitar raportat la funcție și nu la profesia de bază, deoarece atribuțiile postului sunt identice. Diferențele de timp de lucru intervin atunci când alături de exercitarea funcției de director un medic își exercită și funcția de bază,[8] art. 17 menționând această posibilitate. Însă și în acest caz reducerea timpului de lucru trebuie să fie proporțională cu timpul în care lucrează în funcția de medic.

Art. 4.1 dă seama de o neînțelegere a principiilor de organizare a muncii, fiind o soluție slabă la o problemă reală. Interpretate sistemic, atribuțiile medicului sunt legate în primul rând de tratarea propriilor pacienți, restul atribuțiilor ce țin de buna funcționare a unității fiind secundare. Chiar dacă nu privesc în mod direct timpul de lucru, aceste prevederi au un impact asupra acestuia prin încărcarea cu sarcini suplimentare pe care o pot aduce, mai ales în condițiile în care ele nu sunt contabilizate la constatarea necesarului de personal.

Art. 8 alin. 1 din Regulament este în contradicție cu art. 9 alin. 1, fiind o dovadă de eroare în interpretarea semnificației unor concepte: asistentele medicale cu pregătire superioară fac parte din personalul sanitar cu pregătire superioară. În condițiile în care există o rațiune pentru ca un nivel de pregătire să conducă la reducerea programului de lucru într-un anumit sector, nu există nici o rațiune pentru a face excepție o categorie profesională care îndeplinește condițiile de „pregătire superioară” și „personal sanitar”. Altfel spus, în cauză se face aplicarea principiului de drept *Ubi eadem est ratio eadem lex esse debet*! (*Unde este aceeași rațiune trebuie să fie aceeași prevedere legală!* – t.n.). Suplimentar, tratarea în mod diferit a asistenților medicali, nejustificat, are un caracter discriminatoriu. Motiv pentru care alin. 1 al art. 9 trebuie eliminat, fiind suficiente prevederile art. 8 alin. 1,[9] reducerea timpului de lucru la 7 ore/zi fiind aplicabilă și asistenților medicali cu studii superioare.

Având în vedere principiul identității de rațiune și existența unor motive temeinice pentru reducerea timpului de lucru atât pentru „pregătirea superioară” cât și pentru condițiile deosebite, se impune cumularea celor două tipuri de cauze, respectiv a reducerii timpului de muncă, rezultatul fiind următorul:

- Personalul sanitar cu pregătire superioară beneficiază de următorul program de lucru:
  - 7 ore zilnic
  - 6 ore zilnic pentru personalul care își desfășoară activitatea la următoarele locuri de muncă: hidrotermoterapie sau laboratoare sau compartimente de analize medicale (cumularea reducerii timpului de lucru cu o oră pentru studii superioare cu reducerea de o oră pentru locul de muncă);
  - 5 ore zilnic pentru personalul care își desfășoară activitatea la următoarele locuri de muncă: anatomie patologică; medicină legală, în activitatea de prosectură, săli de disecţie şi morgi; radiologie şi roentgenterapie, medicină nucleară şi radioizotopi, igiena radiaţiilor nucleare, terapie cu energii înalte, angiografie şi cateterism cardiac (cumularea reducerii timpului de lucru cu o oră pentru studii superioare cu reducerea de două ore pentru locul de muncă);
- Personalul sanitar mediu și personalul sanitar auxiliar beneficiază de reducerile timpului de lucru prevăzute deja de anexa nr. la OMS 870/2004.

Art. 13, alin. 5 nu ține cont de situațiile concrete în care, prin intermediul graficelor lunare de activitate, salariații sunt obligați să desfășoare ore suplimentare pentru a acoperi deficitul de personal. Având în vedere faptul că art. 120, alin. 2 din Codul muncii menționează obligativitatea de a solicita acordul salariatului pentru a munci suplimentar (cu excepția lucrărilor urgente), este necesară modificarea procedurii elaborării graficelor lunare de activitate în acest sens. Modificarea este aplicabilă tuturor situațiilor în care este menționată procedura elaborării graficelor lunare de activitate. De asemenea, modificarea este aplicabilă și art. 44, respectiv în ceea ce privește programul gărzilor, privitor la orele de gardă desfășurate în afara programului normal de lucru (în afara orelor de gardă obligatorii).

Note:

[1] Formularea ridică întrebarea dacă vorbim de trei condiții cumulative sau este suficientă doar prima.

[2] A se vederea, spre exemplu, prevederile art. 103 din CCM grup de unități în vigoare în anul 2013.

[3] Pot fi întâlnite și situații de linii de gardă organizate cu 3 medici/per specializare.

[4] A se vedea Raportul Comisie către Parlamentul European, Consiliu, Comitetul Economic și Social European și Comitetul Regiunilor privind punerea în aplicare de către statele membre a Directivei 2003/88/CE („directiva privind timpul de lucru”).

[5] Art. 42, alin. 1-2 din Regulament.

[6] **Art. 3** *(1)Medicii directori generali şi directori generali adjuncţi medicali au program de 7 ore zilnic.*
(2)Directorii generali, cu excepţia medicilor care ocupă aceste funcţii, au program de 8 ore zilnic.
(3)Medicii şefi de secţie/laborator/serviciu medical au program de 7 ore zilnic.

[7] O formulă nepotrivită, normală fiind utilizarea formulei Director adjunct, diferența specifică față de primul director fiind dată tocmai de faptul că nu sunt directori generali.

[8] Din punctul nostru de vedere o astfel de situație ar trebui să fie posibilă cel mult prin cumul de funcții, lucrurile fiind tratate diferit inclusiv în ceea ce privește timpul de lucru raportat la fiecare dintre funcții.

[9] Trebuie observat faptul că la negocierea contractelor colective de muncă acest aspect a trecut neobservat, ratându-se până acum rezolvarea în favoarea salariaților a acestei erori de interpretare/tehnică legislativă.

Federația ”Solidaritatea Sanitară” din România

www.solidaritatea-sanitara.ro
e-mail: solidaritatea_sanitara@yahoo.com

7. Eliminarea deficitului de personal și regândirea normativele de personal, cu un accent special pe normativele TESA

secțiunea
G

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială ”Solidaritatea”

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Membră a CNS „Cartel Alfa",
afiliată la EUROFEDOP
Site: www.solidaritatea-sanitara.ro
E-mail: solidaritateasanitara@yahoo.fr

București, Sector 3, Str. Lipscani
nr. 53, et. IV, cam. 3.
Telefon: 0737028094
0336/106.365
Fax: 0336/109.281

CĂTRE:

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
CABINET MINISTRU
Nr. N.B. 2011
Ziua 05 Luna 03 Anul 2015

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA
INTRARE / IEȘIRE Nr. B25
Ziua 05 Luna 03 Anul 2015

Ministerul Sănătății

Domnului Nicolae Bănicioiu, Ministru

Stimate domnule ministru,

Având în vedere legislația ultimilor ani care, pe de o parte a limitat angajarea de personal în unitățile sanitare publice conform raportului de 1/7, iar pe de altă parte, prin normativul de personal, a impus limite inferioare neconforme cu necesitățile sistemului, Federația "Solidaritatea Sanitară" din România vă supune atenției problema deficitului personalului nemedical (TESA) din spitalele publice, solicitându-vă remedierea lui în sensul solicitărilor noastre. Întrucât la momentul actual modalitatea de stabilire a normativului de personal pentru personalul nemedical (TESA) nu ține cont de realitățile unităților sanitare și de nevoile concrete de servicii realizate de această categorie de personal, solicităm de asemenea o întâlnire pentru discutarea tuturor propunerilor, în dorința de a evita apariția unor disfuncționalități majore în cadrul sistemului sanitar.

Totodată, considerăm că se impune o analiză separată a situației unităților sanitare mari organizate pe sistem pavilionar a căror funcționare necesită o creștere a normativului pentru unele categorii de personal.

Expunem succint câteva exemple elocvente referitoare la normarea deficitară a personalului TESA:

1. **În cazul RUNOS** considerăm că trebuie luată în considerare raportarea la numărul de salariați, care nu ține numai de numărul de paturi, ci și de încadrarea personalului în funcție de diferite specialități. Astfel, numărul de salariați este stabilit raportat la numărul de paturi, fără a lua în considerare volumul diferit de muncă în cazul unităților în care numărul de salariați este mare. Pentru spitalele clinice și universitare la stabilirea numărului de salariați RUNOS pentru fiecare compartiment trebuie luați în considerare și numărul de rezidenți existenți în fiecare unitate, aceștia încărcând suplimentar activitatea acestei categorii de personal.

2. **Compartimentul financiar-contabilitate** trebuie și el dimensionat atât în funcție de numărul de salariați din unitate cât și de gradul de complexitate al unităților, volumul de muncă fiind diferit, necesitând un număr mai mare de salariați decât cel stabilit.

3. Pentru **compartimentul juridic:**

- Volumul de muncă este direct proporțional cu mărimea personalului, cu numărul de pacienți (care poate fi estimat în funcție de numărul de paturi) și cu gradul de dificultate al diferitelor secții.
- Totodată, este necesar să avem în vedere și creșterea numărului de cazuri judecate în instanță pe acuzațiile de malpraxis.
- La cele menționate se adaugă procesele de recuperare a sumelor datorate de la persoanele neasigurate care au beneficiat de tratament medical (accidentele de circulație, agresiunile, accidentele de muncă revin în sarcina spitalului pentru a recupera cheltuielile aferente perioadei de internare și de a vira banii în contul CAS). Amintim în acest sens faptul că deși am insistat în mod repetat ca recuperarea sumelor datorate de persoanele neasigurate să intre în datoria Casei, sarcina recuperării acestor sume a rămas transferata la unitățile sanitare. Evident, numărul de juriști necesar este cu atât mai mare cu cât crește mărimea unității sanitare, aceasta trebuind exprimată atât prin numărul de paturi cât și prin gradul de dificultate a acestora, în funcție de diferitele tipuri de secții.

4. Personalul **serviciilor de Sănătate și Securitate în Muncă** este subdimensionat față de prevederile legale, Ordinul 1224/2010 încălcând prevederile Legii nr. 319/2006 privind Sănătatea și Securitatea în Muncă art. 8 alin 1,2 si 3 si H.G 1425/2006 – Normele de aplicare a Legii 319/2006, art. 22 alin 1 si 2, art 24 alin 1,2 si 3, art. 26 alin 1 privind dimensionarea serviciului intern de prevenire si protectie. Tinand cont de cele de mai sus, este evident că numarul lucratorilor desemnati in serviciul intern de prevenire si protectie trebuie sa fie direct proporțional cu numarul de angajati ai spitalului si nu cu numarul de paturi fizice sau conventionale. În aceste condiții este evident faptul că o sigură persoana pentru compartimentul Sănătate și Securitate în Muncă (acesta având și alte atribuții) este suficientă doar pentru spitalele mici, pentru cele mari fiind necesară stabilirea unui raport direct cu numărul de salariați, fiind anormal ca pentru unitățile sanitare cu până la 100 de paturi compartimentul să aibă un salariat, iar la unitățile cu peste 1200 de paturi, 2 salariați.

5. **Personalul din cadrul compartimentelor de informatică** este și el subdimensionat, având în vedere în special volumul mare de muncă pe care-l necesită raportările în sistem DRG și nevoile de informatizare ale unităților sanitare.

Per ansamblu, aplicarea normativului de personal în cazul salariaților TESA, coroborată cu sistarea angajărilor în spitale, a condus pe de o parte la creșterea exponențială a volumului de muncă pentru salariații existenți iar pe de altă parte riscă să blocheze activitatea unităților sanitare, în special a celor mari și foarte mari.

Față de cele menționate, Federația "Solidaritatea Sanitară" propune modificarea Ordinului nr. 1224/2010, astfel:

- Personalul RUNOS trebuie normat în raport cu numărul personalului și nu cu numărul de paturi.

- O soluție o constituie stabilirea unui raport direct între numărul de paturi și mărimea personalului nemedical (TESA); spre exemplu, pentru personalul RUNOS (dar și pentru celelalte categorii de personal TESA) pot fi luate ca etalon spitalele cu 150 de paturi, cărora le este alocat un număr de 2 salariați RUNOS, urmând ca pentru fiecare 100 de paturi în plus să se aloce încă un salariat.
- Pentru compartimentele de Sănătate și Securitate în muncă trebuie luat în considerare cel puțin un salariat la fiecare 300 paturi.
- O altă soluție o constituie stabilirea unei proporții de 4-5% din întregul personal alocată pentru întregul personal nemedical (TESA); procentul poate suferi chiar o discretă corecție pentru unele unități sanitare, el putând fi redus până la minim 4%.

Pentru argumentarea necesității creșterii numărului de posturi normate pentru personalul nemedical (TESA) anexăm fundamentarea activităților pentru fiecare din tipurile de activități desfășurate de această categorie de personal, pe care o avem în atenție și pentru discuțiile efective pe Normativul de personal.

Cu stimă,

Președinte,
Rotilă Viorel

FEDERAȚIA „SOLIDARITATEA SANITARĂ" din România

ANEXĂ

Metodologie de calcul a normativului pentru personalul nemedical (TESA)

Fundamentarea propunerii Federației „Solidaritatea Sanitară" din România pornește de la principiul stabilirii normativului pentru aceste categorii de personal în funcție de numărul de paturi și de complexitatea paturilor dintr-o unitate sanitară. În acest sens sunt necesari următorii pași:

1. Stabilirea unei forme standard a numărului de personal pentru fiecare categorie nemedical (TESA).[1] Spre exemplu, stabilim mai întâi necesarul de personal nemedical (TESA) pe fiecare categorie, pentru o unitate cu 200 de paturi, de complexitate medie (ex. un spital municipal) pe care o vom utiliza ca bază de raportare pentru întregul normativ.
   - Spre exemplu[2]:

RUNOS	2
Financiar – contabilitate	3
Aprovizionare, transport, administrativ	2
Achiziții, contractare	1
Juridic	1
Tehnic	1
SSM	1
Informatică	1
Total standard (Ts)	12

2. Identificarea gradului de complexitate (Gc) al spitalelor prin stabilirea raportului dintre numărul de salariați și numărul de paturi (gradul de complexitate = numărul de salariați/numărul de paturi)[3]:

$$Gc = Ns/Np$$

[1] Am folosit, ca exemplu de bază de plecare, normativul reglementat de Ordinul MS nr. 1224/2010, pornind de la ideea că în stabilirea acestui minim trebuie să fi existat un studiu prealabil.

[2] Exemplul ia în considerare normativul reglementat de Ordinul MS nr. 1224/2010 pentru unitățile sanitare până la 100 de paturi; el trebuie luat doar ca un exemplu de ilustrare a aplicării principiilor stabilite. Dacă ar fi luat ca bază de pornire acesta (în eventualitatea în care la baza lui a stat o fundamentare științifică) atunci ar trebui suplimentat cu încă 3 posturi rezultate după scoaterea Comitetului Director din cadrul funcțiilor TESA. Considerăm însă că acest standard ar trebui stabilit la 200 de paturi după o cercetare atentă a atribuțiilor fiecărei categorii de funcții și chiar fiecărei funcții.

[3] Este singurul indicator relevant pe care l-am putut identifica până în acest moment, el bazându-se pe numărul de salariați existent în spitale la momentul calculării acestui normativ.

Unde Ns = Numărul de salariați din unitate și Np = Numărul de paturi din unitate

Pornind de aici vor fi generate cel puțin cinci categorii de grade de complexitate (spitale universitare, spitale clinice, spitale județene, spitalele municipale sau orășenești, restul spitalelor).[4]

Propunerea inițială de grade de complexitate[5]:

- Spitalele universitare - 2
- Spitale clinice - 1,5
- Spitale județene - 1
- Spitalele municipale sau orășenești - 0,9
- Alte tipuri de spitale – 0,8

3. Identificarea factorului de multiplicare (Fm) pentru fiecare categorie de unitate sanitară calculat prin împărțirea numărului de paturi la 200[6] (altfel spus, acest factor ne arată de câte ori trebuie multiplicat standardul):

Fm = Np/200

4. Apoi, numărul de posturi din schema standard se înmulțește cu gradul (coeficientul) de complexitate specific fiecărui tip de unitate și cu factorul de multiplicare, rezultând astfel numărul aproximativ de salariați necesar pentru fiecare categorie de personal nemedical (TESA) (Putem pune la dispoziție în acest sens un document *excel* – folosit de noi pentru simulări - în care sunt prezentate exemple posibile de aplicare; ele au însă doar valoare de exemplu).[7]

   Sau numărul total de posturi standard se înmulțește cu gradul de complexitate și cu factorul de multiplicare rezultând numărul total de personal TESA:

Nr. Salariați TESA = Fm x Gc x Ns

5. Pentru unitățile mici trebuie adăugat un factor de corecție (Fc) motivat de necesitatea respectării normativelor în vigoare pentru anumite posturi. Spre exemplu, fiecare unitate, oricât de mică, are nevoie de cel puțin două persoane pentru compartimentul RUNOS, cel puțin 3 persoane pentru

---

[4] Indicatorul ar putea fi considerat mai fidel dacă s-ar putea utiliza raportarea la personalul sanitar existent sau, și mai bine, dacă ar putea fi determinat pornind de la normarea minimă (mai corect ar fi pornind de la cea medie) stabilită în actul normativ pentru partea medicală, raportându-se la numărul de paturi și categoria căreia aparține fiecare. Am analizat și posibilitatea raportării la alți indicatori, cel mai aproape de ceea ce ar fi necesar ar fi ICM-ul; avem însă câteva rezerve legate de utilizarea acestui indicator pentru normarea personalului TESA.

[5] Propunerea este elaborată pornind de la un eșantion nereprezentativ, ce cuprinde un număr mic de unități sanitare. Forma finală trebuie stabilită după ce se calculează media pentru fiecare categorie, luând în considerare toate unitățile sanitare din țară.

[6] Considerând drept normă de calcul 200 paturi, ea arătând de fapt de câte ori trebuie multiplicat standardul.

[7] De remarcat faptul că pot fi utilizați și coeficienți diferiți pentru fiecare categorie de funcții TESA: spre exemplu, personalul RUNOS poate fi raportat doar la numărul de salariați (și formula propusă de noi asigură această raportare) iar pentru restul funcțiilor pot fi luați în considerare diferiți indicatori agreagați (pornind de la cel stabilit aici, urmând a fi luate în considerare și alte variabile).

compartimentul Financiar-contabilitate, cel puțin un salariat pentru compartimentul Achiziții, cel puțin o persoană care să se ocupe de compartimentul Sănătate și Securitate în Muncă s.a.m.d.

Astfel, în cazul unităților sub 400 de paturi formula de calcul va fi următoarea:

Nr. Salariați TESA = Fm x Gc x Ns x Fc

În acest sens, ținând cont de exemplul de Standard de normare, considerăm necesară utilizarea următorilor factori de corecție:

- Până în 100 de paturi - 1,8
- 100 – 200 paturi – 1,7
- 200 – 300 paturi – 1,6
- 300 – 400 paturi – 1,5

În aplicarea acestei metode de normare este recomandată respectarea următoarelor reguli:

- Posturile care au peste 0,5 se rotunjesc în plus iar cele care au sub 0,5 se rotunjesc în minus
- Sau fracțiunile de post în plus se cumulează și se adaugă (poate fi la locul de muncă cel mai apropiat de 0,5) la totalul posturilor TESA pe unitate iar cele în minus se scad din total. De asemenea, normele rezultate din însumarea fracțiunilor de normă pot rămâne la dispoziția managerului unității, acesta putând să le repartizeze între categoriile de funcții TESA după nevoile unității.[8]
- Managerul unității poate dispune modificarea numărului de salariați ce revine fiecărui compartiment în limita a 30% din normativul stabilit pentru fiecare compartiment (70% fiind nivelul minim obligatoriu).

Această variantă de calcul prezintă următoarele **avantaje**:

- Ia în considerare atât mărimea spitalelor (exprimată în număr de paturi și de personal) cât și complexitatea acestora;
- Asigură dimensionarea personalului nemedical (TESA) în funcție de nevoile concrete de servicii de acest tip necesare, raportându-se la tipul unității, mărimea ei, tipul paturilor pe care le are unitatea, personalul care deservește aceste paturi;
- Este coerentă cu normativul de personal stabilit pentru funcțiile medicale, dimensionând personalul nemedical (TESA) și în funcție de personalul medical dar și de alte categorii de personal;
- Suportă continuu ajustări, în funcție de evoluția spitalelor în ceea ce privește complexitatea serviciilor acordate, numărul de personal etc.
- Este elaborată pe baza științifice, eliminând atât angajarea unui număr excesiv de personal, peste necesitățile reale, cât și o normare inferioară nevoilor spitalelor, fapt care ar avea drept rezultat

[8] În acest sens trebuie avut în vedere și faptul că absența temporară a unor salariați TESA (concediu de odihnă, de boală etc.) poate fi suplinită de salariați din altă categorie de funcții decât cea a celui absent, în funcție de competențele celui care înlocuiește și de compatibilități. În acest sens se impune, *de lege ferenda,* stabilirea unui tablou al competențelor salariaților din fiecare unitate, fapt ce ar permite o mai mare mobilitate a salariaților dintr-o categorie de funcții în alta mai ales în cazul necesității rezolvării unor sarcini urgente sau pentru situații neprevăzute.

supraîncărcarea cu sarcini a personalului existent și disfuncționalități majore în funcționarea unităților sanitare.

- Metoda este coerentă cu cealaltă parte a normativului de personal, respectiv cea referitoare la personalul medical, identificând nevoile particulare de servicii angrenate de diferitele tipuri de activități medicale.
- Metoda este coerentă și cu modalitatea diferențiată de stabilirea a salariilor în sectorul sanitar, pe două mari tipuri de unități sanitare.

Dezavantajele acestei metode și soluțiile pentru remedierea lor:

- Stabilirea standardului folosit ca bază de multiplicare nu are până la această oră o bază profund științifică, având o doză de aproximare. Situația poate fi remediată prin dezvoltarea unui program de evaluare a atribuțiilor personalului nemedical (TESA), realizat de către experți agreați atât de Ministerul Sănătății cât și de sindicate, ce ar urma ca în termen de 2-3 luni să selecteze câte un eșantion de unități sanitare din fiecare categorie și să stabilească nevoia concretă de servicii acordate de personalul nemedical (TESA), recurgând la cercetarea analitică a fiecărei sarcini și timpului de muncă necesar pentru realizarea ei. De asemenea, trebuie remarcat că oricare altă metodă de normare aflată în discuție are un nivel de aproximare mult mai mare, fiind din acest punct inferioară celei schițate mai sus.
- Dat fiind numărul relativ redus de variabile pe baza cărora se realizează normarea metoda nu se adaptează necesităților concrete ale fiecărei unități sanitare din țară, forțând operarea cu medii (ex. gradul de complexitate, factorul de multiplicare etc.) care generalizează anumite situații. Dat fiind însă faptul că ia în considerare mai multe variabile decât în cazul stabilirii unui procent din numărul total de salariați sau raportarea la numărul de paturi, este mult mai fidelă, permițând o mai justă repartiție a posturilor pentru această categorie de personal.
- Nu funcționează aplicată *ad literam* pentru capetele ierarhiei, respectiv pentru unitățile cu un număr foarte mic de paturi și pentru cele cu un număr mare de paturi care au cel mai mare grad de complexitate (pentru această din urmă situație exemplul cel mai elocvent îl constituie Spitalul Universitar București al cărui grad de complexitate este mai mare de 2). Situația poate fi rezolvată prin utilizarea unui factor de corecție pentru unitățile foarte mici (aplicat progresiv, până la unitățile cu 400 paturi) și cu utilizarea gradului de complexitate real pentru spitalele universitare.

Pentru stabilirea normativului de personal pe baze științifice considerăm că trebuie desfășurate cercetările necesare privind stabilirea cu acuratețe a normativului standard. Această activitate poate fi desfășurată pe baza următorilor demersuri inițiate pentru fiecare categorii de personal nemedical (TESA):

- identificarea tipurilor de sarcini de lucru;
- stabilirea timpului afectat fiecărui tip de sarcină;
- identificarea posibilelor abateri de la timpul normal de lucru;
- identificarea numărului de ore de lucru necesare a fi desfășurate pentru fiecare tip de sarcini;
- estimarea timpului afectat sarcinilor cu caracter de excepție sau celor cu frecvență redusă;
- estimarea unor marje de toleranță pentru eventualele abateri.

Federația ”Solidaritatea Sanitară” din România

www.solidaritatea-sanitara.ro
e-mail: solidaritatea_sanitara@yahoo.com

8. Transpunerea Directivei 24/2011 în legislația națională în acord cu interesele României privind transformarea sistemului sanitar românesc într-o destinație semnificativă a liberei circulații a pacienților în Uniunea Europeană

Centrul de Cercetare și Dezvoltare Socială ”Solidaritatea”

secțiunea
H

THE IMPACT OF DIRECTIVE 2011/24/EU ON THE ROMANIAN HEALTH SYSTEM

IMPACTUL DIRECTIVEI NR. 24/2011/EU ASUPRA SISTEMULUI SANITAR DIN ROMÂNIA

Viorel Rotilă

Centrul de Cercetare si Dezvoltare Socioala SOLIDARITATEA

SODALITAS 2013

Studiul a fost desfășurat în cadrul
Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea”

The present study has been undertaken at
“Solidaritatea” Research and Social Development Centre

Prezentarea autorului

Doctor în filosofie al Universității „Alexandru Ioan Cuza" din Iași. Lect. univ. dr. la Universitatea „Dunărea de Jos" Galați.

Manager al mai multor proiecte POS DRU de succes, toate incluzând cercetări pe tema consilierii, informării și formării profesionale, migrației, condițiilor de muncă și impactul legislației asupra lucrătorilor.

A realizat numeroase studii de cercetare sociologică în calitate de autor sau coordonator, pe domeniul calității vieții profesionale, migrația salariaților din sănătate și în domeniul analizei pieții muncii (majoritatea pot fi găsite pe http://www.cercetare-sociala.ro).

Director al Centrului de Cercetare și Dezvoltare Socială „Solidaritatea".

Autor al următoarelor cărți: *Tragicul în filosofia existențialistă franceză* (teza de doctorat), *Heidegger și rostirea ființei*, *Din alchimia unei existențe, „Citește-mă pe mine!". Jurnal de idei*, *Omul societății de consum. În căutarea unei noi ideologii, Studiu asupra principalelor probleme ale POS DRU și soluțiile posibile de eficientizare a acestuia.„Poziția beneficiarului"*.

Autor al blogului: http://viorel-rotila.ro

About the author

Philosophy Doctor at "Alexandru Ioan Cuza" University of Iaşi. Senior lecturer at "Dunărea de Jos" University of Galaţi.

Manager of many successful POS DRU projects, including topics on counselling, information and professional formation, migration, work conditions, and the impact of laws on workers.

He elaborated numerous studies of sociological research, as author or coordinator; in the fields of quality of professional life, the healthcare system employees' migration, as well as in the field of the analysis of labour market (most of them are available on the website http://www.cercetare-sociala.ro)

Director of Solidaritatea Research and Social Development Centre.

Author of the following works: Tragicul în filosofia existențialistă franceză [The Tragic in French Existentialist Philosophy] (doctoral thesis), Heidegger și rostirea ființei [Heidegger and the expression of being], Din alchimia unei existențe [Of the Alchemy of Existence], „Citește-mă pe mine!" - Jurnal de idei ["Read me!"- A diary of thoughts], Omul societății de consum. În căutarea unei noi ideologii [The Man of the Consumerist Society. In Search for a New Ideology], Study on the main problems of POS DRU and the possible improvement solutions, and Poziţia beneficiarului [The beneficiary's position].

Personal blog: http://viorel-rotila.ro

Copyright © 2013
Toate drepturile sunt rezervate Editurii SODALITAS
Printed in Romania

Copyright © 2013
All Rights Reserved - SODALITAS Publishing House
Printed in Romania

Impactul Directivei nr. 24/2011

asupra sistemului sanitar din România

The Impact of Directive 2011/24/EU

on the Romanian health system

Lect. univ. dr. Viorel Rotilă

Lecturer Viorel Rotilă, PhD

Editura SODALITAS
2013

SODALITAS PUBLISHING HOUSE
2013

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
ROTILĂ, VIOREL
Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar din România / Rotilă Viorel. - Galaţi : Sodalitas, 2013
Bibliogr.
ISBN 978-606-92935-6-0

61(498)(094)

Cuprins

Versiunea în limba română

Preambul 7

Impactul juridic al directivelor la nivel național 8

a) Efectul direct al directivei 8

b) Interpretarea prevederilor directivei atunci când acestea sunt transpuse în dreptul intern 9

c) „Efectul direct" al Hotărârilor Curții date în interpretarea/aplicarea directivelor 9

Definiții și abrevieri 9

Fundamentarea Directivei nr. 24/2011 10

Introducere 10

Precizări metodologice 10

Argumente pentru un sistem social de sănătate 10

Deciziile ce rămân la nivelul statelor membre 11

Obiectivele Directivei 13

Domeniul de aplicare 14

Rambursarea cheltuielilor 14

Raportul dintre prevederile directivei și reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale. 16

Îngrădirea dreptului la rambursarea costurilor serviciilor medicale 18

Limite în care operează prevederile Directivei: încălcarea prevederilor privitoare la libera circulație. 23

Accesul la informațiile medicale 25

Obligațiile privitoare la calitatea serviciilor medicale 27

Modificarea de paradigmă în abordarea malpraxisului ca efect al Directivei 29

Protecția datelor cu caracter personal 30

Analiza prevederilor Directivei 32

Obiectivele și principiile Directivei 32

Ipotezele de lucru ale Directivei 32

I. Responsabilitățile statului membru în care se efectuează tratamentul 33

Constituirea sistemului și a standardelor privind informațiile ce trebuie furnizate și condițiile ce trebuie îndeplinite: 33

Restricționarea accesului la serviciile sale medicale 35

pentru cetățenii din alte state membre 35

Câteva perspective critice 36

II. Responsabilitățile statului membru de afiliere 38
Obligațiile de informare a pacienților 38
Rambursarea costurilor serviciilor medicale 38
Autorizarea prealabilă 39
Hotărârile Curții în domeniul autorizării prealabile 39
Precizările directivei 41
Limitele autorizării prealabile 45
Alte prevederi ale Directivei 49
Statele membre sunt obligate la asistență reciprocă și cooperare cel puțin în ceea ce privește: 49
Recunoașterea prescripțiilor medicale eliberate într-un alt stat membru 49
Rețelele europene de referință 50
Bolile rare 51
Constituirea și funcționarea rețelei de e-sănătate 51
Cooperarea privind evaluarea tehnologiei medicale 52
Impactul Directivei nr. 24/2011 53
Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra cetățenilor români 54
Migrația pacienților 55
Analiza efectelor raportat la diferitele strategii abordate de statul român 57
Calitatea serviciilor medicale 61
Personalul din sistemul sanitar 62
Migrația personalului 62
Observații generale 63
Concluzii și recomandări 64
Amenințări 65
Oportunități 68

English version

Foreword 71
The judicial impact of directives at national level 72
a) The direct effect of the directive 72
b) Interpretation of the provisions of the directive when transposed into national law 72
c) "The direct effect" of the Court of Justice judgements in the interpretation of directives 73
Definitions and abbreviations 73
Substantiation of Directive 2011/24/EU 74
Introduction 74
Methodological study definitions 74
Arguments in favour of a social health system 74
Decisions left at the Member States level 75
Objectives of the Directive 76
Application domain 77
Reimbursement of costs 78
The relationship between the provisions of the directive and EU regulations on the coordination of social security systems 80
Restrictions to the entitlement to reimbursement of costs of cross-border healthcare 82
Limits of the provisions of the Directive; transgressions of the provisions related to free movement 85
Access to information 87
Obligations concerning quality of healthcare 89
Changes of paradigm in approaching malpractice as an effect of the Directive 91
Protection of personal data 92
Analysis of the provisions of the Directive 94
Aims and principles 94
Working hypotheses 94
I. Responsibilities of the Member State of treatment 95
Organisation of the system and the standards concerning information to be provided and requirements to be met: 95
Restriction of access to cross-border healthcare for citizens of other Member States 97
A few critical perspectives 98
II. Responsibilities of the Member State of affiliation 99

Obligations to provide information to patients 99
Reimbursement of costs of cross-border healthcare 99
Prior authorisation 100
Court's decisions on prior authorisation 100
Definitions of the directive 102
Limits of prior authorisation 106
Member States shall render mutual assistance and cooperation in: 108
Recognition of prescriptions issued in another Member State 109
European Reference Networks 110
Rare diseases 111
eHealth network 111
Cooperation on health technology assessment 112
The Impact of Directive 2011/24/EU on the Romanian citizens 113
Patients' migration 114
Analysis of the effects in reference to various strategies of the Romanian State 116
Quality of healthcare 120
The health system personnel 121
Personnel migration 121
Conclusions and recommendations 122
Threats 124
Opportunities 126

Preambul

Prezentul studiu abordează prevederile Directivei nr. 24/2011 din perspectiva impactului estimat al acesteia asupra sistemului sanitar românesc în ansamblul său. Analiza se desfășoară, în mod simultan, atât raportat la situația actuală a sistemului cât și prin luarea în considerare a necesităților de reformă ale acestuia, încercând pe această cale să sugerăm variantele optime din punctul nostru de vedere.

În cadrul acestui demers nu ne-am propus o simplă redare analitică a textelor legale, ci am concentrat cercetarea pe ceea ce este deosebit de relevant din perspectiva impactului, abordând într-o manieră rezumativă prevederile mai curând tehnice sau pe cele al căror impact îl considerăm minim. Astfel, am evidențiat în special acele prevederi care corespund unor „sensibilități naționale” în domeniu, având în vedere că suntem, de mai mulți ani, martorii sau actorii unei dezbateri pe tema reformei sistemului sanitar. În acest sens, am avut în atenție atât problemele ce țin de principiile aplicabile unui sistem de sănătate, în măsura în care Directiva le amintește, cât și mecanismele funcționale ce ar trebui luate în considerare din perspectiva reglementărilor U.E.

Deoarece Directiva nr. 24/2011 nu este un gest solitar al instituțiilor Uniunii Europene în domeniul sănătății, ea fiind precedată atât de unele acte normative cât și de numeroase hotărâri ale Curții de Justiție a Uniunii Europene pe această temă, studiul debutează cu o schiță a cadrului juridic în care se situează această Directivă și a modului în care ea produce efecte la nivel național. Chiar dacă nu este vorba de o tratare complexă a mecanismelor juridice ale Uniunii, considerăm că foarte scurta prezentare a acestora este suficientă pentru a înțelege contextul juridic aplicabil.

Analiza prevederilor Directivei este organizată pe două mari părți: abordarea textului introductiv, ce fundamentează și explicitează interpretările ce trebuie date acesteia, și tratarea conținutului legal propriu-zis. O parte din prevederile asupra cărora insistăm la analiza fundamentării nu le reluăm în partea dedicată articolelor Directivei. Situația nu este aplicabilă însă anumitor aspecte mai delicate, cum ar fi, spre exemplu, *autorizarea prealabilă*, în cazul cărora reluăm și amplificăm în partea a doua ceea ce am abordat într-o măsură parțială în prima parte.

După cum am amintit, am insistat în mod deosebit pe expunerea și analiza acelor prevederi ale Directivei care, în opinia noastră, au un impact deosebit de mare asupra modului de funcționarea a sistemului sanitar românesc, transpunerea prevederilor Directivei în legislația națională făcând de fapt parte din măsurile de reformă ale sistemului. Cu alte cuvinte, considerăm că o bună parte din măsurile de reformă ale sistemului sanitar anunțate deja la nivel oficial sunt de fapt rezultatul obligației de transpunere a prevederilor Directivei în legislația națională (ex.: modificarea legislației malpraxisului, tratarea într-o manieră mai complexă a drepturilor pacientului s.a.) sau anticipări ale efectelor acesteia (definirea pachetului de bază de servicii medicale, modificarea modului de salarizare etc.). Abordarea în această cheie ne-a permis să indicăm variante alternative de reformă împreună cu efectele previzibile ale acestora, arătând de fiecare dată soluțiile pe care le considerăm optime.

Având în vedere faptul că prevederile Directivei trebuie transpuse în legislația internă până la data de 25 octombrie 2013, aflându-ne în acest moment în cursul procedurii de elaborarea a prevederilor legislative corespunzătoare, considerăm că prezentul studiu constituie în primul rând un cadru de dezbatere privind identificarea celor mai bune soluții legislative, în acord cu multiplele interese implicate, respectiv cele ale cetățenilor, ale pacienților, ale salariaților din sănătate, ale statului român s.a.

Impactul juridic al directivelor la nivel național

Deoarece pentru analiza impactului estimat al Directivei nr. 24/2011 asupra sistemului sanitar românesc este esențială înțelegerea modului în care acționează orice directivă asupra legislației naționale și spațului juridic din România, expunem pe scurt ceea ce poate fi considerat *regimul juridic al directivelor*.

Prin comparație cu *tratatele* și *regulamentele*, care au aplicare nemijlocită în statele membre, fiind obligatorii și pentru instanțe, directivele sunt reglementări cadru care își produc efectele prin transpunerea lor în legislația națională. Cu mențiunea însă că obiectivele directivelor sunt obligatorii pentru statele membre. Acest statut juridic are câteva efecte semnificative:

- Judecătorul aplică, în situația unei spețe deduse judecății, normele naționale care transpun prevederile/obiectivele directivei.
- Prevederile directivelor netranspuse în legislația națională sunt opozabile doar statelor membre, ele nefiind aplicabile în relațiile dintre cetățeni. Altfel spus, obligația de a transpune prevederile unei directive în legislația națională, întocmai cu obiectivele directivei, revine statului. Motiv pentru care el poate fi considerat culpabil pentru orice abatere de la transpunerea conformă, fiindu-i opozabile interpretările corecte ale acestora.
- În situația în care prevederile unei directive sunt transpuse în legislația națională judecătorul se va raporta la prevederile dreptului intern.

a) Efectul direct al directivei

Aceste principii de aplicare cunosc însă și o excepție, cu un impact deosebit de importat în ceea ce privește Directiva pe care o avem în vedere: când directiva nu a fost implementată în legislația internă în termenul stabilit de directivă iar prevederile directivei sunt *necondiționate și suficient de precise,* aceste dispoziții pot fi invocate împotriva oricărei reglementări de drept intern, ***însă numai împotriva statului***. În acest caz vorbim de ***aplicarea în mod nemijlocit a prevederilor directivei***, respectiv de ***invocarea efectului direct*** al acesteia. Esențială în acest caz este **definiția statului** din perspectiva dreptului U.E.: jurisprudența Curții indică faptul că prevederile unei directive pot fi invocate împotriva agenților aflate sub autoritatea sau controlul statului, împotriva autorităților fiscale sau financiare, împotriva autorităților locale sau regionale și chiar împotriva autorităților aflate sub controlul statului însărcinate să furnizeze servicii publice. Trebuie reținut de asemenea faptul că acționarea în instanță a acestor instituții/organizații poate fi făcută atât în calitatea acestora de autoritate publică cât și ca angajatori.[1]

Doctrina stabilește drept *efect direct vertical* al directivei faptul că prevederile acesteia se pot manifesta numai împotriva statului, lui adăugându-i-se imposibilitatea efectului direct orizontal, respectiv faptul că o persoană nu poate invoca prevederile directivei împotriva altei persoane (fizice sau juridice).

[1] În această ultimă calitate un impact deosebit îl au prevederile Directivei 88/2003.

Alt efect îl constituie faptul că absența unor prevederi în dreptul intern care să transpună directiva, statele membre nu pot angaja răspunderea penală a celor care încalcă prevederile acesteia.[2]

b) Interpretarea prevederilor directivei atunci când acestea sunt transpuse în dreptul intern

În privința interpretării normelor legale naționale care transpun prevederile unei directive reținem în special următoarele:

- Instanțele naționale trebuie să prezume că statul membru a dorit să respecte în totalitate obiectivele directivei;
- Normele naționale de transpunere vor fi interpretate cât mai aproape de sensul prevederilor directivei;[3]
- Interpretările dreptului național trebuie făcute în așa fel încât să nu se ajungă la contradicții cu prevederile directivei, fără a putea apela însă la interpretarea dreptului național *împotriva legii*;
- În caz de îndoială în ceea ce privește interpretarea prevederilor directivei instanța națională va solicita o interpretare din partea Curții de Justiție a Uniunii Europene, aceasta pronunțându-se prin intermediul unei hotărâri preliminare.

c) „Efectul direct” al Hotărârilor Curții date în interpretarea/aplicarea directivelor

Datorită importanței precedentului în dreptul comunitar, hotărârile Curții de Justiție a Uniunii Europene fiind foarte aproape de sistemul *common law*,[4] interpretarea pe care Curtea o dă sensul directivelor este opozabilă statelor și orientează interpretările judecătorilor naționali. Motiv pentru care putem vorbi, într-o anumită măsură, de existența *efectului direct al hotărârilor date de Curte* în interpretarea și aplicarea prevederilor directivelor.

Definiții și abrevieri

Statul membru de afiliere – desemnează statul în care pacientul are statutul de cetățean ori un drept legal de ședere sau alte variante care-i conferă statutul de afiliat. În toate situațiile, pacientul trebuie să aibă un drept minim de acces la serviciile medicale prevăzute în „pachetul social”.

Statul membru de tratament – desemnează statul în care se efectuează tratamentul.

Curtea – Curtea de Justiție a Uniunii Europene

Directiva – Directiva nr. 24/2011

[2] În acest sens se poate observa că netranspunerea Directivei nr. 24/2011 în legislația națională ar face inaplicabile prevederile acesteia împotriva persoanelor fizice și a persoanelor juridice private, nu însă și împotriva persoanelor juridice de drept public (instituțiile statului și organizațiile similare).

[3] Sunt deosebit de relevante în acest sens spețele judecate de Curtea de Justiție a Uniunii Europene, ele având un caracter mixt: de interpretare a legislației europene și de creare a dreptului în domeniu (principiul precedentului fiind aplicabil).

[4] Sistemul juridic al U.E. fiind în bună măsură unul similar celui anglo-saxon în ceea ce privește importanța precedentului, interpretările date de Curtea de Justiție a Uniunii Europene rămân esențiale în acest domeniu. Evoluția interpretărilor privitoare la autorizarea prealabilă depinde foarte mult de acțiunile asociațiilor de pacienți în această direcție.

Fundamentarea Directivei nr. 24/2011

Introducere

Pentru o mai bună delimitare conceptuală a obiectivelor Directivei abordăm mai întâi, într-o manieră critică, argumentele care fundamentează introducerea Directivei nr. 24/2011 și principiile care stau la baza ei. În cadrul acestui demers avem în vedere în primul rând o mai bună înțelegere a cadrului juridic complex pe care aceasta îl creează dar și faptul că Directiva introduce în mod cel puțin implicit și alte obligații pentru statele membre decât cele precizate în mod expres în obiectivele ei. Analiza fundamentării Directivei este concentrată asupra punctelor pe care le considerăm deosebit de importante, încercând să evidențiem sensurile lor posibile, problemele pe care acestea le ridică și să estimăm impactul acestora asupra sistemului de sănătate din România.

Precizări metodologice

Acolo unde am considerat textul Directivei ca fiind deosebit de dens și relevant l-am redat parțial sau în întregime, în rest expunând în mod rezumativ interpretările pe care le-am dat textului legal. Preluarea unor texte din fundamentarea Directivei este indicată de fiecare dată cu italice, punctul de la care au fost preluate fiind precizat la începutul sau la sfârșitul paragrafului. Schematismul expunerii, inerent din punctul nostru de vedere abordării unui astfel de text, permite cititorului construirea unei interpretări proprii, simultan cu urmărirea celei pe care-o propunem.

Argumente pentru un sistem social de sănătate

(1) Ca principiu, referirea la tratate indică intenția de protecție a sănătății, sugerând că sănătate constituie o prioritate. Prevederile în domeniu din tratate includ Sănătate ca parte a dimensiunii sociale asumată de U.E.

(2) *„majoritatea dispozițiilor prezentei directive are drept scop îmbunătățirea funcționarii pieți interne și a liberei circulații a mărfurilor, persoanelor și serviciilor”.* Cadrul juridic este cel al libertăților fundamentale ale Uniunii, respectiv libera circulație a mărfurilor, persoanelor și serviciilor, Directiva combinând interesele ce privesc circulația serviciilor cu cele legate de circulația persoanelor. Altfel spus, contextul este unul predominant economic, pe el inserându-se și interesele legate de asigurarea sănătății persoanelor.

(3) *„Sistemele de sănătate din Uniune reprezintă o componentă centrală a nivelurilor ridicate de protecție socială ale Uniunii și contribuie atât la coeziunea socială și la justiția socială, cât și la dezvoltarea durabilă.”* Uniunea Europeană include, cel puțin la nivel declarativ, sistemele de sănătate în cadrul mai larg al sistemului de protecție socială. Reforma sistemului sanitar va trebui să țină cont de acest aspect, asigurând cel puțin un nivel minim de protecție socială. Altfel spus, considerăm că este exclusă va-

rianta introducerii unui sistem de sănătate neo-liberal pe motiv de inadecvare la legislația și strategia U.E. în domeniu.

(21) a. *În concluziile sale, Consiliul a recunoscut că* ***există un ansamblu de valori și principii comune, valabile în întreaga Uniune, cu privire la modul în care sistemele de sănătate răspund nevoilor populației și ale pacienților pe care îi deservesc****. 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.*(s.n.)

Reținem astfel existența unei preocupări la nivelul U.E. în ceea ce privește funcționarea de ansamblu a societății, cu impact semnificativ asupra sistemelor (sociale) de sănătate, fiind astfel consacrat faptul că există un ansamblu de valori comune statelor membre. Aceste valori/principii sunt:

- Universalitatea;
- Solidaritatea;
- Echitatea;
- Accesul la îngrijiri de bună calitate.

Din această perspectivă, putem observa faptul că orice reformă a sistemului sanitar va trebui să țină cont de respectarea acestor principii,[5] în măsura în care România dorește să aibă *de iure* calitatea de stat membru. Ceea ce înseamnă că libertatea statelor de a-și organiza propriile sisteme de sănătate este una limitată de respectarea acestor principii (și a unor condiții ce derivă din această Directivă).

Deciziile ce rămân la nivelul statelor membre

(4).a) *„statele membre rămân responsabile pentru furnizarea unei asistențe medicale sigure, de înaltă calitate, eficiente și suficiente din punct de vedere cantitativ cetățenilor de pe teritoriul lor.”* Chiar dacă în mod incidental, Directiva menționează și nivelul de responsabilitate al statelor membre în domeniul serviciilor medicale ce trebuie acordate cetățenilor. Raportat la sensul textului, se observă faptul că o încercare de reformă din partea României, care ar avea ca efect excluderea unor cetățeni de la accesul la anumite categorii de servicii medicale pe motiv de insuficiență a resurselor financiare, aduce cu sine riscul unui defazaj semnificativ față de restul statelor membre, ce poate genera un set complex de fenomene cu un impact greu de estimat în ceea ce privește integrarea în U.E. Având în vedere textul prezentat, un alt efect îl constituie obligația statului român de a construi un sistem de sănătate eficient, obligație ce poate fi interpretată și în termenii anumitor limite stabilite în fața unui accent exagerat pe sistemele private. Suplimentar, obligația de a asigura un nivel înalt al calității serviciilor medicale forțează statul român la eforturi semnificative pentru a asigura posibilitatea furnizării celor mai noi tehnici medicale, posibile doar în contextul unei finanțări corespunzătoare.[6]

Fraza ridică și o problemă ce tinde să depășească posibilitățile unui stat raportat la fenomenul migrației: obligativitatea asigurării resurselor umane necesare, adică prezența acestora la un nivel canti-

[5] Din această perspectivă, se pune întrebarea în ce măsură Proiectul unei noi legi a sănătății - Vlădescu (devenit ulterior, cu mici modificări, Proiectul Cepoi) respecta aceste principii în condițiile în care era vizată privatizarea sistemului social de asigurări sociale de sănătate?

[6] Este drept, combinația dintre calitate și eficiență poate fi interpretată și într-un sens limitativ raportat la noile tehnici și tehnologii medicale, eficiența putând fi folosită ca argument împotriva costurilor acestor tehnologii.

tativ și calitativ care să asigure servicii medicale suficiente în condițiile unor înalte standarde de calitate. Migrația personalului medical aduce cu sine deficit de personal și, mai ales, un deficit de competențe,[7] fapt care afectează în mod direct calitatea serviciilor medicale furnizate populației.

(4).b) *„transpunerea prezentei directive în legislația națională și aplicarea acesteia 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"*. Observăm aici două aspecte: primul privește necesitatea transpunerii Directivei nr. 24/2011 în legislația națională, cunoscut deja din perspectiva ierarhiei și a modului de acțiune a normelor europene, iar cel de-al doilea faptul că sistemul trebuie organizat de așa natură încât să nu conducă la o încurajare directă sau la una implicită a pacienților de a se trata într-un alt stat decât cel de afiliere. Dacă în privința încurajării explicite lucrurile sunt relativ clare, problema o constituie încurajările implicite ale migrației pacienților, care pot deriva din modul de organizare al unui sistem de sănătate. O interpretare a măsurilor de reformă în sensul unei încurajări implicite a migrației pacienților poate fi invocată în condițiile în care măsurile respective sunt luate cu ocazia transpunerii prevederilor Directivei în legislația națională. Suplimentar, se pune problema în ce măsură abținerea, respectiv faptul de a nu face nimic în sensul reformelor necesare, constituie o încurajare implicită a migrației pacienților.

(5) *„trebuie plasate în contextul național deciziile cu privire la pachetul asistenței medicale la care au dreptul cetățenii și la mecanismele folosite pentru finanțarea și furnizarea asistenței medicale respective, cum ar fi măsura în care este adecvat să se recurgă la mecanismele de piață și la presiunea concurenței pentru a administra sistemele de sănătate."* Reținem atât libertatea de opțiune a statelor în ceea ce privește alegerea mecanismelor de finanțare ale sănătății[8] cât și necesitatea existenței/definirii unui pachet al asistenței medicale la care au dreptul pacienții. În același timp însă, aceste prevederi trebuie interpretate și prin intermediul obligațiilor minime prevăzute în textul Directivei privitoare la nivelul cantitativ și calitativ[9] al serviciilor medicale din fiecare stat.

(7) *„Prezenta directivă respectă și nu aduce atingere libertății fiecărui stat membru de a decide tipul de asistență medicală pe care îl consideră adecvat."* Această recunoaștere a libertății statelor membre de a decide modelul de sistem sanitar pe care-l consideră cel mai adecvat trebuie interpretată în contextul unor prevederi ce menționează câteva condiții ce trebuie îndeplinite de sistemele de sănătate.

[7] Dacă lucrătorii din sănătate pot fi înlocuiți de noile generații de absolvenți (mai ales în condițiile în care raportul dintre numărul absolvenților și numărul noilor intrați în sistem este supraunitar; mai exact, numărul absolvenților este cu mult mai mare decât numărul noilor angajați) nu același lucru se întâmplă și cu setul de competențe în domeniu, grav afectat de faptul că procesul migrației este unul selectiv în materie de competențe.

[8] Ea poate fi interpretată și ca neimplicare în această problemă. Atitudinea este de înțeles mai ales dacă avem în vedere faptul că această directive este situată mai curând în contextual libertății de circulație a serviciilor și a cetățenilor decât în cel al drepturilor fundamentale ale cetățenilor U.E.

[9] Din această perspectivă putem considera că Directiva creează premisele unei forme de solidaritate între statele U.E. în ceea ce privește sistemele de asigurări sociale de sănătate.

Obiectivele Directivei

(9) *„Consiliul a recunoscut valoarea deosebită a unei inițiative privind asistența medicală transfrontalieră care să garanteze cetățenilor Uniunii informații clare cu privire la drepturile acestora atunci când se deplasează dintr-un stat membru în altul, în vederea asigurării securității juridice.”* Din perspectiva acestei propoziții, Directiva pare mai curând o măsură necesară de acompaniament a libertății de circulație, întinderea ei fiind puternic legată de această libertate. Formularea pare a nu permite, în principiu, turismul medical, dreptul la îngrijiri de sănătate în alt stat fiind unul contextual. Dacă am considera această interpretare drept una definitivă ar trebui să constatăm că în intenția legiuitorului excepția pare s-o constituie situațiile în care un anume tip de tratament nu poate fi furnizat în țara de origine. Însă, dacă presupunem că un cetățean are dreptul de a obține autorizarea prealabilă pentru a beneficia de rambursarea tratamentului într-un alt stat membru pe motiv de diferențe în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale, atunci suntem îndreptățiți să discutăm de existența unor standarde minime, implicite, în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale în Uniunea Europeană, constituite prin raportare la cel mai înalt nivel calitativ existent într-un serviciu public.[10] Ceea ce indică un domeniu de aplicare mult mai mare al Directivei, enunțat expres în textele citate mai departe.

(10). a. *„Prezenta directivă urmărește să stabilească **norme** care au ca scop să **faciliteze accesul la o asistență medicală transfrontalieră sigură și de înaltă calitate în Uniune** și **să asigure mobilitatea pacienților** în conformitate cu principiile stabilite de Curtea de Justiție, precum și **să promoveze cooperarea între statele membre în domeniul asistenței medicale**…”.*

După cum putem constata, Directiva asumă crearea cadrului legal pentru:

- Mobilitatea pacienților;
- Accesul la asistență medicală transfrontalieră;
- Servicii medicale sigure și de calitate; [11]
- Promovarea cooperării între statele membre în domeniul asistenței medicale.

(10). b. *….respectând totodată pe deplin **responsabilitățile statelor membre** în ceea ce privește **definirea prestațiilor de securitate socială în domeniul sănătății** și în ceea ce privește **organizarea și furnizarea de asistență medicală, de îngrijiri medicale** și **de prestații de securitate socială**, în special în caz de boală.*

Interpretarea riguroasă ne conduce la concluzia că drepturile statelor membre[12] sunt limitate la:

- definirea prestațiilor de securitate socială în domeniul sănătății;

[10] De aici și până la faptul că *tratamentul de o anumită calitate nu poate fi furnizat în țara de origine* pare să nu mai fie decât un pas.

[11] Interpretarea sistematică a prevederilor Directivei ne conduce la concluzia identității dintre calitatea serviciilor medicale acordate în cadrul asistenței medicale transfrontaliere și calitatea serviciilor medicale din fiecare stat. Devine astfel evident faptul că Directiva cel puțin sugerează, acolo unde nu impune chiar, obligația statelor membre de a face demersurile necesare pentru asigurarea unor standarde de calitate ale serviciilor medicale.

[12] De observat că ele sunt definite ca responsabilități ale statelor în acest domeniu, fapt care ne conduce la concluzia obligativității existenței acestora. Din perspectiva intențiilor de reformă această obligativitate este deosebit de importantă.

- organizarea și furnizarea de:
    - asistență medicală;
    - îngrijiri medicale;
    - prestații de securitate socială în caz de boală.

Domeniul de aplicare

(11). a) *„Prezenta directivă ar trebui să se aplice pacienților individuali care decid să solicite asistență medicală într-un alt stat membru decât statul membru de afiliere. Astfel cum s-a confirmat de către Curtea de Justiție, nici natura specială a asistenței medicale și nici modul de organizare sau finanțare a acesteia nu o situează în afara sferei principiului fundamental al libertății de a presta servicii."*

Putem deduce că medicina transfrontalieră are două izvoare juridice:

- libertatea de prestare a serviciilor, asistența medicală făcând și ea parte din categoria largă a acestora;
- libertatea (limitată de autorizarea prealabilă a) pacienților de a decide, în mod individual, locul în care să solicite asistența medicală.

După cum putem observa atât din acest text cât și din interpretarea sistematică a prevederilor Directivei, libertatea serviciilor este mult mai „tare" decât libera opțiune a pacientului. Altfel spus, în măsura în care solicitarea asistenței medicale de către pacient ține de libertatea prestatorului de-a acorda servicii medicale, ea tinde să fie permisă. Ceea ce ne conduce la concluzia că, din perspectiva spiritului acestei Directive, interesul firmelor/unităților furnizoare de servicii medicale prevalează intereselor cetățeanului.[13] Trebuie remarcat faptul că libera circulație a pacienților subzistă ca libertate în măsura în care ea este corelativă liberei circulații a serviciilor și, în plan secundar, liberei circulații a cetățenilor. Altfel spus, libera circulație a pacienților este puternic dependentă de piața serviciilor medicale, prima fiind cu atât mai amplă cu cât contribuie mai mult la satisfacerea unui interes al celei din urmă.

Rambursarea cheltuielilor

(26) Temeiul juridic al acestei reglementări[14] în domeniu îl constituie câteva hotărâri anterioare ale Curții de Justiție a Uniunii Europene, care *au recunoscut dreptul pacienților, în calitate de persoane asigurate, la rambursarea cheltuielilor ocazionate de asistența medicală acordată în alt stat membru, în cadrul sistemului obligatoriu de securitate socială.* Reținem astfel, pentru început, faptul că rambursările au ca punct de reper ***sistemul obligatoriu de securitatea socială***,[15] ele putând fi privite și ca o formă de

[13] Această constare este deosebit de relevantă din perspectiva anumitor strategii în domeniu ale unităților sanitare, ce pot merge de la limitarea dezvoltării în direcția prestării anumitor servicii medicale deosebit de costisitoare, până la măsuri active pentru atragerea pacienților, ultimele putând fi luate în considerare mai ales în sistemele în care unitățile private participă la furnizarea serviciilor sociale. Dacă nivelul de rambursare al costurilor serviciilor medicale este compatibil cu existența unui profit, tendința va fi cu atât mai accentuată.

[14] Am putea spune chiar că acesta este principalul motiv pentru apariția Directivei.

[15] Formula atrage atenția asupra obligației în ceea ce privește existența unui sistem de asigurări sociale, care să includă și Sănătatea, fiind astfel una din mențiunile exprese în favoarea unui sistem social european. Din această perspectivă, putem observa faptul că gestul Președintelui Traian Băsescu de a vorbi de dispariția statului social (în termeni aproximativi), mai exact atacul la statul social pe care l-a întreprins în ultimii 3-4 ani, este în contradicție cu

cooperarea la nivel inter-instituțional între sistemele obligatorii de securitate socială ale diferitelor state.[16] După cum vom vedea, Directiva deschide chiar perspectiva unui grad mai ridicat de armonizare prin posibilitatea adoptării în relațiile bilaterale a sistemului decontărilor.

(26) „*Curtea de Justiție a stabilit că dispozițiile tratatului referitoare la libertatea de a presta servicii includ libertatea beneficiarilor de asistență medicală, inclusiv a persoanelor care au nevoie de tratament medical, de a se deplasa în alt stat membru pentru a beneficia acolo de îngrijiri medicale*.” Este evident faptul că unul din fundamentele (poate cel mai important) asistenței medicale transfrontaliere îl constituie libertatea de a presta servicii.[17] Ne reține atenția dreptul persoanelor de a se deplasa în alt stat membru pentru a beneficia de servicii medicale,[18] acesta oferind o potențială deschidere a pieții serviciilor medicale pentru cetățenii U.E, afectată însă, după cum vom vedea, de numeroase condiționări și restricții, majoritatea implicite.

(27) Cadrul juridic de aplicare a prevederilor Directivei include și următoarele:

- prevederile trebuie interpretate în conformitate cu principiile stabilite de Curtea de Justiție;
- prevederile trebuie interpretate în sensul în care nu este periclitat echilibrul financiar al sistemelor de asistență medicală și de securitate socială ale statelor membre;[19]

Directiva trebuie însă să aibă ca rezultat o mai mare securitate juridică în ceea ce privește rambursarea costurilor asistenței medicale pentru:

- pacienți;
- cadre medicale;
- furnizorii de servicii medicale;

prevederile U.E. în domeniu. Ceea ce naște o întrebare privind natura relațiilor dintre domnia sa și Comisie, Consiliul și Parlamentul U.E. în acest domeniu, respectiv dacă aceste instituții au sesizat această notă discordantă existentă între politica internă și declarațiile privind adeziunea fermă la Uniune, ori ea corespundea unei intenții generale în domeniu a Uniunii, ce n-a apucat încă să fie transpusă în plan juridic.

[16] Ceea ce ar constitui un prim pas (chiar dacă extrem de mic) în direcția unei dorite armonizări a sistemelor sociale și, poate, chiar crearea unui sistem de protecție socială unic. În opinia noastră, mult discutata uniune fiscală ar trebui să vină la pachet cu un pas hotărât în direcția unei armonizări a sistemelor sociale la nivelul U.E.

[17] Fiind construită pe libertatea prestatorului, asistența medicală transfrontalieră este așezată în limitele inerente acestei libertăți. Deoarece este privită în primul rând ca libertate de a presta servicii medicale, ea poate fi îngrădită prin intermediul prestatorilor, cel puțin atunci când aceștia sunt în incapacitate (obiectivă, sperăm) de a presta aceste servicii. Problema o constituie modalitatea în care se ivește această incapacitate. În principiu, un stat nu are dreptul de a gestiona sistemul medical aferent celui de asigurării sociale de sănătate astfel încât să genereze în mod voit astfel de incapacități, deoarece o astfel de politică excede spiritului Directivei. Problema se pune în situația în care resursele financiare insuficiente conduc de fapt la o incapacitate obiectivă. Din punctul nostru de vedere este singura variantă aplicabilă României în acest moment. Ceea ce implică însă eforturile pentru evidențierea costurilor reale aferente serviciilor medicale, străduința pentru creșterea nivelului de finanțare și, în final, dimensionarea sistemului de asigurări sociale de sănătate la posibilitățile concrete din punct de vedere financiar.

[18] Efectul posibil al acestui drept fiind desemnat, în mod relativ impropriu, cu formula *turism medical.*

[19] O prevedere foarte largă, ce riscă să genereze abuzuri din partea statelor, determinate de dorința de a-și proteja propriul echilibru financiar. Instrumentul de protecție îl constituie *aprobarea prealabilă*, întinderea acesteia stabilind limitele libertății de circulație. Dacă însă echilibrul financiar al unui stat în acest domeniu este unul așezat pe o diferență radicală între ceea ce sistemul declară în mod oficial că asigură și posibilitățile financiare efective (mult mai mici) atunci este foarte probabil ca el să nu fie în situația de a fi protejat.

- instituțiile de securitate socială.

Punctul (28) al fundamentării trimite la prevederi deja aplicabile în baza altor principii decât cel privitor la libera circulație a serviciilor, în special la cele aferente coordonării sistemelor de securitatea socială la nivelul Uniunii.

(29) În principiu, scopul Directivei este ca pacienții să se bucure și ei de principiul liberei circulații, asemenea libertății circulației serviciilor și cetățenilor. Ca și în cazul celor din urmă, este vorba totuși de o libertate limitată. Trei limite se evidențiază la acest punct:

- referința la statul membru de afiliere în ceea ce privește nivelul minim al rambursării;[20]
- libertatea statelor membre de a stabili amploarea asigurărilor sociale de sănătate/nivelul de protecție socială în domeniul sănătății;
- prevenirea efectelor considerabile[21] asupra finanțării sistemelor naționale de asistență medicală.

Evident, ultimele două puncte au un impact semnificativ asupra autorizării prealabile, acesta fiind punctul nodal de protecție în strategia (anticipată) a statului român. Trebuie reținut că în lipsa unor liste de așteptare pentru diferitele afecțiuni, autorizarea prealabilă nu poate fi refuzată pe motivul prevenirii efectelor considerabile asupra finanțării sistemului național de asistență medicală, rambursare costurilor pentru tratamentul făcut în străinătate făcându-se la nivelul costurilor din România.[22]

Raportul dintre prevederile directivei și reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale[23]

(30) Acolo unde există situații în care reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale sunt aplicabile, se aplică fie prevederile Directivei fie reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale.

[20] Această limită consacră o formă de inegalitate între cetățenii U.E., vizibilă în mod flagrant în anumite situații, mai ales ca diferență dintre țările bogate și cele sărace. Astfel, în situația în care doi pacienți din două state diferite se tratează în aceeași unitate sanitară, nivelul costurilor suportate din sistemele sociale/de asigurări sociale de sănătate pentru fiecare dintre ei poate înregistrate diferențe considerabile. (Cu precizarea că această referință are un caracter minimal, fiind la dispoziția statelor membre s-o depășească.)

[21] De înțelesul termenului *considerabil* depinde amploarea migrației pacienților, acesta constituind una din variabilele ce intervin în acordarea autorizației prealabile.

[22] Mai mult chiar, în principiu turismul sindical al pacienților români poate constituie o formă de amânare a cheltuielilor (mai ales dacă avem în vedere rambursarea după perioade mari de timp), adică de detensionare momentană a presiunilor financiare.

[23] Chiar dacă la acest moment prevederile nu sunt aplicabile în cazul României nu excludem posibilitatea ca ele să fie aplicabile într-un viitor apropiat. Având în vedere procesul migrației considerăm că se impune demararea procesului de coordonare a sistemelor de securitate socială în special cu Italia și Spania. Suplimentar, considerăm că procesul de reformă a sănătății ar trebui să țină cont de acest aspect, inclusiv în ceea ce privește modalitatea de finanțare a sănătății, respectiv dimensiunea socială a acesteia.

(31) *Pacienții nu ar trebui să fie privați de drepturile mai avantajoase garantate de reglementările Uniunii privind coordonarea sistemelor de securitate socială, atunci când sunt îndeplinite condițiile pentru acordarea acestora….*

În condițiile în care unui stat îi sunt aplicabile reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale, oricărui pacient care solicită autorizația de a beneficia de un tratament adecvat bolii sale în alt stat membru ar trebui să i se acorde întotdeauna această autorizație dacă (condiții cumulative):

- tratamentul în cauză se numără printre prestațiile la care pacientul are dreptul în statul membru de reședință și
- când acest tratament nu poate fi acordat pacientului într-un termen rezonabil din punct de vedere medical, avându-se în vedere:
    - starea sa actuală de sănătate
    - evoluția probabilă a acesteia.[24]

În situația în care reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale sunt mai favorabile, statul membru de afiliere trebuie să atragă atenția pacientului asupra acestui lucru. Dacă pacientul solicită în mod expres să beneficieze de tratament în condițiile Directivei prestațiile care se aplică rambursării (în special nivelul rambursării) trebuie să se limiteze la cele aplicabile în temeiul Directivei.

(32) Fie că se aplică prevederile directivei fie reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale, pacienții nu trebuie să beneficieze de avantaje financiare de pe urma asistenței medicale acordate într-un alt stat membru, suportarea costurilor sau rambursarea acestora trebuind să fie limitată la costurile efective ale asistenței medicale primite.

Astfel, costurilor efective ale asistenței medicale primite în cadrul asistenței medicale transfrontaliere le sunt aplicabile următoarele situații:

- constituie nivelul de decontare între state în cadrul:
    - acordurilor ce urmează regimul reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale;
    - acordurilor între state încheiate din perspectiva Directivei nr. 24/2011;
- constituie plafon maxim în cazul rambursării: nivelul rambursării se stabilește în funcție de nivelul costurilor din statul membru de afiliere. Dacă nivelul rambursării pentru serviciul medical este mai mare decât costurile efective ale asistenței medicale primite în alt stat atunci rambursarea se va face la nivelul costurilor efective.

(33) *„Prezenta directivă nu vizează instituirea unui drept la rambursarea costurilor asistenței medicale acordate în alt stat membru în cazul în care o astfel de asistență medicală nu se numără printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru de afiliere al persoanei asigurate.* Ceea ce ar însemna,

[24] Observăm faptul că în discuție este în principal capacitatea statului membru de reședință de a acorda acel serviciu medical într-un orizont de timp rezonabil și nu capacitatea financiară a acestuia. De asemenea, remarcăm faptul că un punct de vedere deosebit de important în acordarea autorizării prealabile în vederea accesării tratamentului dintr-un alt stat membru îl are corpul medical, prin intermediul diferitelor sale instituții: organismele profesionale (în special Colegiul Medicilor), Comisiile de specialitate din cadrul Ministerului Sănătății (care tind însă să reflecte mai curând punctul de vedere al statului), corpul experților din sănătate etc.

per a contrario că Directiva vizează rambursarea costurilor asistenței medicale acordate în alt stat membru în cazul în care o astfel de asistență medicală se numără printre prestațiile prevăzute de legislația statului membru de afiliere al persoanei asigurate. Cu observația că nașterea acestui drept este condiționată de îndeplinirea anumitor condiții, autorizarea prealabilă fiind una din cele mai importante.[25]

„De asemenea, prezenta directivă nu ar trebui să împiedice statele membre să își extindă regimul de prestații în natură la asistența medicală acordată într-un alt stat membru." Destul de probabil, este vorba de situația în care unele state înțeleg să încheie convenții prin care acordă reciproc servicii medicale cetățenilor lor. În măsura în care ipoteza se verifică, putem vorbi de un al treilea mecanism, *prestațiile în natură*, care completează mecanismul *rambursării* și pe cel al *decontării*.

Reținem, suplimentar, faptul că „statele *sunt libere să își organizeze sistemele de asistență medicală și de securitate socială astfel încât să stabilească dreptul de a beneficia de tratament la nivel regional sau local"* drept un alt izvor de posibile condiționări în ceea ce privește acordarea autorizării prealabile.

(34) *„Statele membre de afiliere ar trebui să le acorde pacienților dreptul de a beneficia, în alt stat membru, de cel puțin aceleași prestații ca și cele oferite de legislația statului membru de afiliere".* În primul rând este evidentă cunoașterea de către fiecare stat membru a nivelului prestațiilor aplicabile în fiecare din statele membre. Ceea ce presupune atât un vast sistem informatic cât și un grad suficient de transparență în acest domeniu, respectiv corespondența dintre „promisiunile legale" (prevederile legale) și posibilitățile concrete ale sistemului. Suplimentar, stabilirea dreptului pacientului la prestațiile medicale într-un alt stat pornește de la un nivel minim reprezentat de ***nivelul prestațiilor*** din țara de origine/statul membru de afiliere, Directiva admițând posibilitatea unor diferențe de tratament care, în principiu, ar trebui „omologate". Acest proces de „omologare" trebuie să facă subiectul autorizării prealabile; motiv pentru care considerăm că procedura de autorizare prealabilă trebuie să includă și criterii de analiză și mecanisme procedurale specifice acestei „omologări".

Îngrădirea dreptului la rambursarea costurilor serviciilor medicale[26]

(11) b) *„….statul membru de afiliere poate alege să limiteze rambursarea asistenței medicale transfrontaliere din motive legate de calitatea și siguranța asistenței medicale acordate, în situația în care acest lucru poate fi justificat de motive imperative de interes general legate de sănătatea publică. Statul membru de afiliere poate lua și alte măsuri, în temeiul altor considerente, în cazul în care acestea pot fi justificate de astfel de motive imperative de interes general. Într-adevăr, Curtea de Justiție a decis că protecția sănătății publice se numără printre motivele imperative de interes general care pot justifica restricționări ale liberei circulații prevăzute în tratate."*

[25] Reținem însă faptul că autorizarea prealabilă este instituită pentru a proteja interesele statului în anumite condiții bine precizate și doar pentru o anumită categorie de servicii medicale (e drept, cea mai importantă).

[26] Considerăm că îngrădirea dreptului la rambursarea costurilor serviciilor medicale prestate într-un alt stat membru, manifestată de statul membru de afiliere, constituie o formă de îngrădire a dreptului de circulație a pacienților, însă una care vizează extinderea protecției sociale acordate de către statul membru de afiliere, nu și posibilitatea cetățeanului de-a apela la propriile mijloace financiare pentru a plăti costurile de tratament într-un alt stat membru.

Situațiile în care statul membru de afiliere poate acționa pentru îngrădirea libertății pacienților de a-și alege statul în care să beneficieze de servicii medicale, prin limitarea rambursării asistenței medicale transfrontaliere, sunt următoarele:

- *din motive legate de calitatea și siguranța asistenței medicale acordate;* ceea ce ne duce cu gândul la posibilitatea unui stat membru de a îngrădi libera circulație a pacienților invocând motive de siguranță (ex. epidemii, practici nepotrivite etc.) sau de calitate scăzută a serviciilor medicale prestate în alt stat. Cu alte cuvinte, dacă un stat nu dorește „să piardă” pacienții propriului sistem este suficient să invoce motive de calitate.[27]
- *motive imperative de interes general legate de sănătatea publică*. Unul din aceste motive îl constituie *protecția sănătății publice*, așa cum a stabilit Curtea. În aceste condiții se pune problema sensului pe care-l poate avea *protecția sănătății publice*. Spre exemplu, dacă se constată ivirea unui mecanism de genul celui invocat mai sus, în cadrul căruia are loc o spoliere a bugetului alocat sănătății, ce riscă să afecteze posibilitățile statului de asigurare a serviciilor de sănătate către proprii cetățeni, poate fi invocată *protecția sănătății publice* ca motiv pentru limitarea rambursărilor?! Punctul 12 considerăm că aduce o oarecare lumină în această problemă, motiv pentru care-l redăm în întregime.

(12) *„Conceptul de „motive imperative de interes general” la care se face trimitere în anumite dispoziții din prezenta directivă a fost elaborat de către Curtea de Justiție în jurisprudența sa în legătură cu articolele 49[28] și 56[29] din TFUE și ar putea evolua în continuare. Curtea de Justiție a afirmat în*

[27] O astfel de situație ridică două tipuri de probleme:

- Standardele existente în domeniu, respectiv nivelul de raportare. Adică, pentru ca un stat să poată invoca absența calității serviciilor medicale el trebuie să indice încălcarea unor standarde minime de calitate acceptate la nivelul U.E.. Ceea ce conduce la necesitatea creării unor astfel de standarde.
- Asimetria dintre statele bogate și cele sărace din U.E. în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale, ea fiind de obicei guvernată de regula: *calitatea este direct proporțională cu resursele alocate.* Ceea ce ne conduce la următoarea situație probabilă: statele bogate (adică statele care au un nivel ridicat al calității serviciilor medicale) vor fi mult mai îndreptățite să invoce calitatea ca motiv pentru a restrânge libertatea propriilor cetățeni de a se trata în statele mai sărace, în timp ce statelor sărace nu le este accesibil un astfel de motiv. Rezultatul îl va constitui o asimetrie în circulația pacienților, respectiv nu va exista un aflux de pacienți către statele sărace din alte state membre, dar vor putea pleca pacienți către statele bogate. În cazul unor tratamente ce nu pot fi aplicate în statul membru de afiliere, diferența de cost între tratarea pacienților în propriul sistem (pentru afecțiuni similare ca nivel de dificultate) și tratarea lor în sistemele occidentale va împovăra și mai mult bugetele țărilor sărace, accentuând problemele și riscând să genereze un adevărat *cerc vicios al calității*. Acest mecanism va primi un impuls suplimentar și din partea migrației cadrelor medicale, salariile mai mari din sistemele de sănătate occidentale accentuând deficitul de competențe din statele sărace, deci contribuind continuu la scăderea calității.

[28] TFUE, *Articolul 49 În conformitate cu dispozițiile care urmează, sunt interzise restricțiile privind libertatea de stabilire a resortisanților unui stat membru pe teritoriul altui stat membru. Această interdicție vizează și restricțiile privind înființarea de agenții, sucursale sau filiale de către resortisanții unui stat membru stabiliți pe teritoriul altui stat membru. Libertatea de stabilire presupune accesul la activități independente și exercitarea acestora, precum și constituirea și administrarea întreprinderilor și, în special, a societăților în înțelesul articolului 54 al doilea paragraf, în condițiile definite pentru resortisanții proprii de legislația țării de stabilire, sub rezerva dispozițiilor capitolului privind capitalurile.*

numeroase ocazii că motive imperative de interes general pot justifica o barieră în calea principiului libertății de a presta servicii, cum ar fi cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate 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. În mod similar, Curtea de Justiție a recunoscut că obiectivul asigurării unui serviciu medical și spitalicesc echilibrat și accesibil tuturor poate face, de asemenea, obiectul uneia dintre derogările, din motive de sănătate publică, prevăzute la articolul 52[30] *din TFUE, în măsura în care contribuie la atingerea unui nivel ridicat de protecție a sănătății. De asemenea, Curtea de Justiție a stabilit că respectiva dispoziție a TFUE permite statelor membre să limiteze libera prestare a serviciilor medicale și spitalicești în măsura în care menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național este esențială pentru sănătatea publică."*

În ceea ce privește motivele de interes general reținem faptul că pot fi invocate următoarele:

- *Cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză.* Altfel spus, controlul accesului la servicii medicale de înaltă calitate, având în vedere faptul că acestea pot constitui principala atracție pentru „turismul medical".
- *Dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.* În principiu, dorința de control a costurilor ar putea fi invocată de orice stat care riscă să fie într-o situație de pierderi semnificative în noul context, diferența dintre costurile serviciilor medicale similare putând fi interpretată ca risipă de resurse financiare. În condițiile în care este vorba de suportarea unor costuri identice indiferent de statul membru în care pacientul se tratează, putem vorbi de o limitare semnificativă a acestei posibilități.
- *Obiectivul asigurării unui serviciu medical și spitalicesc echilibrat și* ***accesibil tuturor****, în măsura în care contribuie la atingerea unui nivel ridicat de protecție a sănătății, raportat la prevederile art. 52 din TFUE*. Altfel spus, dacă afluxul mare de pacienți străini riscă să afecteze capacitatea unui sistem de sănătate de a asigura serviciile medicale propriilor cetățeni, statul în cauză poate interveni cu măsuri ce pot limita accesul pacienților din alte state membre. Dacă în cazul pacienților care doresc să se trateze într-un alt stat mecanismele de acțiune sunt cele aferente autorizării prealabile, în cazul statului de destinație sunt dificil de identificat mecanismele legale de acțiune care nu riscă să afecteze libertăți fundamentale ale cetățeanului.
- *Menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național este esențială pentru sănătatea publică.* În această ipoteză, dacă „migrația pacienților" riscă să

[29] *TFUE, Articolul 56 În conformitate cu dispozițiile ce urmează, sunt interzise restricțiile privind libera prestare a serviciilor în cadrul Uniunii cu privire la resortisanții statelor membre stabiliți într-un alt stat membru decât cel al beneficiarului serviciilor. Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, pot extinde beneficiul dispozițiilor prezentului capitol la prestatorii de servicii care sunt resortisanți ai unui stat terț și sunt stabiliți în cadrul Uniunii.*

[30] *TFUE Articolul 52 (1) Prevederile prezentului capitol și măsurile adoptate în temeiul acesteia nu aduc atingere aplicării actelor cu putere de lege și actelor administrative care prevăd un regim special pentru resortisanții străini din motive de ordine publică, siguranță publică și sănătate publică.*

(2) Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, adoptă directive privind coordonarea dispozițiilor menționate anterior.

afecteze menținerea unei capacități de tratament,[31] statul membru de afiliere poate refuza acordarea autorizației prealabile pe acest motiv.

Reținem însă și posibilitatea evoluției în continuare a conceptului „motivele de interes general” prin intermediul jurisprudenței Curții, raportat la cazurile concrete ce se vor ivi după intrarea în vigoare a Directivei. De aceea, putem considera că sensul prevederilor acesteia nu este încă unul stabil în ceea ce privește gradele de libertate de care se bucură pacienții din diferitele țări ale U. E., respectiv nivelul obligațiilor statelor membre.

Sintetizând, după cum putem observa, punctele 11 și 12 tratează două perspective diferite:

a) **dreptul statului membru de afiliere la limitarea rambursării asistenței medicale transfrontaliere** pentru anumite motive, respectiv:
   a. asigurarea calității și siguranța serviciilor medicale naționale;
   b. motive imperative de interes general.

b) **dreptul statului membru de a limita accesul cetățenilor altor state UE la propriul sistem de sănătate** pentru următoarele motive imperative de interes general:
   a. planificarea care asigură acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de servicii de calitate;
   b. controlul costurilor;
   c. asigurarea serviciilor medicale echilibrate și accesibile tuturor;
   d. menţinerea capacităţii de tratament.

Ceea ce înseamnă că libera circulație a pacienților poate fi limitată/îngrădită atât de statul membru de afiliere cât și de cel în care intenționează să se facă tratamentul. Descoperirea acestor limite și buna încadrare în ele face parte din efortul necesar pentru transpunerea prevederilor Directivei în legislația națională și din strategia tuturor organismelor interesate de a-și descoperi noi oportunități.

13. *„Este clar că obligația rambursării costurilor asistenței medicale transfrontaliere ar trebui să se limiteze la asistența medicală la care persoana asigurată are dreptul în conformitate cu legislația statului membru de afiliere.”* Nivelul serviciilor medicale de care pacientul poate beneficia în propria-i țară constituie punctul de reper în ceea ce privește rambursarea costurilor pentru serviciile medicale prestate în alte state ale U. E.

În continuare, punctele 14 și 15 din Fundamentare reglementează excepțiile de la prevederile prezentei Directive, respectiv excluderile, acestea fiind următoarele:

- Serviciile de îngrijire pe termen lung furnizate:
  - La domiciliul pacienților;
  - În unitățile de asistență socială specializate;
  - În casele de îngrijire.

[31] Dacă procesul este unul de amploare, el are drept consecință afectarea capacității de tratament a unui stat prin următorul mecanism: scăderea semnificativă a adresabilităţii unui serviciu combinată cu prevalenţa principiului eficienţei şi cu interesul pentru economii financiare poate determina dispariţia serviciului respectiv.

- Accesul la organe în cadrul transplantului de organe.

Excluderea serviciilor pe termen lung poate ridica o serie de probleme izvorâte din diferențele de proceduri dintre statele membre. Spre exemplu, sistemul românesc este caracterizat de o durată de spitalizare mare și un nivel destul de redus al serviciilor adiționale de îngrijire pe termen lung. În condițiile în care acesta este considerat standardul în domeniu la nivel național, în procesul schimburilor de pacienți și servicii prilejuit de prezenta Directivă se vor ivi câteva dificultăți de „omologare" a serviciilor medicale între statele membre, având în vedere durata variabilă a acestora.

Punctele 16 și 17 stabilesc condițiile aplicabile prescripțiilor farmaceutice și de materiale sanitare adiacente asistenței medicale transfrontaliere**,** respectiv faptul că Directiva trebuie să lămurească mai multe tipuri de situații:

- Prescrierea medicamentelor și achiziționarea acestora în țara în care sunt furnizate serviciile medicale;
- Prescrierea medicamentelor în altă țară și achiziționarea acestora în statul membru de afiliere;
- Prescrierea medicamentelor în altă țară (ex. una în care pacientul beneficiază de servicii medicale) și achiziționarea acestora într-o terță țară.

Limite în care operează prevederile Directivei: încălcarea prevederilor privitoare la libera circulație

(18*) „Prezenta directivă nu ar trebui să confere nici unei persoane dreptul de intrare, ședere sau reședință într-un stat membru pentru a primi asistență medicală în statul respectiv. În cazul în care șederea unei persoane pe teritoriul unui stat membru nu respectă legislația statului membru respectiv cu privire la dreptul de intrare sau de ședere pe teritoriul acestuia, această persoană nu ar trebui considerată persoană asigurată în conformitate cu definiția prevăzută în prezenta directivă. Statele membre ar trebui să fie în continuare în măsură să specifice în legislația națională cine este considerat persoană asigurată în sensul sistemului lor public de asistență medicală și al legislației în materie de securitate socială, atâta vreme cât sunt garantate drepturile pacienților stabilite în prezenta directivă.”*

Dreptul la asistență medicală transfrontalieră este, din punctul de vedere al cetățeanului, un drept accesoriu libertății de circulație, fiind ținut de limitele celui din urmă. El nu poate fi transformat în drept principal, respectiv în drept care să motiveze stabilirea într-o țară U.E. Fiind un drept accesoriu, dreptul la asistență medicală împărtășește soarta dreptului principal: dacă dreptul la intrare sau ședere pe teritoriul unui stat este afectat, atunci și dreptul la accesarea serviciilor medicale[32] sau la rambursarea costurilor aferente acestora va fi afectat. Observăm faptul că sancțiunea este „această persoană nu ar trebui considerată asigurată”, ceea ce are următoarele efecte: persoana poate accesa serviciile medicale, însă contra cost, fără a beneficia de rambursarea costurilor și ea poate totodată accesa serviciile de urgență (echivalentul pachetului minim); eventual și acestea din urmă contra cost, deoarece pachetul minim este aferent unei persoane cu drept legal de ședere, însă care nu este asigurată. Or, în acest caz este vorba de ipoteza în care un cetățean a încălcat prevederile privitoare la intrarea, șederea sau reședința în alt stat, acel stat având dreptul la anumite sancțiuni. În cauză sunt de fapt operante două statute simultane: statutul de rezident ilegal în țara în care se află și statutul de cetățean al statului de origine. Pentru a nu exista o situație de conflict între consecințele celor două statute din perspectiva asigurărilor sociale de sănătate ar trebui ca și în statul de origine să existe prevederi clare privitoare la situația cetățenilor săi care se găsesc în astfel de situații. Fundamentarea sugerează faptul că o persoană care încalcă limitele libertății de circulație nu mai este persoană asigurată. Însă statutul de persoană asigurată este derivat în principal din statutul pe care-l are cetățeanul în propria țară. Ceea ce înseamnă că suntem în situația în care încălcarea unei prevederi legale dintr-o altă țară ar putea fi sancționată în țara de

[32] Servicii medicale corelative nivelului de servicii medicale de care ar fi avut dreptul în țara de origine. Această ipoteză este una slabă, fiind mult mai probabilă (și mai firească) situația în care pacientul poate accesa aceste servicii medicale, însă cu suportarea costurilor. Ea poate deveni o ipoteză tare în situațiile în care este operantă decontarea, deci atunci când există înțelegeri între cele două state pe acest domeniu. Chiar și în această variantă, cetățeanul ar avea aceleași drepturi precum orice cetățean neasigurat din țara în care se află. Ipoteza contrară conduce la o concluzie inacceptabilă, respectiv refuzul accesului la servicii medicale ca sancțiune pentru încălcarea prevederilor privitoare la intrare, ședere sau reședință în acel stat, putându-se considera că suntem într-o situație de încălcare a drepturilor omului.

origine; suplimentar, această sancțiune vizează un drept care, în principiu, nu poate fi afectat de sancțiuni (spre exemplu, chiar și un deținut are dreptul la asistență medicală; ceea ce înseamnă că o persoană care încalcă limitele libertății de circulație ar fi într-o situație mai proastă decât un deținut).

Altfel spus, când o persoană se află în situația de a fi încălcat limitele libertății de circulație, problema suportă următoarele perspective:

- ***Accesul la pachetul minim de servicii medicale*** – este corelativ calității de cetățean, deci, în principiu acesta nu poate fi pierdut. Se pune însă problema dacă în cazul acestui pachet (sau cel puțin a anumitor servicii din acest pachet) se aplică *principiul teritorialității*, având în vedere gradul lor de adaptare la necesitățile specifice unei țări. Altfel spus, un cetățean român (spre exemplu) poate beneficia de pachetul minim doar în condițiile în care se află pe teritoriul României? Două soluții sunt posibile:
    - **Răspunsul DA**: un cetățean român poate beneficia de pachetul minim doar în condițiile în care se află în România - conduce la ideea unei limite în ceea ce privește pachetul minim. În acest caz se pune problema influențelor Directivei asupra pachetului minim, respectiv dacă ea vizează și aceste servicii sau doar pe cele derivate din calitatea de asigurat. Pentru a ne lămuri ar trebui să vedem ce este pachetul minim de servicii medicale. În acest sens reținem faptul că acesta suportă două definiții:
        - Definirea în funcție de sursa de finanțare: pachetul minim este finanțat de către stat.[33] A nu se înțelege că tot ceea ce este finanțat de stat face parte din pachetul minim și nici că nu poate intra în pachetul minim ceva ce nu este finanțat de la bugetul de stat.
        - Definirea prin diferența specifică: pachetul minim reprezintă acel pachet de servicii de care beneficiază toți cetățenii, inclusiv cei neasigurați. Din această perspectivă vedem posibile două tipuri de situații:
            - Cetățenii asigurați – care beneficiază de efectele Directivei în acest plan, serviciile din pachetul minim fiind cumva înglobate în pachetul de bază de servicii medicale.
            - Cetățenii neasigurați – singurii pentru care problema beneficierii de pachetul minim în alt stat se pune într-un mod veridic.
    - **Răspunsul NU**, care conduce la ideea că un cetățean român are dreptul la pachetul minim și când se află pe teritoriul altui stat.

- ***Accesul la pachetul de bază de servicii medicale*** - din perspectiva Directivei nr. 24/2011 un cetățean care are dreptul la serviciile medicale din pachetul de bază din statul membru de afiliere are dreptul la aceste servicii în oricare stat al Uniunii.[34] Problema se pune

[33] Este o definiție teoretică, ce nu acoperă întotdeauna realitatea. Faptul că unele programe naționale sunt finanțate de către Casa Națională de Asigurări Sociale de Sănătate (sau au fost finanțate astfel) conduce la ideea că nu întotdeauna și nu întru totul pachetul minim este finanțat de către stat.

[34] Dreptul lui se concretizează prin faptul că are dreptul să fie primit ca pacient într-o unitate sanitară sub trei forme:

dacă în momentul în care încalcă prevederile legale privind intrarea, șederea sau reședința din statul în care ajunge pierde aceste drepturi. Textul fundamentării sugerează că **le pierde**. Însă natura drepturilor cetățeanului este mai complicată, ele fiind tot timpul opozabile statului din care provine. Interpretarea riguroasă a relațiilor dintre cetățean și statul membru de afiliere în ceea ce privește drepturile privitoare la serviciile medicale raportat la Directivă pare să sugereze următoarele: întinderea obligațiilor statului față de propriul cetățean în acest domeniu depășește teritoriul național extinzându-se la tot spațiul U.E., cu excepția situațiilor în care cetățeanul se află ilegal pe teritoriul unui stat. Chiar și în această situație obligația se păstrează, însă ea este mai curând lipsită de eficiență, neputând fi onorată (adică se suspendă onorarea ei). Altfel spus, nu vorbim de o sancțiune, ci de ineficiența unei prevederi.

Fundamentarea Directivei sugerează astfel, la acest punct, necesitatea clarificării prin legislația națională a eventualelor conflicte de interpretări, clarificări ce ar trebui aduse prin intermediul definiției asiguratului, o definiție care să acopere și situațiile create de accesul transfrontalier la serviciile medicale.

Accesul la informațiile medicale

(19) Accesul pacientului la informațiile despre normele aplicabile asistenței medicale în statul în care dorește să se trateze este esențial, Directiva construind un adevărat sistem de informare a pacientului.[35] Chiar dacă normele ce guvernează acordarea serviciilor medicale la nivelul unui stat sunt la dispoziția acelui stat, ele trebuie să îndeplinească câteva condiții esențiale în ceea ce privește informațiile:

- să ajute pacientul să facă o alegere în cunoștință de cauză;[36]
- să permită evitarea interpretărilor eronate și neînțelegerile;
- să permită stabilirea unui nivel ridicat de încredere între pacient și furnizorul de servicii medicale.

Modul general în care sunt formulate aceste ***obligații de rezultat*** permite o serie de interpretări în ceea ce privește întinderea *de facto* a obligațiilor fiecărui stat. Suplimentar, remarcăm faptul că respectarea acestor prevederi raportat la un pacient dintr-un alt stat membru necesită modificări structurale ale unui sistem sanitar, sub aparența respectului dreptului fiecărei țări la a-și organiza propriul sistem de sănătate prezenta Directivă stipulând de fapt o serie de principii și prevederi aplicabile tuturor state-

- Urgență;
- Contra cost – va beneficia în țara sa de rambursarea sumelor pe care le plătește;
- Gratuit – dacă este funcțională decontarea între state.

[35] Sistem de informare ce constituie, la rândul lui, baza pentru o colaborarea mult mai profundă în domeniul asistenței medicale la nivelul U.E.

[36] În principiu, subiecții în favoarea cărora sunt emise aceste prevederi sunt pacienții proveniți dintr-un alt stat membru. Însă deoarece nu poate fi concepută o situație mai favorabilă în acest sens pentru pacienții din alt stat membru față de pacienții din propriul stat, considerăm că toate aceste prevederi sunt aplicabile și pacienților din propriul stat, ele trebuind astfel să fie introduse în legislația națională odată cu transpunerea prevederilor Directivei.

lor.[37] Dincolo de eforturile necesare pentru depășirea barierelor lingvistice,[38] importantă este atât constituirea canalelor de informații cât și, mai ales, a standardelor de funcționare la care se referă aceste informații. Altfel spus, condițiile ce trebuie îndeplinite trebuie interpretate atât din perspectiva informațiilor necesar a fi puse la dispoziție, cât și din punctul de vedere al standardelor de funcționare pe care acestea îl prezumă.[39]

Cunoașterea normelor aplicabile, amintită la acest punct, anulează posibilitatea disjuncției actuale dintre normele legale în domeniu (exemplu: serviciile medicale de care poate beneficia, în principiu, un asigurat) și posibilitățile concrete ale sistemului. Spre exemplu, unui cetățean străin nu-i sunt opozabile (sau nu-i sunt opozabile fără consecințe) lipsurile financiare ale unităților sanitare manifestate atât prin intermediul absenței medicamentelor și materialelor sanitare necesare tratamentului cât și prin atitudinea personalului nemulțumit de nivelul de salarizare și care „protestează" cumva pe seama pacienților.

(20) Obligația de a pune la dispoziție informații pacienților din alte state aduce cu sine și obligația implicită privitoare la existența:

- *standardelor de siguranță și de calitate;*
- *informațiilor privind furnizorii de servicii medicale cărora li se aplică aceste standarde.*[40]

La rândul lor, furnizorii de servicii medicale au obligația să pună la dispoziția pacienților, la cerere, informațiile privind:

- Aspectele specifice ale serviciilor medicale pe care le oferă;
- Opțiunile de tratament.[41]

Dacă există deja o asemenea procedură funcțională de informare a pacienților, ea este aplicabilă și pacienților ce provin din alte state membre.

Prin decizia statului, obligația oferirii acestor informații poate fi transferată instituțiilor statului sau asiguratorilor.[42] Însă chiar și în acest caz trebuie să existe procedurile corespunzătoare la nivelul furnizorilor de servicii medicale.

---

[37] Aproape de fiecare dată obligația de diligență (în locul celei de rezultat) trimite în cadrul Directivei la măsuri concrete pe care fiecare stat trebuie să le ia în raport cu propriul său sistem sanitar.

[38] Și ele parte a modificărilor ce trebuie făcute din perspectiva acestei Directive.

[39] Iarăși, libertatea statului de a-și organiza conform propriilor norme activitatea sanitară este limitată de obligația de-a crea standarde minime de funcționare și mecanisme transparente.

[40] Singurul sistem care ar putea satisface cel puțin o parte din cerințele de standardizare și certificare a calității și siguranței, îl constituie acreditarea unităților sanitare de către CoNAS. Însă și procedura acreditării este la momentul actual deficitară, ea trebuind completată prin intermediul introducerii obligativității acreditării pentru toate unitățile sanitare, prin introducerea unor efecte în plan juridic și financiar ca efect al rezultatului evaluării, prin adaptarea standardelor de acreditare a unităților sanitare la cele existente la nivel internațional, prin eliminarea suspiciunilor de lipsă a obiectivității în cazul unora din vizitele de evaluare etc. Suplimentar, este necesară verificarea modalității de așezare a procedurilor de evaluare și monitorizare (monitorizarea fiind absentă în procesul acreditării și menținerii acesteia) raportat la cele două dimensiuni: *standardele de siguranță* și *standardele de calitate*.

[41] Spre exemplu, opțiunile de tratament necesită o modalitate de standardizare la nivelul fiecărei unități sanitare, realizabilă în principiu prin intermediul protocoalelor de practică.

Obligațiile privitoare la calitatea serviciilor medicale

(21) a. *În concluziile sale, Consiliul a recunoscut că* ***există un ansamblu de valori și principii comune, valabile în întreaga Uniune, cu privire la modul în care sistemele de sănătate răspund nevoilor populației și ale pacienților pe care îi deservesc****. 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.*[43](s.n.)

Aceste valori trebuie respectate (și) în ceea ce privește pacienții și cetățenii din alte state membre, aceștia trebuind să beneficieze de un tratament echitabil, orientat mai curând în funcție de necesitățile acestora în materie de asistență medicală decât în funcție de statul de apartenență.[44] În acest sens, statele membre trebuie să respecte următoarele principii:

- principiul liberei circulații a persoanelor în cadrul pieței interne;
- principiul nediscriminării, printre altele cu privire la naționalitate;
- principiul necesității și al proporționalității oricăror restricții cu privire la libera circulație.[45]

Limitarea restricțiilor nu trebuie interpretată însă în sensul creării unor obligații care ar conduce la agravarea situației din sistemul sanitar al unui stat în sensul diminuării considerabile a capacității acestuia de acordare a serviciilor medicale. Spre exemplu, furnizorii de servicii medicale nu pot fi obligați să accepte furnizarea tratamentului planificat pacienților provenind din alte state membre sau să acorde prioritate acestora în detrimentul altor pacienți, de exemplu prin prelungirea termenului de așteptare pentru tratamentul acordat altor pacienți.[46]

Dacă fluxurile de pacienți creează o cerere ce depășește capacitățile existente într-un stat membru pentru un anumit tip de tratament, statul membru poate invoca motivele de sănătate publică pentru a lua măsuri de limitare a acelor fluxuri, în conformitate cu articolele 52 și 62 din TFUE.[47] Posibilitățile

---

[42] Dacă sistemul va păstra actuala structură de organizare, principalii actori în culegerea și oferirea informațiilor de acest gen ar trebui să fie Casa Națională de Asigurări de Sănătate și Ministerul Sănătății. Lor li se adaugă CoNAS, ca instituție însărcinată cu monitorizarea respectării de către unitățile sanitare a unor standarde de sănătate. Organismele profesionale ar trebui să facă și ele parte din acest sistem al oferirii informațiilor relevante pentru pacienții străini, în măsura în care statul le-a cedat atribuții în acest domeniu.

[43] Am reluat aceste prevederi, expuse deja în prima secțiune din această parte a studiului, din cauza importanței acestora și a afectelor multiple pe care le au în planuri diferite, respectiv în planul politicilor de sănătate ale unui stat și din perspectiva introducerii unor standarde minime de calitate ale serviciilor medicale.

[44] Ar trebui deslușit în ce măsură asistăm la acest punct la o excepție de la *principiul nivelului de servicii din statul de origine* la care are dreptul un pacient care se tratează într-un alt stat. Interpretarea pe care o dăm este aceea că respectarea acestui principiu regulator în ceea ce privește rambursarea/decontarea serviciilor medicale nu trebuie să afecteze necesitățile concrete de servicii medicale ale pacientului.

[45] Am putea interpreta acest principiu în sensul unor limitări ale restricțiilor privitoare la libera circulație având ca temei protecția propriilor sisteme de sănătate.

[46] Pentru acele tipuri de servicii medicale pentru care un stat are liste de așteptare, în principiu, pacienții dintr-un alt stat nu pot accede la înscrierea pe acele liste deoarece asta ar putea conduce la afectarea cetățenilor din statul respectiv.

[47] TFUE, Articolul 62 (Secțiunea Serviciile)
Dispozițiile articolelor 51–54 se aplică domeniului reglementat de prezentul capitol. (N.a. Este vorba de conectarea libertății de circulație a serviciilor cu cea de circulație a cetățenilor.)
(Cap. 2, **Dreptul de stabilire**)

de intervenție sunt însă limitate de obligația respectării prevederilor Regulamentului (CE) nr. 883/2004 al Parlamentului European și al Consiliului din 29 aprilie 2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială. Reținem astfel prezumția de afectare a calității serviciilor medicale dintr-un stat în cazul în care se ivesc fluxuri mari de pacienți către acel stat.

(22) *„Ar trebui depuse eforturi sistematice și continue pentru a asigura îmbunătățirea standardelor de calitate și siguranță în conformitate cu concluziile Consiliului și ținând seama de progresele înregistrate în știința medicală internațională și de bunele practici medicale recunoscute la nivel general, precum și de noile tehnologii din domeniul sănătății*."

Raportat la acest punct două întrebări sunt fundamentale: 1) Este vorba de o obligație de diligență sau de una de rezultat? 2) Această obligație este aplicabilă în mod unitar tuturor statelor membre? Răspunsul la aceste întrebări poate fi furnizat de o interpretate sistematică a Directivei (și, suplimentar, a TFUE). În principiu, considerăm că statele membre au cel puțin o obligație de diligență[48] în ceea ce privește stabilirea unor standarde de calitate ale serviciilor medicale. Chiar dacă Directiva pare a sugera că ea are caracter obligatoriu din perspectiva raporturilor cu cetățenii/pacienți proveniți din alte state membre, numeroasele prevederi privitoare la egalitatea de tratament (aplicabilă în raporturile dintre pacienții din propriul stat și cei proveniți din alt stat membru) conduc la concluzia că ele trebuie considerate obligații în raport cu toți pacienții. Ceea ce ne conduce la concluzia că **Directiva 24/2011 stabilește cel puțin obligații de diligență în ceea ce privește fixarea unor standarde de calitate a serviciilor medicale prestate în sistemul sanitar românesc.** Concluzia este cu atât mai mult justificată dacă acceptăm ipoteza unor diferențe în minus față de alte state în privința calității.

Articolul 51 Sunt exceptate de la aplicarea dispozițiilor prezentului capitol, în ceea ce privește statul membru interesat, activitățile care sunt asociate în acest stat, chiar și cu titlu ocazional, exercitării autorității publice.
Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, pot excepta anumite activități de la aplicarea dispozițiilor prezentului capitol.
Articolul 52
(1) Prevederile prezentului capitol și măsurile adoptate în temeiul acesteia nu aduc atingere aplicării actelor cu putere de lege și actelor administrative care prevăd un regim special pentru resortisanții străini din motive de ordine publică, siguranță publică și sănătate publică.
(2) Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, adoptă directive privind coordonarea dispozițiilor menționate anterior.
Articolul 53
(1) În vederea facilitării accesului la activitățile independente și a exercitării acestora, Parlamentul European și Consiliul, hotărând în conformitate cu procedura legislativă ordinară, adoptă directivele privind recunoașterea reciprocă a diplomelor, certificatelor și a altor titluri oficiale de calificare, precum și privind coordonarea actelor cu putere de lege și a actelor administrative ale statelor membre cu privire la accesul la activitățile independente și la exercitarea acestora.
(2) În ceea ce privește profesiile medicale, paramedicale și farmaceutice, eliminarea treptată a restricțiilor este subordonată coordonării condițiilor de exercitare a acestora în diferitele state membre.
Articolul 54
Societățile constituite în conformitate cu legislația unui stat membru și având sediul social, administrația centrală sau locul principal de desfășurare a activității în cadrul Uniunii sunt asimilate, în aplicarea prezentei subsecțiuni, persoanelor fizice resortisante ale statelor membre.
Prin societăți se înțeleg societățile constituite în conformitate cu dispozițiile legislației civile sau comerciale, inclusiv societățile cooperative și alte persoane juridice de drept public sau privat, cu excepția celor fără scop lucrativ.

[48] Rămâne să stabilim dacă putem identifica prevederi care stabilesc obligații de rezultat în acest domeniu. Motiv pentru care formula „au cel puțin o obligație de diligență" are, deocamdată, un caracter provizoriu.

Modificarea de paradigmă în abordarea malpraxisului ca efect al Directivei

(23) Directiva stabilește necesitatea existenței unor *„obligații comune clare în ceea ce privește mecanismele de intervenție în cazul unui prejudiciu rezultat în urma asistenței medicale, pentru a evita ca lipsa de încredere în mecanismele respective să constituie un obstacol în calea solicitării asistenței medicale transfrontaliere.”* Considerăm că asta înseamnă obligația instituirii unor mecanisme de cooperare între state inclusiv în ceea ce privește asigurările de malpraxis/despăgubiri în caz de prejudicii, atât din partea personalului cât și din partea unităților sanitare. Suplimentar, este luată în considerare posibilitatea instituirii unui sistem de protecție și despăgubire centrat pe pacient, care să suplimenteze pe cele centrate pe furnizorii de servicii medicale.

(24) „Statele membre ar trebui să se asigure că sunt instituite, pentru asistența medicală acordată pe teritoriul lor, mecanisme pentru protecția pacienților și pentru repararea daunelor în cazul unui prejudiciu și că aceste mecanisme sunt adecvate naturii și amplorii riscului. Cu toate acestea, ar trebui să rămână la latitudinea statului membru să determine natura și modalitățile de funcționare ale unor astfel de mecanisme.”

Dacă vom considera că asigurările de malpraxis acoperă aspectul de „reparare a daunelor aduse pacienților în caz de prejudiciu”,[49] constatăm că ele trebuie să îndeplinească cel puțin două condiții esențiale:

- să conțină mecanisme pentru repararea daunelor în cazul unui prejudiciu;
- aceste mecanisme să fie adecvate naturii și amplorii riscului.

Acest aspect este deosebit de important din perspectiva unei viitoare legi a malpraxisului, care ar trebui să acopere riscurile și eventualele despăgubiri aferente raportat atât la pacienții români cât și la pacienții străini. Ceea ce înseamnă, spre exemplu, că despăgubirile de care poate beneficia un pacient trebuie raportate la nivelul despăgubirilor din U.E.[50] În discuție sunt atât plafoanele aferente înțelegerii părților cât și cele stabilite prin intermediul instanțelor. O interpretare contrară ne-ar conduce la o situație paradoxală, în care doi pacienți tratați în aceeași unitate, de același medic/asistent medical, și care au suferit același prejudiciu, ar beneficia la despăgubiri diferite, stabilite în funcție de statul de origine al pacientului, ceea ce exprimă o discriminare inacceptabilă.

În ceea ce privește ***mecanismele de protecție a pacienților***, altele decât cele ce țin de domeniul malpraxisului, situația este cu atât mai complicată cu cât includem în această categorie mai multe instanțe/proceduri. Spre exemplu, dacă vom considera că *Ghidurile de practică medicală* fac parte din me-

[49] Formularea necesită o analiză atentă deoarece considerăm că este vorba doar de o aparentă tautologie. Literatura de specialitate consacră o diferență de esență între sistemul malpraxisului și sistemul despăgubirii pacienților în caz de prejudicii, Directive sugerând mai curând necesitatea celui de-al doilea sistem.

[50] Estimăm însă că impactul asupra salariaților pe care-l are introducerea unor mecanisme și nivele de despăgubire comparabile cu alte state membre poate fi unul deosebit de negativ datorită creșterii exponențiale a primelor de asigurare. În acest sens, considerăm oportună o formulă de „co-asigurare”, costul primelor de asigurare urmând a fi împărțit între angajat și angajator. Remarcăm aici faptul că orientarea reformei către creșterea gradului de liberalizare a exercitării profesiilor medicale ascunde de fapt și o astfel de pasare a responsabilităților și costurilor suplimentare determinate de prevederile Directivei către salariați. Motiv pentru care considerăm sistemul despăgubirii pacienților în caz de prejudicii mult mai adecvat la intențiile Directivei și la realităților românești decât cel al malpraxisului.

canismele de protecție a pacienților,[51] ajungem la concluzia că acestea sunt supuse unui mecanism de adaptare la forme echivalente din alte state ale U.E. Toate acestea constituie nivelurile de referință, modalitatea de atingere a lor fiind la latitudinea statelor membre.

În contextul general al malpraxisului considerăm urgentă schimbarea de paradigmă prin trecerea de la „modelul Acarul Păun" la constatarea erorilor sistemului, respectiv trecerea la sistemul despăgubirilor în caz de prejudiciu. Credem că este relevant din acest punct de vedere și sistemul de evaluare a personalului, care la ora actuală întreține un paradox: salariați cu evaluări excelente acuzați de malpraxis. Din punctul nostru de vedere aceștia pot invoca cu succes erorile de sistem drept cauză în situațiile de malpraxis.

Ipoteza plafonării prin lege a cuantumului despăgubirilor acordate în caz de malpraxis, existentă în proiectul de lege propus de Ministerul Sănătății, pentru a menține un cost suportabil pentru angajați a asigurării de malpraxis, este problematică deoarece odată cu aplicarea Directivei nr. 24/2011 cuantumul despăgubirilor trebuie să se raporteze la echivalentul lor din Uniunea Europeană.

Protecția datelor cu caracter personal

(25) Din perspectiva protecției datelor cu caracter personal raportate la asistența medicală transfrontalieră sunt relevante trei dimensiuni esențiale:

a) asistența medicală transfrontalieră este posibilă doar în contextul accesului transfrontalier la datele personale din partea instituțiilor și unităților sanitare;

b) nou cadru trebuie să asigure respectarea dreptului *„persoanelor fizice de a avea acces la propriile date cu caracter personal privind starea lor de sănătate, de exemplu datele din dosarele lor medicale care conțin informații precum diagnostice, rezultate ale examinărilor, evaluări realizate de medicii curanți și orice alt tratament sau alte intervenții realizate";*

c) necesitatea creării unor proceduri sigure de protecție a datelor personale, care să respecte drepturile fundamentale în domeniu.

După cum se poate observa, este vorba atât de extinderea cadrului de accesarea și prelucrarea a datelor personale,[52] inclusiv la nivelul U.E., cât și de creșterea gradului de acces al pacienților la propriile date personale. Din perspectiva accesului pacienților la datele personale, este evidentă necesitatea creării unei proceduri specifice de acces la propriile date privind starea de sănătate, nota de fundamentare dând ca exemple: datele din dosarele medicale care conțin informații precum diagnostice, rezultate ale examinărilor, evaluări realizate de medicii curanți și orice alt tratament sau alte intervenții realizate. Ca-

[51] Chiar dacă Ghidurile de practică medicală par a proteja mai curând interesele asiguratorilor, fiind orientate împotriva costurilor excesive ale serviciilor medicale (uneori chiar cu riscul afectării bunei vindecări a pacienților), considerăm că ele au și o importantă dimensiune de protecție a pacienților prin intermediul aspectului de standard minim de tratament.

[52] Ceea ce presupune crearea unor standarde în domeniu și respectarea lor de fiecare stat membru. Asta implică, spre exemplu, compatibilizarea programelor de prelucrare a datelor cu caracter personal, pentru a se putea asigura astfel interoperabilitatea.

racterul de exemplu sugerează posibilitatea introducerii unui acces exhaustiv al pacientului la propriile date cu caracter personal.[53]

În cazul României, este evidentă necesitatea creării mai întâi a unor proceduri de stocare a acestor date și apoi crearea procedurilor de acces, pentru a putea vorbi de-o armonizare legislativă eficientă, din acest punct de vedere, la prevederile Directivei. Introducerea acestor mecanisme de transparentizare va avea ca efect, odată cu creșterea gradului de încredere (acolo unde este cazul), și sporirea cazurilor de malpraxis care ajung în fața instanțelor, unitățile sanitare și instituțiile medicale (inclusiv cele profesionale) nemaiputând îngreuna accesul la datele personale ce vizează starea de sănătate și tratamentul pacienților prin intermediul procedurilor proprii, fiind eliminată astfel opozabilitatea lor către pacient. În măsura în care libertatea accesului pacientului la propriile informații medicale va fi realizată în mod efectiv vom asista la o adevărată „revoluție” în abordarea malpraxisului, ale cărei efecte asupra unităților medicale și salariaților pot fi întrucâtva compensate prin introducerea unui sistem eficient de asigurări de malpraxis[54] sau, de preferat, prin introducerea unui sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudiciu.

[53] La limită, el poate să includă accesul la criteriile de diagnostic și metoda de alegere a procedurii de tratament, aspecte care țin mai degrabă de Ghidurile și protocoalele de practică.
[54] Este motivul pentru care o nouă lege a malpraxisului este pe agenda Ministerului Sănătății, anticipându-se astfel o parte din problemele viitoare ale sistemului.

Analiza prevederilor Directivei

Obiectivele și principiile Directivei

Principalul obiectiv al Directivei nr. 24/2011 este acela de *a permite* ***libertatea de a furniza servicii medicale pentru pacienți,*** textul acesteia concentrându-se pe ***înlăturarea obstacolelor nejustificate din calea acestei libertăți fundamentale*** *în cadrul statului membru de afiliere al pacientului.* Cu alte cuvinte, Directiva este fundamentată pe libera circulație a serviciilor în interiorului Uniunii Europene.

Chiar dacă într-un mod secundar, Directiva este totuși fundamentată și pe libera circulație a cetățenilor în statele membre U.E.[55] Combinația dintre libertatea de circulație a serviciilor medicale, libertatea de circulație a cetățenilor/lucrătorilor și prevederile Directivei conduce la nașterea *libertății de circulație a pacienților*, aflată în plin proces de definire. Chiar dacă suficient de limitată pentru a isca dubii asupra oportunității utilizării acestei formule în calitate de principiu U.E., *libertatea de circulație a pacienților* capătă prin intermediul Directivei câteva dimensiuni importante, suficiente pentru a anticipa posibilitatea ca în viitor această libertatea să fie conturată mult mai amplu, în special prin intermediul hotărârilor Curții.

Dintr-o altă perspectivă, putem considera că Directiva are drept temă condițiile acordării serviciilor medicale pacientului dintr-un stat membru de afiliere în alt stat membru, completând cadrul juridic preexistent în domeniul medicinii de urgență și al prevederilor privind coordonarea sistemelor sociale.

În conformitate cu prevederile art. 4, alin. 1, medicina transfrontalieră trebuie să țină cont de cadrul general al **principiilor universalității**, **accesului la îngrijiri de bună calitate**, **echității** și **solidarității**. Așa cum aminteam și la analiza fundamentării, putem considera că Directiva consacră aceste principii la nivelul U.E.. În consecință, în cadrul obligației de transpunere în legislația națională a prevederilor Directivei este necesară luarea în considerare a acestor principii de organizare a sistemelor naționale de sănătate în ceea ce privește dimensiunea lor socială.

Ipotezele de lucru ale Directivei

Directiva operează cu două ipoteze diferite în ceea ce privește accesul unui cetățean dintr-un stat membru la serviciile medicale dintr-un alt stat membru:

- situația cetățeanului dintr-un stat membru de afiliere aflat pe teritoriul altui stat membru și care accesează serviciile medicale din acel stat;
- situația cetățeanului dintr-un stat membru de afiliere care dorește să se trateze în alt stat membru și:
    - solicită o autorizarea prealabilă în acest sens;
    - accesează servicii medicale pentru care nu are nevoie de-o autorizare prealabilă;
    - se tratează în alt stat membru în condițiile în care:

[55] Dintr-o perspectivă extrem de critică am putea spune că intențiile Directivei sunt legate mai curând de libera circulație a lucrătorilor, dorind să acorde o formă de sprijin acesteia prin intermediul sistemelor de sănătate.

- autorizarea prealabilă i-a fost refuzată, dar el consideră că avea dreptul la aceasta;
- autorizarea prealabilă a întârziat.

În ceea ce privește motivele apelării la medicina transfrontalieră, din perspectiva Directivei dorința unui cetățean dintr-un stat al Uniunii Europene de a se trata în alt stat membru poate fi determinată de:

- faptul că tratamentul nu-i poate fi acordat la timp datorită listelor mari de așteptare;[56]
- diferențele dintre state în ceea ce privește serviciile medicale;
- situațiile în care membrii de familie se află într-un alt stat membru;

I. Responsabilitățile statului membru în care se efectuează tratamentul

În principiu, în ceea ce privește responsabilitate, putem spune că se aplică legislația, standardele și orientările de calitate și siguranță ale statului membru în care se efectuează tratamentul, însă cu luarea în considerare a prevederilor U.E. în domeniu, inclusiv a condițiilor stipulate în Directivă. Indicăm în continuare cele mai importante condiționări:

Constituirea sistemului și a standardelor privind informațiile ce trebuie furnizate și condițiile ce trebuie îndeplinite:

a) Constituirea și funcționarea punctelor naționale de contact (PNC):

- Publicarea datelor de contact și a denumirilor acestora;
- PNC –urile furnizează pacienților, la cerere, datele de contact ale punctelor naționale de contact din alte state membre;
- Acestea trebuie să se consulte cu:[57]
  - Organizațiile de pacienți
  - Furnizorii de servicii medicale
  - Asigurătorii de sănătate
- Furnizează pacienților din alte state membre următoarele categorii de informații:
  - privind furnizorii de servicii medicale
    - Incluzând dreptul sau restricțiile de a furniza anumite servicii medicale sau desfășurarea activității lor profesionale
  - privind standardele și orientările privind calitatea și siguranța serviciilor medicale;
  - privind drepturile pacienților;
  - procedurile referitoare la plângeri;
  - mecanismele de reparare a daunelor;

[56] În acest sens, Directiva asigură un debușeu pentru cetățeni în vederea acordării serviciilor medicale sau o măsură prin intermediul căreia statele se pot sprijini reciproc în acest domeniu. De observat faptul că sentințele Curții au fost date în special pentru astfel de cazuri.

[57] Putem deduce că obiectul acestor consultări îl reprezintă ansamblul drepturilor și obligațiilor pe care părțile le au în cadrul general al medicinii transfrontaliere.

- opțiunile juridice și administrative disponibile privind soluționarea litigiilor;
- dispozițiile relevante privind supravegherea și evaluarea furnizorilor de servicii medicale și furnizorii care intră sub incidența acestor standarde;
- accesibilitatea spitalelor pentru persoanele cu handicap.

b) **Informațiile pe care trebuie să le ofere furnizorii de servicii medicale**:[58]

a. Informații pertinente pentru a ajuta pacienții individuali să ia o decizie în cunoștință de cauză, incluzând:
   - Opțiunile de tratament;
   - Disponibilitatea, calitatea și siguranța asistenței medicale pe care o furnizează;
   - Facturi clare;
   - Informații clare privind prețurile;
   - Autorizarea sau înregistrarea;
   - Sistemul asigurărilor privind răspunderea profesională aplicat, vizând:
     1. Răspunderea individuală
     2. Răspunderea colectivă.

Dacă furnizorii de servicii medicale oferă deja pacienților informații relevante pe această temă, Directiva nu obligă furnizorii de servicii medicale să ofere informații mai ample. *Per a contrario*, în situația în care aceste informații nu sunt deja oferite, trebuie să luăm în considerare următoarele consecințe:

- Statul membru trebuie să introducă obligativitatea acestora prin intermediul legislației ce transpune prevederile Directivei. Dacă el nu procedează la aceste modificări legislative pacienții afectați în aceste drepturi ale lor sau datorită netranspunerii acestora au o acțiune directă împotriva statului, indiferent de tipul furnizorului de servici medicale.
- Furnizorilor publici le sunt aplicabile prevederile Directivei chiar în situația în care acestea nu sunt prevăzute în legislația națională, datorită calității lor de instituții/organizații/unități ale statului.

c) Statul membru trebuie să se asigure că:

- există proceduri transparente pentru depunerea de plângeri;
- există mecanisme prin intermediul cărora pacienții pot solicita repararea daunelor dacă aceștia suferă prejudicii;
- există sisteme de asigurării de răspundere profesională (sau echivalent) adecvate naturii și amplorii riscului;
- sistemele de gestionare a informațiilor cu caracter personal satisfac standardele europene privind protecția datelor cu caracter personal;
- pacienții au dreptul la dosarul medical al tratamentului de care au beneficiat și au acces cel puțin la o copie a acestuia;
- este aplicat principiul nediscriminării în funcție de naționalitate față de toți pacienții proveniți din statele membre;
- furnizorii de pe teritoriul lor aplică pacienților din alte state membre:

[58] Indicăm aici informațiile pe care furnizorii de servicii medicale trebuie să le ofere pacienților în mod direct, informații care se adaugă celor pe care furnizorii trebuie să le ofere punctelor naționale de contact.

- aceeași gamă de onorarii precum cele aplicate pacienților autohtoni dacă există situații medicale comparabile;
- cer un preț calculat în conformitate cu criterii obiective și nediscriminatorii dacă nu există prețuri pentru servicii medicale comparabile.

Restricționarea accesului la serviciile sale medicale pentru cetățenii din alte state membre

În condițiile în care principiul nediscriminării cetățenilor altui stat membru tinde să sugereze accesul egal la serviciile medicale indiferent de statul membru de afiliere și indiferent de statul membru în care sunt furnizate serviciile medicale, se naște următoarea întrebare: Există limite în ceea ce privește libera circulație a pacienților? Altfel spus, care este dimensiunea acestei libertăți? Este clar că, în ceea ce privește rambursarea costurilor aferente serviciilor medicale de care un cetățean a beneficiat într-un alt stat membru, există niște limite și ele vor fi tratate cu atenție în momentul în care ne ocupăm de autorizarea prealabilă și condițiile conexe. Rămâne însă de lămurit dacă statul membru în care se face tratamentul poate limita accesul la serviciile medicale pentru cetățenii dintr-un alt stat membru și condițiile în care poate face acest lucru.

Art. 4, alin. 3 paragraful al doilea din Directivă prevede condițiile în care un stat membru poate îngrădi accesul cetățenilor din alt stat membru la serviciile medicale proprii, chiar dacă ele sunt cumva mascate de formula discret evazivă a *posibilității statului membru de tratament… de a adopta măsuri privind accesul la tratament menite să îndeplinească responsabilitatea sa fundamentală de a asigura acces suficient și permanent la asistență medicală pe teritoriul său.* Deci, în principiu, un stat membru poate restricționa accesul la serviciile sale medicale pentru pacienții din alte state membre, însă numai în anumite situații. De formularea și întinderea acestor condiții depinde mărimea libertății pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat membru.

Un stat membru de tratament poate restricționa accesul la serviciile sale medicale pentru cetățenii din alte state membre atunci când *acest lucru este justificat de următoarele motive imperative de interes general:*

- *cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză;*
- *dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane;*
- dorința *de a adopta măsuri privind accesul la tratament menite să îndeplinească responsabilitatea sa fundamentală de a asigura acces suficient și permanent la asistență medicală pe teritoriul său.*

Aceste măsuri de restricționare a accesului au următoarele limite:

- *se limitează la ceea ce este necesar și proporțional;*

- *nu pot constitui un mijloc de discriminare arbitrară;*
- *sunt făcute publice în prealabil.*

Statul membru are libertatea să-și stabilească propriile prețuri, cu condiția să nu discrimineze pacienții din alte state membre.

Statului membru îi sunt aplicabile prevederile proprii privind utilizarea limbilor în instituțiile/organizațiile sale. Totuși, dacă dorește, poate alege să furnizeze informațiile și în alte limbi.[59]

Câteva perspective critice

Sensul *libertății pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat membru*

Considerăm că *libertatea pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat membru* are un statut mai delicat, fiind în bună măsură parte a *libertății de circulație a pacienților* și depășindu-i totodată, întrucâtva, conținutul. Astfel, *libertatea pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat membru* este parte a libertății de circulație a pacienților în sensul intenționat de Directivă în momentul în care costurile aferente serviciilor medicale sunt cuprinse într-unul din mecanismele următoare: rambursare, decontare în contextul Directivei sau beneficiază de mecanismele aferente prevederilor specifice coordonării sistemelor sociale. Libertatea pacienților de a accesa serviciile medicale dintr-un alt stat excede sensul dat de Directivă liberei circulații a pacienților în momentul în care costurile serviciilor medicale sunt suportate de pacient sau prin alte formule decât sistemele de asigurări sociale de sănătate/sistemele sociale (incluzând formula asigurărilor private de sănătate). De altfel, în condițiile în care un pacient nu primește autorizarea prealabilă sau nu o primește în timp util dar accesează serviciile medicale dintr-un alt stat membru urmând ca ulterior să încerce rambursarea costurilor prin intermediul instanței, în ipoteza în care va avea câștig de cauză, el are pentru un anumit interval un statut incert în ceea ce privește situația sa juridică din perspectiva sensului social al libertății de circulație a pacienților. Situația este aplicabilă și în cazul în care nivelul rambursării este sub nivelul costurilor serviciilor medicale, în ceea ce privește diferența de cost suportată de pacient.

Prin intermediul aceste abordări încercăm să sugerăm că limitele în care se efectuează tratamentul, stabilite de statul membru, dau de fapt seama de cea mai importantă limitare a libertății circulației pacienților în sensul tare al acesteia, perspectivele sociale ale acestei libertăți, chiar dacă deosebit de importante în contextul acestei Directive, căzând într-un plan secundar.

Limitele libertății unui stat membru de a restricționa accesul la serviciile medicale pentru cetățenii din alt stat membru

În principiu, formularea situațiilor în care un stat membru poate introduce restricții ale libertății de accesare a serviciilor medicale este suficient de generală pentru a considera că aici poate intra aproape orice. Dacă vom corela acest aspect cu faptul că Directiva nu anticipează nașterea unor fluxuri

[59] Complianța lingvistică a furnizorilor de servicii medicale va constitui o variabilă foarte importantă din perspectiva fluxului de pacienți. Unitățile sanitare care aplică o strategie de pregătire a personalului în acest domeniu, corelată cu o selecție strategică a limbilor, ar putea avea un avantaj competitiv.

mari de pacienți ca urmare a aplicării prevederilor ei, atunci aceste norme trebuie cu atât mai mult interpretate în sensul unei mari libertăți a statelor membre de a introduce restricții.

În același timp însă considerăm că trebuie luată în considerare și influența altor variabile. Cea mai importantă contribuție o au hotărârile Curții, care vor defini în continuare sensul acestor prevederi odată cu intrarea lor în vigoare/transpunerea lor în legislațiile statelor membre.

Importantă în acest sens este și decizia politică, în condițiile în care introducerea unor restricții severe poate afecta libertatea de circulație a cetățenilor. Analiza efectelor unor astfel de politici trebuie întreprinsă în cadrul general al strategiilor privind combaterea declinului demografic, care afectează într-o măsură considerabilă în special statele occidentale. Dacă ne raportăm la politicile oficiale și la strategiile informale, putem constata încurajarea migrației lucrătorilor, pe care o practică o bună parte din statele occidentale, ea fiind coerentă mai curând cu o politică mai relaxată în domeniul condițiilor de acces.

II. Responsabilitățile statului membru de afiliere

Obligațiile de informare a pacienților

Obligațiile de informare trebuie privite în contextul ansamblului informațiilor oferite de satele membre pacienților conform Directivei, responsabilitățile statului membru de afiliere fiind complementare cu cele ale statului membru de tratament. Având în vedere faptul că responsabilitățile statului membru de tratament le-am discutat într-o secțiune anterioară, completăm tabloul general al informațiilor ce trebuie oferite pacienților cu cele oferite de statul membru de afiliere.

Statul membru de afiliere trebuie să se asigure că există mecanisme care să furnizeze pacienților, la cererea acestora, informații referitoare la asistența medicală transfrontalieră, în special privitoare la:

- Rambursarea costurilor serviciilor medicale efectuate în alt stat membru:
    - Condițiile de rambursare a costurilor;
    - Procedurile de evaluare și stabilire a dreptului de rambursare;
    - Căile de apel în cazul în care pacienții consideră că drepturile nu le-au fost respectate;
    - Asigurarea informării diferențiate în ceea ce privește drepturile la tratament izvorâte în baza Directivei și a celor ce-și au izvorul în alte prevederi;
- Asigurarea monitorizării medicale a pacienților tratați în alt stat membru;
- Pacienții care beneficiază de tratament într-un alt stat membru au acces la distanță la dosarele lor medicale sau primesc o copie a acestora.

Rambursarea costurilor serviciilor medicale

Rambursarea costurilor serviciilor medicale de care un cetățean a beneficiat într-un alt stat membru constituie cea mai importantă obligație a statelor membre de afiliere, de situația acesteia depinzând libera circulație a pacienților, în sensul social avut în vedere de Directivă.

Rambursarea costurilor medicale este guvernată de câteva reguli:

- Rambursarea presupune faptul că un pacient care se tratează într-un alt stat membru își suportă mai întâi costurile serviciilor medicale și apoi solicită rambursarea acestora în statul membru de afiliere.
- Rambursarea se face la nivelul la care pacientul are dreptul în statul membru de afiliere și doar pentru serviciile medicale la care acesta are dreptul în cadrul propriului sistem social de sănătate/sistem de asigurări sociale de sănătate.
- Pentru o bună parte din cazuri rambursarea este condiționată de obținerea unei autorizații prealabile pentru a efectua tratamentul în alt stat membru, autorizație dată de statul membru de afiliere.
- Rambursarea se poate face cel mult până la nivelul costurilor efective ale serviciilor medicale.

Deoarece rambursarea sumelor aferente tratamentului în alt stat membru al U.E. se face la nivelul costurilor din țara de origine, avantajul financiar rezultat din diferența de costuri poate deveni un scop, determinând dezvoltarea unor acțiuni specifice. În acest sens sunt posibile două situații:

a. Nivelul de decontare al serviciilor medicale din statul membru de afiliere este mai mic decât cel din statul în care pacientul s-a tratat – pacientul suportă diferența de preț;
b. Nivelul de decontare al serviciilor medicale din statul membru de afiliere este mai are decât cel din statul în care pacientul s-a tratat – statul membru de afiliere rambursează costurile medicale la nivelul la care acestea au fost facturate, adică la un nivel mai mic decât l-ar costa același tratament efectuat de propriul sistem de sănătate. Această variantă este evident avantajoasă pentru statul membru de afiliere, acesta putând dezvolta o politică orientată către „exportul de pacienți” ce poate merge până la eliminarea autorizării prealabile și chiar până la stimularea migrației propriilor pacienți.[60]

Autorizarea prealabilă

Deoarece *autorizarea prealabilă* reprezintă cea mai importantă instituție prevăzută de Directivă raportat la libertatea de circulație a pacienților, ea definind cea mai importantă limită, respectiv cea stabilită de statul membru de afiliere, abordăm problema acesteia într-o manieră mai amplă.

Hotărârile Curții în domeniul autorizării prealabile

Directiva invocă, într-o formă rezumativă, hotărârile Curții în favoarea introducerii autorizării prealabile, acestea indicând fundamentele dreptului statelor de a decide în acest sens. Redăm în continuare textul așa cum este prezentat el în Directivă, subliniind aspectele pe care le considerăm deosebit de relevante:

*(40) În conformitate cu jurisprudența constantă a Curții de Justiție, statele membre **pot supune unei autorizări prealabile** suportarea costurilor de către sistemul național pentru asistența spitalicească acordată în alt stat membru. Curtea de Justiție a hotărât că această **cerință** este atât **necesară,** cât **și rezonabilă**, întrucât numărul spitalelor, distribuirea geografică și modul de organizare al acestora, echipamentele cu care sunt dotate și chiar natura serviciilor medicale pe care sunt în măsură să le ofere reprezintă aspecte pentru **care trebuie să fie posibilă o planificare**, în general concepută **pentru a satisface diferite nevoi**. Curtea de Justiție a hotărât că o astfel de **planificare** încearcă să **asigure existența unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente spitalicești de înaltă calitate în statul membru vizat**. În plus, aceas-*

[60] Se naște întrebarea dacă o astfel de atitudine poate dăuna statului/statelor în care se efectuează tratamentul? Pentru a răspunde la această întrebare considerăm că trebuie să operăm cu două ipoteze diferite:

a) Costurile cu serviciile medicale mai mici din alt stat membru sunt determinate de eficiența deosebită a sistemului și/sau de costurile mai mici cu forța de muncă – statul în care se efectuează tratamentul nu înregistrează pierderi;
b) Costurile cu serviciile medicale mai mici din alt stat membru sunt artificiale, determinate fie de o subestimare a costurilor (care se decontează în final pe seama furnizorilor de servicii medicale, a pacienților etc.) fie de forme diverse de subvenționare a costurilor – statul în care se efectuează tratamentul are de pierdut.

ta vine în întâmpinarea dorinței de a ***controla costurile*** *și a* ***preveni,*** *pe cât posibil,* ***orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane****. Potrivit Curții de Justiție, o astfel de risipă ar crea prejudicii cu atât mai mari, fiind în general recunoscut că sectorul asistenței spitalicești generează costuri considerabile și că acesta trebuie să satisfacă nevoi în creștere, în timp ce resursele financiare puse la dispoziție pentru asistența medicală nu sunt nelimitate, oricare ar fi modul de finanțare aplicat.*(s.n.)

Reluând într-o formă sintetică, putem constata că:

- introducerea autorizării prealabile este o posibilitate a statelor membre (*per a contrario,* ar însemna că nu este o obligația a acestora);
- autorizarea prealabilă este o cerință necesară și rezonabilă (ceea ce anulează caracterul de posibilitate, transformând autorizarea prealabilă într-un instrument necesar[61]);
- necesitatea autorizării prealabile este fundamentată în special:
    - pe nevoia de planificare a sistemelor de sănătate;
    - pe necesitatea de a controla costurile;
    - pe nevoia de a preveni în limitele posibilului risipa de resurse financiare, tehnice și umane.[62]
- nevoia de planificare este bazată pe necesitatea ca sistemele de sănătate să asigure un acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente spitalicești de înaltă calitate în statul membru vizat;[63]

În același timp însă (44) *În conformitate cu jurisprudența constantă a Curții de Justiție criteriile pentru acordarea sau refuzul autorizării prealabile ar trebui* ***să se limiteze la ceea ce este necesar și proporțional*** *din perspectiva acestor motive imperative de interes general.*

Din perspectiva jurisprudenței Curții de Justiție a Uniunii Europene, în principiu, autorizarea prealabilă nu ar trebuie să împiedice acordarea în alt stat a serviciilor medicale de care pacientul ar fi beneficiat oricum în statul membru de afiliere. Referindu-se la acest aspect în fundamentarea prevederilor sale Directiva menționează: *„suportarea de către sistemul obligatoriu de securitate socială sau de către sistemul național de sănătate a costurilor asistenței medicale acordate în alt stat membru sub rezerva unei autorizări prealabile constituie o limitare a liberei circulații a serviciilor. Prin urmare, ca regulă generală, statul membru de afiliere nu ar trebui să supună autorizării prealabile suportarea costurilor asisten-*

[61] Directiva are un aspect de ambiguitate în mai multe părți ale sale, părând a conține numeroase prevederi contradictorii. În ceea ce privește caracterul autorizării prealabile raportat la statele membre, respectiv balansul între *posibilitate* și *necesitate*, prevederile Directivei tind să acopere o gamă foarte largă de interese, fără însă a le putea satisface întru totul. Raportat la textul citat, Directiva ia în considerare hotărârile Curții, reluând unele sentințe cu un caracter contrar. Unii autori sugerează că acest comportament la Curții, respectiv revenirea la unele din hotărârile anterioare, dă seama de faptul că sistemul juridic al U.E., generat în special de caracterul obligatoriu al hotărârilor Curții care tinde să creeze uneori drept, nu are întru totul caracterul dreptului anglo-saxon, revenirea la deciziile anterioare indicând în acest caz apropierea de sistemul juridic franco-german.

[62] Toate acestea constituie argumente ce fundamentează introducerea autorizării prealabile, precum și criteriile necesare împreună cu procedura de soluționare a cererilor pe această temă.

[63] Altfel spus, autorizarea prealabilă protejează interesele cetățenilor-pacienți care doresc să se trateze în statul membru de afiliere, având în acest caz rolul de a contribui la menținerea propriului sistem de sănătate.

ței medicale acordate în alt stat membru în condițiile în care costurile asistenței respective ar fi fost suportate de către sistemul său obligatoriu de securitate socială sau de sistemul național de sănătate, în cazul în care aceasta ar fi fost acordată pe teritoriul propriu.” (38) După cum se poate observa, din momentul în care statul/sistemul de asigurări sociale ar deconta/rambursa/plăti oricum, la același cost, serviciile medicale, rambursarea acestora în cazul în care sunt acordate în străinătate nu modifică situația din perspectiva costurilor aferente. Această evaluare are caracterul de principiu fundamental în arhitectura Directivei, stabilindu-i cadrul general de aplicare. Ceea ce înseamnă că autorizarea prealabilă are mai curând caracterul de excepție, situațiile în care este aplicabilă trebuind să fie clar delimitate.

Precizările directivei

Textul directivei indică faptul că trebuie să rămână la latitudinea statelor membre să decidă dacă este necesară introducerea unui sistem de autorizare prealabilă. Statele care decid introducerea autorizării prealabile trebuie să facă următoarele demersuri:

- să creeze o întreagă procedură (sau sistem) în cadrul căreia/căruia:
- să identifice asistența medicală care necesită autorizare prealabilă în contextul sistemului propriu,
    - în conformitate cu criteriile definite de directivă;
    - având în vedere jurisprudența Curții de Justiție.
- să pună la dispoziția publicului, anticipat, informațiile cu privire la asistența medicală care necesită autorizare prealabilă.

În principiu, condițiile în care cetățeanul poate beneficia de asistență medicală în statul membru de afiliere sunt aplicabile și în ceea ce privește dreptul acestuia de a se trata într-un alt stat membru. Astfel, pot exista condiții generale, criterii de eligibilitate și formalități de reglementare și administrative privind primirea de asistență medicală și rambursarea costurilor asistenței medicale. Directiva dă câteva exemple de astfel de condiții:

- cerința de a consulta un medic generalist înainte de a consulta un specialist sau înainte de a beneficia de asistență spitalicească;[64]

[64] Se pune problema ce se întâmplă în situația în care statul membru în care se efectuează tratamentul nu are aceste condiții? În principiu, o astfel de situație pare a fi exclusă de cadrul juridic creat de prezenta Directivă, ea având ca subiect libera circulație a pacienților (de fapt, libera circulație a serviciilor, ce are în acest caz un impact semnificativ asupra circulației pacienților). Altfel spus, pentru a putea fi accesat cadrul juridic al prezentei directive (evident, în special *via* prevederilor din legislația națională care transpun stipulațiile acestei directive) un cetățean trebuie să aibă calitatea de pacient, ceea ce înseamnă că trebuie să fie mai întâi diagnosticat. Având în vedere această ipoteză/condiție pare rezonabil să considerăm că, în principiu, diagnosticarea se face (ori cel puțin este declanșată) în statul de origine (statul membru de afiliere). Or, stabilirii diagnosticului îi sunt aplicabile procedurile și traseele administrative naționale. Ceea ce are drept rezultat faptul că un cetățean nu poate accesa, spre exemplu, în mod direct serviciile medicale dintr-un alt stat, depășind toate filtrele/condiționările administrative anterioare. Deoarece procedura autorizării prealabile necesită în mod obligatoriu existența unui diagnostic, deci dovedirea calității de pacient, problema se pune în special pentru tratamentele care exced procedura autorizării prealabile, adică cele pentru care autorizarea prealabilă nu este necesară. Dacă ne gândim, spre exemplu, la prescrierea ochelarilor, este evident faptul că aceasta trebuie făcută în cadrul administrativ național (recomandare de la medi-

- o evaluare de către un cadru medical sau un administrator de servicii medicale care furnizează servicii sistemului obligatoriu de securitate socială cum ar fi medicul generalist sau medicul primar la care pacientul este înregistrat;

Limitele acestor condiții impuse pentru accesarea sistemului social de sănătate sunt date de măsura în care respectivele condiții sunt:

- *necesare;*
- *proporționale cu obiectivul urmărit;*
- *nu au un caracter discreționar sau discriminatoriu.*

Pentru exemplele date evaluarea trebuie introdusă doar dacă acest lucru este necesar pentru determinarea dreptului individual al pacientului la asistență medicală.

Aceste limite se aplică, simultan, la accesarea serviciilor medicale furnizate în cadrul sistemelor naționale publice/sociale de sănătate și la accesarea serviciilor medicale dintr-un alt stat membru. Sunt deosebit de importante două constatări:

- obiectivele Directivei pot fi atinse doar în condițiile în care sistemele naționale sociale/publice de sănătate respectă anumite criterii. Ceea ce înseamnă că prevederile Directivei creează inclusiv unele reguli de funcționare pentru sistemele naționale de sănătate.
- Condițiile de accesare a serviciilor medicale dintr-un alt stat și limitele acestora au în vedere condițiile din statul membru de afiliere, „ponderate" însă de limitele stabilite prin Directivă.

Având în vedere atât condiționările cât și limitările, **considerăm necesare două demersuri în momentul transpunerii prevederilor Directivei în legislația națională:**

a) Introducerea unei proceduri naționale de stabilire a condițiilor de acces la serviciile medicale care să includă:
   - mecanismele de stabilire a condițiilor necesare;[65]
   - asigurarea proporționalității dintre restricții și obiectivul urmărit (ceea ce înseamnă că pentru fiecare restricție trebuie indicat obiectivul care-i corespunde);
   - crearea criteriilor clare de decizie și a unor instanțe ierarhice de decizie și soluționare a contestațiilor (pentru a elimina riscul comportamentului discreționar);
   - evitarea situațiilor de discriminare.
b) Preluarea procedurii naționale ca parte a procedurii autorizării prealabile pentru cererile de servicii medicale acordate într-un alt stat membru.

Pentru accesarea serviciilor medicale naționale și a celor dintr-un alt stat membru este necesară stabilirea unor criterii pe baza cărora trebuie luată deciziile pentru fiecare din pacienți. Criteriile utilizate trebuie:

- *să fie aplicate în mod obiectiv, transparent și nediscriminatoriu;*

---

cul de familie, consult la un specialist din cadrul sistemului de asigurării sociale) pentru ca pacientul să poată beneficia de rambursare costurilor.

[65] În cea mai mare parte este vorba de restricții determinate de finanțare.

- *să fie cunoscute în prealabil;*
- *să se bazeze în primul rând pe circumstanțele medicale;*
- *să nu impună sarcini suplimentare pacienților care doresc să beneficieze de asistență medicală într-un alt stat membru în comparație cu pacienții tratați în statul membru de afiliere al acestora;*[66]
- *deciziile să fie luate cu celeritate.*

Așa cum aminteam, faptul că Directiva se referă simultan la sistemele naționale de sănătate și la condițiile ce trebuie îndeplinite pentru libera circulație a pacienților/serviciilor medicale, creează un anumit set de obligații pentru sistemele naționale de sănătate pe care și România este ținută să le respecte prin introducerea unor prevederi legale specifice. Altfel spus, conformitatea la prevederile directivei include crearea unui anumit cadru juridic aplicabil serviciilor medicale acordate în sistemul public/de asigurări sociale de sănătate din România, în opinia noastră el trebuind să se situeze în primele obiective ale reformei sistemului de sănătate. Putem considera că Directiva prezumă faptul că absența criteriilor de acces la serviciile medicale publice/sociale naționale și faptul că aceste criterii, în măsura în care există, nu respectă condițiile enunțate, constituie o îngrădire a libertății de acordarea a serviciilor medicale/de circulație a pacienților. Altfel spus, conformitatea la prevederile Directivei presupune câteva modificări structurale esențiale pentru sistemul sanitar românesc.[67]

Față de aceste criterii aplicabile la nivel național, statele membre sunt libere să introducă și criterii și condiții suplimentare pentru autorizarea prealabilă în cazul pacienților care doresc să beneficieze de asistență medicală în statul membru de afiliere al acestora. Acestea însă trebuie să respecte și ele condițiile amintite anterior, la care se adaugă, după cum vom vedea, alte restricții. Altfel spus, statul membru de afiliere poate restricționa accesul propriilor cetățeni la serviciile medicale dintr-un alt stat membru, însă numai în anumite condiții bine precizate și îndeplinind, suplimentar, obligația ca accesul la serviciile medicale sociale/publice naționale să îndeplinească la rândul său aceste condiții. Ceea ce înseamnă că înțelegerea autorizării prealabile ca instituție juridică depinde într-un mod decisiv de stabilirea condițiilor în care aceasta poate fi utilizată și introducerea lor în cadrul normativ național.

Având în vedere faptul că sunt obstacolele în calea liberei circulații a serviciilor medicale, criteriile aferente acordării autorizării prealabile ar trebui să fie justificate din perspectiva motivelor imperative de interes general, cum ar fi:

- cerințele de planificare referitoare la asigurarea unui acces suficient și permanent la o gamă echilibrată de tratamente de înaltă calitate în statul membru în cauză;
- dorința de a controla costurile și de a evita, pe cât posibil, orice risipă de resurse financiare, tehnice și umane.

[66] De înțelesul pe care Curtea îl va da acestei propoziții depinde într-o măsură considerabilă libera circulație a pacienților.

[67] Observațiile noastre se bazează atât pe constatarea puținătății unor astfel de criterii cât și prezumția nerespectării condițiilor enunțate în cazul criteriilor existente, în sistemul sanitar românesc. Analiza fiecărui criteriu poate releva o multitudine de cazuri (unele din ele de notorietate) în care aceste condiții nu sunt respectate.

În acest sens trebuie luate în considerare exemplele de motive indicate de Curtea de Justiție:

- riscul de a submina în mod grav echilibrul financiar al unui sistem de securitate socială;
- obiectivul menținerii din motive de sănătate publică a unor servicii medicale și spitalicești echilibrate deschise tuturor;
- obiectivul menținerii capacității de tratament sau a competenței medicale pe teritoriul național, esențiale pentru sănătatea publică și chiar pentru supraviețuirea populației;
- principiul general al asigurării siguranței pacientului.

Având în vedere *că impactul asupra sistemelor naționale de sănătate cauzat de mobilitatea pacienților ar putea varia între statele membre sau între regiunile dintr-un stat membru, în funcție de factori cum ar fi poziția geografică, barierele lingvistice, localizarea spitalelor în regiuni de frontieră sau mărimea populației și a bugetului destinat asistenței medicale,*(44) rămâne la *latitudinea statelor membre stabilirea unor criterii pentru refuzul autorizării prealabile care să fie necesare și proporționale în contextul specific respectiv, ținând seama și de asistența medicală care intră sub incidența sistemului de autorizare prealabilă, deoarece anumite tratamente cu un caracter foarte specializat vor fi mai ușor afectate decât altele, chiar și de un flux limitat de pacienți.* Libertatea statelor membre de a stabili criterii include posibilitatea ca acestea să fie diferențiate raportat la diferitele regiuni, județe sau alte forme de organizarea administrativă relevante din punctul de vedere al organizării sistemului sanitar și chiar din cel al posibilității de a furniza anumite tratamente. Este evidentă necesitatea unei proceduri speciale, care să țină cont de mai multe aspecte. Considerăm că sarcina probei existenței situațiilor care justifică refuzul acordării autorizației prealabile revine statului, cetățeanul neputând fi obligat să demonstreze lipsa influențelor de acest gen.

Alte condiții pe care trebuie să le îndeplinească autorizarea prealabilă și mecanismele adiacente, inclusiv rambursarea costurilor:

- pacienții să beneficieze de garanții de obiectivitate, nediscriminare și transparență;
- deciziile:
  - trebuie luate în timp util, rezonabil
  - trebuie să ia în considerare:
    - principiile generale;
    - circumstanțele fiecărui caz în parte;
  - trebuie luate într-un termen scurt, dacă o impune caracterul urgent al tratamentului.

În situațiile în care statul membru de reședință refuză autorizarea prealabilă pe motivul impactului financiar, considerăm că acest gest are două consecințe:

- Statului îi revine sarcina probei;
- Se pune problema modalității în care drepturile cetățenilor sunt respectate având în vedere că:
  - Cetățeanul trebuie să aibă acces la un serviciu inclus în listă/garantat în funcție de nevoile sale;
  - Cetățeanului nu-i sunt opozabile disfuncționalitățile sistemului sau strategiile de imagine de tipul dreptului la un pachet de servicii medicale care nu poate fi asigurat în mod practic.

Decontarea/rambursarea costurilor în situația introducerii autorizării prealabile

Dacă regula în materie de rambursare a costurilor serviciilor medicale transfrontaliere o reprezintă raportarea la costul serviciului medical din statul membru de afiliere, în cazul existenței autorizării prealabile se adaugă câteva prevederi suplimentare.

- Se menține regula generală: costurile trebuie *să fie rambursate de către statul membru de afiliere până la nivelul costurilor care ar fi fost acoperite în cazul în care aceeași asistență medicală ar fi fost acordată în statul membru de afiliere, fără a se depăși costurile efective ale asistenței medicale primite.* (46)
- În situațiile în care reglementările U.E. privind coordonarea sistemelor sociale sunt aplicabile, autorizarea prealabilă trebuie acordată iar decontarea se face la nivelul costurilor sau conform înțelegerii dintre state. Excepție face situația în care pacientul optează pentru cadrul creat de Directiva nr. 24/2011, renunțând astfel la prevederi mai favorabile.[68]
- În situația în care statul refuză acordarea autorizației prealabile în primă instanță, pacientul urmează totuși tratamentul într-un alt stat membru iar cererea de autorizare este aprobată în urma unei reexaminări administrative[69] sau judiciare a cererii, rambursarea costurilor medicale se face la nivelul de cost al acestora.[70]

Directiva sugerează posibilitatea combinării rambursării cheltuielilor pentru serviciile de sănătate cu cele legate de diferite aspecte sociale, în special în cazul costurilor suplimentare suportate de o persoană cu handicap. De altfel, problematica specifică acestor cazuri este una mult mai complicată, în fapt fiind incidente și prevederile privind egalitatea de șanse și combaterea discriminării.[71]

Limitele autorizării prealabile

După cum am putut observa, instituția autorizării prealabile este una generatoare de limite în calea liberei circulații a pacienților. Dacă puterea de decizie a statelor membre în acest domeniu ar fi nelimitată atunci nu s-ar mai putea vorbi de libera circulație a pacienților, dreptul de circulație fiind mai curând unul conjunctural. De altfel, trebuie să ne amintim faptul că Directiva a luat naștere în special în urma mai multor hotărâri ale Curții care au recunoscut dreptul cetățenilor dintr-un stat membru la ram-

[68] Instituțiile statului sunt obligate să informeze pacientul despre această situație.

[69] Reținem astfel necesitatea unei instituții ierarhic superioare, căreia i se poate adresa plângerea împotriva deciziei de respingere a autorizării prealabile dată de instituția din prima linie. Ceea ce înseamnă că sunt aplicabile procedurile specifice contenciosului administrativ.

[70] Redăm formula din Directivă, pct. 46, ultima frază din fundamentare: *Astfel se respectă jurisprudența Curții de Justiție, care a precizat că pacienții cărora li s-a refuzat autorizarea prealabilă pe baza unor motive care s-au dovedit ulterior nefondate au dreptul la rambursarea integrală a costului tratamentului obținut într-un alt stat membru, conform dispozițiilor legislației statului membru în care se efectuează tratamentul.*

[71] Estimăm că odată cu intrarea în vigoare a Directivei se va dezvolta și o întreagă cazuistică pe această temă.

bursarea costurilor serviciilor medicale efectuate în alt stat, în anumite condiții specifice.[72] Criteriile pentru acordarea sau refuzul autorizării prealabile ar trebui să se limiteze la **ceea ce este necesar** și **proporțional** din perspectiva motivelor imperative de interes general.

Situația este foarte complexă. Spre exemplu, în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale, diferențele de la un stat la altul (care pot fi semnificative, dacă ținem cont de faptul că nivelul de finanțare al sistemului este o variabilă importantă pentru calitatea serviciilor medicale) pot influența acestea condițiile de acordare a autorizării prealabile? În acest context se ivesc câteva întrebări: Care este raportul dintre interesele generale ce pot fi invocate de către un stat membru pentru a interzice autorizarea prealabilă și interesul direct al pacienților privind propria sănătate? Pot fi opuse interesele de ordin general celor personale, ale unor pacienți care pot fi uneori să se afle în situații ce le pun viața în pericol? Este necesară crearea unor standarde europene în domeniu? Diferențele mari de la un stat la altul pot fi abordate din perspectiva nerespectării drepturilor omului?

Analiza limitelor libertății statului de a recurge la autorizarea prealabilă trebuie să pornească de la reamintirea a două din obiectivele fundamentale ale Directivei:

- *de a permite **libertatea de a furniza servicii medicale pentru pacienți,***
- ***înlăturarea obstacolelor nejustificate din calea acestei libertăți fundamentale** în cadrul statului membru de afiliere al pacientului.*

După cum se poate lesne observa, ambele obiectivă exprimă limite ale autorizării prealabile, primul făcând trimitere la scopul concret al Directivei, respectiv de a permite ***libertatea de a furniza servicii medicale pentru pacienți,*** ce poate fi înțeleasă și sub forma liberii circulații a pacienților, iar cel de-al doilea indicând faptul că autorizarea prealabilă poate lua în considerare doar motive justificate, fiecare motiv de respingere fiind un obstacol în calea libertății de a furniza servicii medicale. Această a doua parte arată faptul că motivele de refuz a autorizării prealabile trebuie să fie suficient de puternice pentru justifica limitarea acestei libertăți fundamentale.

În principiu, punctul de referință pentru serviciile de care un cetățean poate beneficia într-un alt stat îl constituie nivelul prestațiilor la care are dreptul pacientul în țara sa/statul membru de afiliere. Cum acest lucru este mai greu de pus în practică în condițiile unor diferențe semnificative între metodele de tratament, Directiva ia în considerare și cazurile limită. În acest sens ea operează cu două concepte esențiale, *prestațiile medicale* și *tipurile* sau *metodele de tratament*, fără ca acestea să beneficieze de o definiție explicită. Chiar dacă stabilirea dreptului pacientului la prestațiile medicale într-un alt stat pornește de la un nivel minim reprezentat de ***nivelul prestațiilor*** din țara de origine/statul membru de afiliere, Directiva admite posibilitatea unor diferențe de tratament care, în principiu, ar trebui „omologate". Acest proces de „omologare" trebuie să facă subiectul autorizării prealabile; motiv pentru care considerăm că procedura de autorizare prealabilă trebuie să includă și criterii de analiză și mecanisme procedurale specifice acestei „omologări".

[72] Din acest punct de vedere Directiva este un exemplu de acțiune cetățenească ce are drept rezultat modificarea legislației.

De asemenea, cadrul legal specific autorizării prealabile trebuie să introducă precizări și în ceea ce privește includerea sau nu a posibilității de a rambursa costurile serviciilor medicale dincolo de limitele la care acestea sunt decontate în România. Aceste prevederi sunt foarte importante dacă luăm în considerare situația în care autorizarea prealabilă este solicitată pentru servicii medicale care nu pot fi acordate în țară,[73] deoarece în aceste situații este vorba de o limitare a dreptului pacientului la tratament medical de către modul în care este gestionat sistemul de sănătate. Discuțiile devin și mai complicate dacă încercăm să stabilim un nivel de raportare, un standard al serviciilor medicale/tratamentelor ce ar trebui acordate pentru diferitele afecțiuni.[74] Putem spune în acest sens că Directiva instituie un drept al cetățeanului la cel mai bun tratament din Uniune? În definitiv, esența dreptului la circulație al pacienților aduce inevitabil în discuție problema motivelor pentru care pacienții ar apela la servicii medicale într-un alt stat, pe primul loc situându-se intenția de a beneficia de cel mai bun tratament posibil ca principal motiv.[75] Asta ar însemna că putem considera performanța și eficiența tratamentului drept un standard din punctul de vedere al Directivei.

Refuzul de a acorda autorizare prealabilă nu poate să se bazeze pe motivul că pe teritoriul național există liste de așteptare menite să permită planificarea și gestionarea acordării de asistență spitalicească, pe baza unor priorități clinice generale prestabilite, fără a efectua o evaluare medicală obiectivă.

În situația în care statul membru decide să aplice criterii diferențiate la nivel regional sau al altei forme de organizare administrativă ori medicală este obligat să creeze un *sistem transparent și ușor accesibil, iar criteriile sunt în prealabil puse la dispoziția publicului.* (44)

În principiu, în situația în care un pacient ce are dreptul la asistență medicală nu poate beneficia de serviciile medicale necesare într-un *termen justificat din punct de vedere medical*, statul membru ar trebui să fie obligat să acorde autorizația prealabilă. După cum putem observa, conceptul cheie îl reprezintă *termenul justificat din punct de vedere medical*, el dând seama de una din modalitățile negative de îndreptățire a pacientului la tratamentul în al stat membru, motivată de riscurile pe care le reprezintă întârzierea tratamentului medical. Este evident faptul că acest concept va necesita un travaliu juridico-administrativ atent, inclusiv prin prevederea termenelor de tratament justificate din punct de vedere

[73] Această ipoteză ridică în mod evident problema condițiilor în care cetățenii pot primi autorizarea prealabilă. Două situații diferite pot fi sesizate aici: serviciile medicale care nu pot fi acordate în România datorită lipsei specialiștilor și solicitarea pacientului determinată de diferențele de calitate între serviciile medicale sau de alte criterii.

[74] Aici legiuitorul român se află într-o adevărată dilemă în ceea ce privește modalitate de definire a prestațiilor la care cetățenii au dreptul. Dacă definirea se face pe tipuri de afecțiuni ce beneficiază de tratament se pune în mod evident problema unor tratamente mai eficiente în alte state. Dacă definirea se face pe tipuri de tratament respectiv proceduri terapeutice se pune problema unor excluderi inadecvate. Având în vedere diferența pe care Directiva o face între *prestații* și *metodele de tratament*, considerăm că definirea pachetului de bază ar trebui făcută pe tipuri de afecțiuni.

[75] Evident, se adaugă atât motivele ce țin de tehnicile terapeutice (durere, durată de vindecare, sechele etc.) cât și motive personale (apropierea de familie, confort etc.).

medical în ghidurile de practică medicală și în alte documente de acest tip. Această prevedere este cu atât mai importantă cu cât disfuncționalitățile unui sistem medical sunt mai mari.[76]

Pentru stabilirea întinderii autorizație prealabile sunt deosebit de relevante hotărârile Curții în ceea ce privește limitele autorizării prealabile. Spre exemplu, în cauza C 157/99 Geraets-Smits și Peerbooms (2011) Curtea a stabilit că autorizarea prealabilă ar putea fi justificată de considerente ce țin de stabilitatea sistemului social național, însă refuzul autorizării nu poate fi unul arbitrar, ci trebuie să fie condiționat de **existența unui tratament cu aceleași rezultate și în timp util** din punct de vedere medical în țara de origine.

[76] Mai ales în condițiile în care disfuncționalitățile tind să afecteze sănătatea pacienților prin faptul că serviciile medicale nu-i pot fi acordate în *termenele justificate din punct de vedere medical.* În același timp însă, ne rețin atenția o serie întreagă de excluderi, respectiv:

- tot ceea ce nu se încadrează în termenul justificat din punct de vedere medical;
- situațiile în care asistența transfrontalieră poate expune pacientul sau publicul larg la un risc care prevalează asupra interesului pacientului de a beneficia de asistența medicală transfrontalieră dorită. Întinderea efectelor depinde de înțelesul pe care-l capătă riscul în acest caz.

Alte prevederi ale Directivei

Statele membre sunt obligate la asistență reciprocă și cooperare cel puțin în ceea ce privește:

- Punerea în aplicare a prevederilor Directivei;
- Standardele și orientările privind calitatea și siguranța;[77]
- Schimbul de informații privitor la:
  - Informațiile obligatorii stabilite de Directivă;
  - Dreptul de practică al cadrelor medicale (prin Sistemul de informare al pieții interne - Directiva 49/2008).
- Acordarea asistenței medicale transfrontaliere la nivel regional și local.

Cooperarea poate constitui obiectul unor acorduri, Comisia încurajând statele membre să le încheie.

Recunoașterea prescripțiilor medicale eliberate într-un alt stat membru[78]

Pentru ca prescripțiile eliberate într-un stat membru să fie recunoscute în alt stat membru este necesar ca:

- Medicamentul să fie autorizat pentru introducerea pe piață în ambele state;
- Prescripția să nu facă obiectului unor restricții.

Restricțiile privind recunoașterea prescripțiilor individuale pot fi introduse numai cu respectarea următoarelor condiții:

a) Generale:
   - Se limitează la ceea ce este necesar și proporțional pentru protejarea sănătății umane;
   - Sunt nediscriminatorii.

b) Particulare:
   - Se bazează pe îndoieli legitime și justificate legate de următoarele caracteristici ale prescripției:[79]
     - Autenticitatea
     - Conținutul
     - Claritatea.

[77] Acesta este unul din argumentele fundamentale în favoarea constituirii unui grup de lucru la nivelul Comisiei pe tema armonizării standardelor de acreditare a unităților sanitare.

[78] Pentru informațiile complete privind procedurile aplicabile a se vedea Directiva 2012/52/UE a Comisiei din 20 decembrie 2012 de stabilire a unor măsuri pentru facilitarea recunoașterii prescripțiilor medicale emise în alt stat membru.

[79] Având în vedere aceste condiții este evidentă necesitatea introducerii prescripțiilor electronice în România sau cel puțin trecerea la un format standardizat, ce exclude scrierea manuală (evident, exceptând semnătura). Pentru a putea verifica îndeplinirea acestor condiții este necesară constituirea unei baze de date cu toți profesioniștii care au dreptul la prescripții medicale (și tipul de prescripții la care are dreptul fiecare din ei), accesibilă la nivelul U.E. Suplimentar, sistemul informatic trebuie să permită verificarea fiecărei prescripții și la emițătorul ei; altfel spus, fiecare profesionist cu drept de practică medicală și de prescripție ar trebui să aibă propria bază de date cu prescripțiile eliberate, accesibilă pe canalele informatice specializate la nivelul U.E.

Recunoașterea prescripțiilor nu anulează reglementările naționale speciale în domeniul anumitor medicamente sau dreptul farmacistului de a refuza, pe temeiuri etice, eliberarea unei prescripții, dacă el are dreptul legal de refuz.

Prevederile aplicabile prescripțiilor medicale se aplică și dispozitivelor medicale.

Rețelele europene de referință

Comisia sprijin statele membre în vederea dezvoltării rețelelor europene de referință.[80] Acestea pot fi constituite între furnizorii de servicii medicale și centrele de expertiză din statele membre, în special în domeniul bolilor rare. Criteriile și condițiile specifice pe care trebuie să le îndeplinească furnizorii de servicii medicale care doresc să facă parte din aceste rețele vor fi elaborate de Comisei. Directiva menționează câteva din criteriile și condițiile pe care trebuie să le îndeplinească rețelele de referință:[81]

- *dispun de cunoștințe și expertiză pentru a diagnostica, monitoriza și gestiona pacienții, după caz, cu rezultate pozitive dovedite;*
- *urmează o abordare multidisciplinară;*
- *oferă un nivel ridicat de expertiză și dispun de capacitatea de a elabora orientări în materie de bune practici și de a pune în aplicare măsuri îndreptate spre rezultate și controlul calității;*
- *contribuie la cercetare;*
- *organizează activități de educare și formare; și*
- *colaborează strâns cu alte centre și rețele de expertiză la nivel național și internațional.*[82]

Pentru a putea fi organizată o rețea de referință sprijinită de Comisie aceasta trebuie să asume cel puțin trei din următoarele obiective:

- *să contribuie la atingerea potențialului cooperării europene în materie de asistență medicală de înaltă specializare destinată pacienților și sistemelor de asistență medicală, prin exploatarea inovațiilor din știința medicală și a tehnologiilor din domeniul sănătății;*
- *să contribuie la utilizarea în comun a cunoștințelor referitoare la prevenirea îmbolnăvirilor;*
- *să faciliteze îmbunătățirea diagnosticării și furnizării de asistență medicală de înaltă calitate, accesibilă și eficientă din punct de vedere al costurilor pentru toți pacienții a căror situație medicală necesită o concentrare deosebită de expertiză în domenii medicale în care expertiza este rară;*
- *să maximizeze utilizarea rentabilă a resurselor prin concentrarea acestora acolo unde sunt necesare;*
- *să consolideze cercetarea, supravegherea epidemiologică, cum ar fi întocmirea de registre, și asigurarea formării cadrelor medicale;*

[80] Una din formele de materializare a acestui sprijin o constituie crearea unor linii de finanțare în cadrul fondurilor U.E. specifice acestor activități.

[81] Pornind de la aceste criterii putem deduce o mare parte din criteriile ce vor trebui îndeplinite de furnizorii de servicii medicale.

[82] Art. 12, alin. 4, lit. a) din Directivă.

- *să faciliteze mobilitatea virtuală sau fizică a expertizei și dezvoltarea, comunicarea și răspândirea de informații, cunoștințe și bune practici și, în special, să stimuleze dezvoltarea diagnosticării și tratamentului bolilor rare, în cadrul și în afara rețelelor;*
- *să încurajeze elaborarea unor criterii de referință în materie de calitate și de siguranță și să acorde sprijin pentru dezvoltarea și răspândirea celor mai bune practici în cadrul și în exteriorul rețelei;*
- *să ajute statele membre care au un număr insuficient de pacienți cu o anumită situație medicală sau cărora le lipsește tehnologia sau expertiza pentru a furniza servicii foarte specializate de înaltă calitate.*[83]

Bolile rare

Comisia sprijină cooperarea statelor membre în domeniul dezvoltării capacităților de diagnostic și tratament a bolilor rare în special în următoarele direcții:

- sporirea gradului de informare a cadrelor medicale în ceea ce privește instrumentele existente la nivelul Uniunii, centrată pe:
    - asistență în vederea diagnosticării corecte a bolilor rare;
        - în special prin baza de date Orphanet;
    - existența rețelele europene de referință;
- sporirea gradului de informare a:
        - pacienților;
        - cadrelor medicale;
        - organismele responsabile de finanțarea asistenței medicale.
- privitor la posibilitățile oferite de Regulamentul (CE) nr. 883/2004 de a trimite pentru diagnostic și tratament în statele membre pacienții care suferă de boli rare chiar și pentru diagnosticare și tratamente ce nu sunt disponibile în statul membru de afiliere.[84]

Constituirea și funcționarea rețelei de e-sănătate

Uniunea sprijină constituirea rețelei de e-sănătate la nivelul Uniunii. Aceasta are rolul de a conecta între ele autoritățile naționale responsabile de e-sănătate desemnate de statele membre.[85] Dintre obiectivele acestei rețele amintim:

[83] Art. 12, alin. 2 din Directivă.

[84] Observăm aici că ceea ce am putea considera drept un *blind spot* din punctul de vedere al posibilităților de diagnosticare ale unui stat intră în sfera de preocupări a Comisiei, existând posibilitatea de a urma proceduri de diagnostic și tratament în alte state. Pentru ca aceste posibilități să fie aplicabile considerăm necesară introducerea unor proceduri riguroase de identificare a unor astfel de cazuri care presupun declinarea de competență a specialiștilor/furnizorilor de servicii medicale din România.

[85] Deducem de aici necesitatea constituirii unei asemenea autorități pentru România, care ar trebui să aibă un caracter strategic, integrând rețelele de comunicare existente și contribuind la implementarea unor noi soluții ce țin de domeniul e-health. În mod evident, Comisia încurajează această direcție de dezvoltare atât la nivelul parteneriatelor dintre state cât și la nivel național. De altfel, analiza orientării fondurilor alocate de Comisie pentru sănătate relevă faptul că un procent semnificativ din acestea sunt destinate proiectelor e-health.

- Elaborarea unei liste de date (neexhaustivă) are urmează a fi incluse în fișele electronice ale pacienților;
- Identificarea metodelor eficiente de a utiliza informațiile medicale.
- Sprijinirea statelor membre pentru identificarea, autentificarea și facilitarea transferului de informații în cadrul asistenței medicale transfrontaliere.

Această rețea ar trebui să asigure și canalul de transmitere a informațiilor necesare pentru aplicabilitatea prevederilor privitoare la medicina transfrontalieră, în lipsa acesteia statele membre fiind nevoite să dezvolte acorduri bilaterale prin intermediul cărora să conecteze punctele naționale de informare între ele. Având în vedere complexitatea măsurile ce trebuie luate pentru a crea sistemul de informare suport pentru Directivă, considerăm că implementarea acestuia va fi semnificativ întârziată raportat la data stabilită pentru intrarea în vigoare a acesteia.

Cooperarea privind evaluarea tehnologiei medicale

Uniunea sprijină constituirea unei rețele voluntare între autoritățile sau organismele naționale responsabile de evaluarea tehnologiilor în domeniul sănătății. Această rețea trebuie să funcționeze în principiului bunei guvernanțe, incluzând următoarele criterii de funcționare:

- Transparența;
- Obiectivitatea;
- Independența;
- Avizele experților;
- Caracterul echitabil al procedurilor;
- Consultări adecvate ale părților interesate.

Sprijinul Uniunii poate fi acordat sub următoarele forme:

(a) contribuției la finanțarea asistenței tehnice și administrative;

(b) sprijinirii colaborării dintre statele membre în ceea ce privește dezvoltarea și comunicarea reciprocă a metodologiilor de evaluare a tehnologiilor medicale, inclusiv evaluarea eficienței relative;

(c) contribuției la finanțarea furnizării de informații științifice transferabile destinate utilizării în rapoartele naționale și în studiile de caz comandate de rețea;

(d) facilitării cooperării dintre rețea și alte instituții și organisme relevante ale Uniunii;

(e) facilitării consultării părților interesate cu privire la activitatea rețelei.[86]

Obiectivele acestei rețele vizează:

- Evitarea dublei evaluări;
- Schimb de informații în timp util în ceea ce privește eficacitatea relativă și eficiența pe termen scurt și lung a tehnologilor medicale;
- Sprijinirea cooperării.

[86] Art. 15, alin. 3 din Directivă.

Impactul Directivei nr. 24/2011

Unul din riscurile majore care amenință atât procesul de reformă cât și pe cel de adaptare a legislației la prezenta Directivă[87] îl constituie tentația lejerității și a superficialității, deosebit de periculoasă în contextul unui domeniu de interes pentru Curtea de Justiție a Uniunii Europene.[88] În acest sens, estimăm o coerență a Curții cu intențiile inițiale, ea putând afecta statele care nu înțeleg sau nu reușesc adecvarea la prevederile Directivei.

Directiva 24/2011 pune o presiune deosebită pe statul român în special în următoarele direcții:

- Decontarea serviciilor medicale pentru românii care se tratează în străinătate;
- Crearea procedurilor specifice autorizării prealabile;
- Asigurarea unui standard de calitate a serviciilor medicale;
- Crearea sistemului de informare a pacienților;
- Existența unui sistem funcțional de asigurări de malpraxis/despăgubiri în caz de prejudiciu;
- Asigurarea coerenței dintre măsurile de reformă și principiile de funcționare ale unui sistem de sănătate enunțate în Directivă.

La o primă analiză putem considera că, în condițiile unor sisteme de asigurări sociale/asigurări sociale de sănătate corecte, care plătesc serviciile medicale în funcție de costurile de piață, vor fi în avantaj statele care:

- Au un nivel ridicat în ceea ce privește calitatea serviciilor medicale;
- Au personalul necesar pentru a acoperi un surplus de pacienți;
- Au infrastructura medicală necesară;
- „Importă pacienți” din alte state;
- Inhibă migrația pacienților din propria țară;
- Costul investițiilor în sănătate se regăsește în costul serviciilor medicale.[89]

Observăm astfel că serviciile de sănătate ar putea deveni cel puțin o sursă de ocupare a forței de muncă, dacă nu chiar una de profit. În acest ultim sens, trebuie luat în considerare și impactul pe orizontală al creșterii cantității de servicii medicale furnizate într-un stat, mai ales în condițiile în care calitatea

[87] În cazul României am putea spune că cele două demersuri sunt de fapt identice în acest moment.

[88] Trebuie observat faptul că această Directivă este în bună măsură rezultatul unor sentințe ale Curții de Justiție a Uniunii Europene, date în interpretarea Tratatului privind Funcționarea Uniunii Europene, fapt indicat și în cuprinsul acesteia (ex. punctul 6 din Preambul). Funcționarea Curții după modelul anglo-saxon (regula precedentului) face din ea atât un arbitru în stabilirea interpretărilor prezentei Directive cât și un factor de decizie raportat la întregul cadrul juridic al Uniunii și la interesele cetățenilor. Cum influența politică asupra Curții pare să tindă către zero, adaptările legale și instituționale ale statelor membre la prezenta Directivă trebuie să țină cont de interpretările juridice, lăsând umorile politice deoparte.

[89] Cel puțin sub forma amortizărilor.

ridicată a serviciilor medicale este determinată în mare parte și de consumul ridicat de materiale și medicamente sanitare.

Impactul Directivei nr. 24/2011 asupra cetățenilor români

După cum am precizat, nivelul de referință în ceea ce privește rambursarea costurilor serviciilor medicale de care un cetățean român a beneficiat într-un alt stat este cel din statul membru de origine/afiliere, respectiv România. Consecința evidentă o constituie punerea cetățenilor români într-o situație de inferioritate față de cetățenii altor state membre ale U.E. raportat la accesarea serviciilor medicale transfrontaliere. Ceea ce înseamnă că efectele Directivei sunt în mod clar favorabile cetățenilor din statele care alocă sume considerabile pentru sănătate,[90] aceștia putând accesa fără probleme financiare orice sistem de sănătate din statele membre ale U.E., în timp ce pacienții din țările cu alocări timide pentru sănătate (în special țările sărace) vor fi obligați să suporte din bugetele personale diferențe considerabile de cost. Altfel spus, accesarea serviciilor medicale din alte state ale U.E. devine, în mod paradoxal, foarte scumpă exact pentru cetățenii săraci. Cum este destul de probabil ca acești cetățeni-pacienți să sufere deja în propriul stat datorită resurselor insuficiente, putem considera că Directiva riscă din acest punct de vedere decât să accentueze inegalitățile economice,[91] respectiv segregarea pe criterii de apartenență națională.

O variabilă esențială care influențează această situație o constituie nivelul de decontare al serviciilor medicale: cu cât nivelul de decontare este mai apropiat de prețurile de piață cu atât costurile suportate de cetățeanul-pacient care accesează servicii medicale dintr-un alt stat sunt mai mici (luând în considerare pachete de servicii medicale de bază echivalente).

Această variabilă este la rândul ei influențată de altă două variabile: costul medicamentelor și al materialelor sanitare și costul forței de muncă (specialiștilor), ambele fiind componentele definitorii ale costului final al serviciilor medicale. Cum costurile medicamentelor și materialelor sanitare tind să fie echivalente,[92] diferențele esențiale ajung să fie stabilite de variațiile semnificative în ceea ce privește costul forței de muncă, adică de nivelul de salarizare din sectorul sanitar. Din acest punct de vedere, un cetățean-pacient român care dorește să se trateze într-un alt stat ajunge să fie dezavantajat de salariile mult prea mici ale personalului din România (comparativ cu cele din statul unde vrea să se trateze), suportând din buzunarul propriu această diferență de salarizare (respectiv reflectarea ei în costul serviciului medical).

[90] Mergând pe ipoteza relației direct proporționale între nivelul finanțării și gradul de acoperire a costului real al serviciilor medicale.
[91] Motiv pentru care credem că este esențial rolul Curții în ponderarea acestor tendințe.
[92] Ele ajungând chiar mai mari, în mod paradoxal, tocmai în țările sărace, datorită corupției și proastei gestionări a sistemului.

Migrația pacienților

Directiva nu anticipează o modificare semnificativă a fluxului de pacienți ca urmare a implementării prevederilor ei, estimând ca fiind mai probabilă dorința de accesare a unor tipuri specifice de asistență medicală într-un alt stat, cum ar fi:

- asistența medicală foarte specializată;
- asistența medicală din zonele de frontieră;
- pacienții care au membrii de familie într-un alt stat membru;[93]
- pentru a avea acces la o altă metodă de tratament decât cea oferită în statul membru de afiliere;[94]
- sentimentul că vor beneficia în alt stat membru de un nivel mai mare de calitate al serviciilor medicale.

În opinia noastră „turismul medical” constituie una din variabilele importante din perspectiva Directivei nr. 24/2011, el aducând cu sine „fluxuri naturale” de potențiali pacienți. Reforma sistemului sanitar poate constitui o modificarea suficient de radicală a contextului intern încât să determine ivirea unui factor de tip *push* sau *pull* (în funcție de orientarea reformei) pentru migrația pacienților.

Chiar dacă nu există date care să indice intenții semnificative de a migra din partea pacienților din România, situația nu poate fi interpretată ca una definitivă, ea având o oarecare lipsă de predictibilitate. Migrația de amploare din perioada 2002-2008 pe care a cunoscut-o România, determinată de factori contextuali interni și externi, este suficientă pentru a indica modalitatea în care o situație relativ stabilă se poate transforma rapid în una instabilă. Suplimentar, acest flux migratoriu pentru muncă va avea drept efect naşterea unui flux migrator al pacienţilor, el fiind anticipat chiar şi de Directivă; este vorba de membrii de familie ai românilor care lucrează în alte state membre, în cazul cărora probabilitatea de a dori să se trateze în statul membru de destinație este mult mai mare.

În măsura în care se va ivi, migrația pacienților va fi puternic orientată în funcție de nivelul de venituri, de curajul de-a asuma neplăcerile deplasării, de accesul la infrastructură, de existența rețelelor migratorii, de crearea unor trasee dedicate migrației pacienților.

„Finanțarea” migrației pacienților prin intermediul sistemului de asigurări sociale de sănătate în contextul Directivei constituie doar una din variabile. Acesteia i se adaugă finanțarea din asigurările private de sănătate, pe model complementar și chiar suplimentar. Dacă vom asista la definirea concretă a pachetului de bază de servicii medicale, care presupune în mod automat o reducere a serviciilor medicale de care poate beneficia populația în sistemul de asigurări sociale de sănătate,[95] măsura firească o va constitui dezvoltarea asigurărilor complementare de sănătate. Într-o astfel de variantă interesantă este

[93] Având în vedere situația specială a României, care are cca. trei milioane de lucrători în străinătate, în special în Italia și Spania, estimăm un impact potențial semnificativ al unor astfel de cazuri, el fiind dependent într-o măsură considerabilă și de ceea ce se va întâmpla în perioada următoare în sistemul sanitar românesc, respectiv de măsurile de reformă ce vor fi realizate.

[94] Gradul de actualizare a procedurilor de tratament dintr-un stat și imaginea de care se bucură una sau alta din metodele de tratament pot constituie variabile semnificative pentru procesul de migrație a pacienților.

[95] Raportat la nivelul actual de finanțare „publică” a sistemului de sănătate. Însă situația se menține chiar și în varianta creșterii finanțării sistemului, în măsura în care ea depinde de gradul de sărăcie al națiunii.

complianța asigurărilor complementare la contextul asistenței medicale transfrontaliere, presiunea exercitată de asigurați și oportunitățile oferite de asiguratori în acest sens putând fi definitorii pentru nașterea fluxului migratoriu. În ipoteza în care asigurările complementare vor fi compatibile cu asistența medicală transfrontalieră,[96] credem că sunt aplicabile două ipoteze:

a) *Decontarea serviciilor medicale se va face la nivelul costurilor de piață* – atunci sunt întrunite toate condițiile pentru ca pacientul să beneficieze de un nivel mare al rambursării, deci, în principiu, contextul ar fi unul favorabil migrației.[97] Ipoteza trebuie completată cu următoarele elemente care întregesc tabloul: ea aduce cu sine scăderea serviciilor medicale din pachetul de bază, deci creșterea cuantumului celor din asigurarea complementară. În acest caz atitudinea asiguratorilor din sistemul complementar constituie o variabilă importantă, ce va influența semnificativ procesul migrației.[98]
b) *Decontarea serviciilor medicale se va face sub nivelul costurilor de piață* (modelul actual) – este greu compatibilă cu introducerea asigurărilor complementare de sănătate. Din această perspectivă însă Directiva ar putea reprezenta o fereastră de oportunitate pentru asigurările complementare, dacă pacienții înțeleg să-și asume fie costurile derivate din diferența dintre nivelul rambursării asigurate de statul român și costul concret al serviciilor medicale din pachetul de bază de care beneficiază în străinătate, fie costul total al serviciilor medicale din pachetul de bază (mai ales în ipoteza în care acesta va fi unul redus).

Dacă nivelul costurilor informale dintr-un stat este același sau destul de apropiat de costurile tratamentului într-un alt stat, este destul de probabil ca o astfel de situație să constituie condiții favorabile migrației pacienților. Disponibilitatea pacienților de plată (în special a unor categorii de pacienții) este o variabilă importantă în fenomenul migrației pacienților.

Una din soluțiile împotriva „migrației pacienților" o constituie modalitatea de rambursare a costurilor de către statul de origine, acesta putând crea proceduri suficient de greoaie pentru a inhiba într-o anume măsură gesturile de acest tip. Dacă nu va exista obligația unei simetrii între comportamentul diferitelor state în ceea ce privește procedurile de rambursare, statul care impune proceduri inhibitorii tinde să aibă un avantaj[99] în fața celui care se comportă corect față de proprii cetățeni.[100]

---

[96] Considerăm că ele vor trebuie să fie compatibile, tocmai ca efect al Directivei, ipoteza contrară conducând la situația în care asigurările complementare ar constituie limitări ale libertății de circulație a pacienților.
[97] Pentru a evidenția mecanismul de acțiune suspendăm pentru moment influența altor variabile într-o asemenea ipoteză, cum ar fi creșterea calității serviciilor medicale care pot fi acordate la nivel național, aceasta putând avea un efect inhibitor asupra migrației pacienților.
[98] Având în vedere costurile mai reduse cu forța de muncă din România putem anticipa că interesul societăților de asigurări va fi mai curând ca serviciile medicale să fie acordate în țară, pentru a reduce costurile de decontare a serviciilor medicale de care beneficiază asigurații.
[99] Restricționarea migrației pacienților proprii prin intermediul autorizării prealabile constituie un avantaj din punctual de vedere al prezervării (și eventual chiar dezvoltării) infrastructurii medicale proprii și mai ales în situația existenței listelor de așteptare. A se vedea în acest sens estimările dinamice pentru fiecare ipoteză din cadrul prezentului studiu.
[100] În acest sens, estimăm o reacție și din partea Comisiei, cel puțin în cadrul rapoartelor ce vor fi întocmite periodic pe tema aplicării acestei Directive.

Analiza efectelor raportat la diferitele strategii abordate de statul român

Din perspectiva impactului Directivei, în cazul României posibilitățile sunt următoarele:

a) **Menține actualele costuri ale rambursării/decontării serviciilor medicale**[101] (cele prevăzute în Normele la Contractul cadru, utilizate în relațiile cu unitățile sanitare). Consecințele:
   - **Pe plan intern:**
     - Se menține diferența semnificativă dintre ceea ce sistemul declară că poate asigura și ceea ce asigură efectiv, cu următoarele consecințe:
       - Pacienții suportă diferențele de costuri;
       - Practic se extinde inegalitatea accesului la serviciile medicale, nivelul resurselor financiare generând diferențe chiar și în cazul serviciilor medicale cu o puternică tentă socială.
     - Pacienții români care se tratează în străinătate (presupunând existența autorizării prealabile) vor avea parte de:
       - Rambursarea costurilor serviciilor medicale de care au beneficiat la un nivel sub cel al costurilor de piață ale serviciilor medicale din statul membru de afiliere;
       - Amânarea rambursărilor va fi utilizată ca mecanism de echilibrare a bugetului;
       - În funcție de costurile serviciilor medicale din țara în care se tratează costurile pentru pacient pot fi:
         - Mai mari (în special datorită nivelului salariilor personalului din acea țară); gradul de satisfacție poate compensa în bună măsura diferența de costuri.[102]
         - Mai mici (în special datorită eficienței; poate fi luat în considerare și impactul diferitelor tipuri de subvenționare); diferențele lingvistice și culturale precum și distanța sunt singurele care pot diminua tendința de migrație.
     - Sistemul de finanțare face economii/câștigă în situația în care tot mai mulți pacienți români se tratează în străinătate, fiind interesat să accelereze/simplifice procedura autorizării prealabile;
     - Are loc o diminuarea a adresabilității unităților sanitare din țară în favoarea celor din străinătate, organizată pe criterii de venit:
       - Pacienții cu un nivel de venituri mai ridicat vor tinde să se trateze în străinătate;

[101] Aceasta este varianta în care România păstrează întru totul actualul sistem.

[102] Trebuie să luăm în considerare și efectul pe care-l poate avea un astfel de comportament asupra statusului social, acest demers putând intra în indicatorii unui anumit nivel de trai.

- În țară se vor trata în special pacienții cu venituri mici și cazurile sociale.

- Scad încasările unităților sanitare, situația având un impact semnificativ asupra:
  - Nivelului de salarizare se va reduce și mai mult:
    - În consecință se accentuează procesul migrației
      - Ca urmare are loc o scădere a nivelului de competență a salariaților din sănătate, unul din efecte constituindu-l o diminuarea a capacității sistemului de-a acorda servicii medicale de calitate și serviciile medicale rare:
        - Lipsa posibilității de-a acorda anumite servicii medicale crește procesul migrației pacienților (scăderea calității serviciilor medicale considerăm că va avea același efect);
          - Ia naștere un adevărat cerc vicios.
  - Posibilitățile de acordare a medicamentelor și materialelor sanitare scad;
  - Investițiile în aparatură/*update* tehnici și servicii scad și ele:
    - Ambele au ca efect scăderea calității serviciilor medicale și a capacității de acordare a acestora, potențând astfel tendința de migrație a pacienților, împreună cu efectele ulterioare.

- **Pe plan extern**
  - Tratamentul în România devine, în principiu, o afacere rentabilă pentru alte state membre, datorită costurilor mai mici pe care trebuie să le ramburseze propriilor cetățeni care au fost tratați în România;
  - Putem asista la nașterea unui flux de pacienți către România, cel puțin în fază inițială;
  - Deoarece pacienților din alte state membre nu le sunt în principiu aplicabile procedurile plăților informale, diferența dintre nivelul de plată al serviciilor medicale și nivelul de cost (pierderea) va fi suportată de :
    - Unitățile sanitare;
    - Pacienții din România;
    - Personalul din sistem (salariile scăzute).
  - Se vor menține deficiențele privitoare la calitatea serviciilor medicale:
    - Cresc exponențial situațiile litigioase;
    - Pe fondul creșterii nivelului de despăgubire (inerent Directivei) va avea loc o creștere a cuantumului primelor de asigurare:

- Se va reflecta în special în buzunarul salariaților având drept consecință o scădere a veniturilor;
- Va determinat apariția medicinii defensive;
- Crește neîncrederea personalului în sistem – se accentuează tendințele de migrație.

- Pot apărea „pacienții străini speculativi”, dornici de exploatarea în interes personal a situației prin intermediul litigiilor.

b) Crește valoarea de decontare a serviciilor medicale:

b.1) Crește valoarea decontării serviciilor medicale (tinzând către costurile de piață ale acestora) cu menținerea aceluiași nivel de finanțare al sistemului de asigurări sociale de sănătate:

b.1.1: scade nivelul pachetului de bază de servicii medicale:[103]

- necesită introducerea asigurărilor complementare de sănătate:
  - *considerate ca parte a pachetului social:*[104]
    - prevederile Directivei sunt aplicabile;
    - rambursarea serviciilor medicale tinde către costuri;
    - autorizarea prealabilă trebuie acordată de-o instanță mixtă: autoritățile de stat și asiguratorul complementar;
    - calitatea serviciilor medicale poate să influențeze semnificativ adresabilitate internă sau externă;
    - nivelul la care pacienții din alte state membre trebuie să suporte costurile serviciilor medicale din România tinde către costul real al acestora;
    - unitățile sanitare ar putea avea de câștigat;
    - salariații ar putea avea de câștigat;
  - *considerate ca parte a pachetului privat:*
    - nu intră în domeniul de acțiune a Directivei;
    - scade numărul serviciilor medicale pentru care pacienții români ar putea beneficia de rambursare;
    - se accentuează tendința de discriminare față de cetățenii altor state U.E.;
    - crește presiunea pentru sporirea sectorului privat de furnizare a serviciilor medicale în dauna celui public;

[103] Pachetul de bază de servicii medicale tinzând către pachetul minim.

[104] Am luat în considerare această variantă destul de puțin probabilă a introducerii unui sistem complementar ca parte a sistemului de asigurări sociale de sănătate având în vedere unele propuneri în acest sens care au circulat la nivel oficial. Chiar dacă este parte a unei strategii oneste de abordare a problemelor ce privesc finanțarea sistemului sanitar, o astfel de variantă ridică următoarea problemă: în ce măsură asigurările complementare de sănătate pot avea un caracter social?

- sau crește orientarea către servicii medicale în alte state membre (pe sistemul privat);
- scade posibilitatea statului român de a furniza serviciile medicale în sectorul public la nivelul serviciilor suportate de sistemele sociale/asigurările sociale de sănătate din alte state
    - scade nivelul de adresabilitate externă a sistemului sanitar public românesc.

b.1.2: se menține pachetul de bază actual de servicii medicale:

- necesită reducerea semnificativă a totalului serviciilor medicale acordate populației;
- eficientă teoretic în măsura în care ar putea elimina marja determinată de cererea indusă de servicii medicale (efectul sistemului DRG combinat cu finanțarea scăzută și absența unui nivel rezonabil al controlului);
- determină introducerea listelor de așteptare:
    - crește presiunea (justificată legal) pentru avizul prealabil în vederea tratării în străinătate;
- se accentuează diferența dintre nivelul teoretic și cel practic de asigurare a serviciilor medicale necesare populației.

b.2) Crește valoarea decontării serviciilor medicale (tinzând către costurile de piață ale acestora) cu creșterea nivelului de finanțare al sistemului de asigurări sociale de sănătate

- constituie varianta optimă din punctul de vedere al:
    - pacienților:
        - crește cantitatea și calitatea serviciilor medicale de care poate beneficia în țară;
        - scade presiunea pentru plățile informale;
        - crește nivelul de rambursare al tratamentelor din străinătate;
        - scade tendința de discriminare a pacienților români față de cei străini;
    - salariaților:
        - creșterea nivelului încasărilor unităților sanitare pentru pacienții români și străini poate conduce la creșterea nivelului de salarizare;
        - crește calitatea serviciilor medicale
            - crește gradul de satisfacție profesională;
        - scade tendința de migrație;
    - sistemului sanitar:
        - crește capacitatea unităților sanitare de acordare efectivă a serviciilor medicale;
        - crește capacitatea de dezvoltare a spitalelor;
        - crește calitatea serviciilor medicale:

- crește nivelul de adresabilitate;
- scade tendința de migrație a pacienților;
- crește încrederea cetățenilor în capacitatea statului de a le satisface dreptul la sănătate.

- sunt aplicabile în parte mențiunile de la *scăderea pachetului de bază cu introducerea asigurărilor complementare cu caracter social.*

c) Se elimină sistemul de asigurări sociale de sănătate trecându-se la finanțarea din bugetul statului a pachetului de bază/pachetului social de servicii medicale:

c.1) cu finanțarea la același nivel a sistemului:

c.1.1) asigurând același nivel de decontare a serviciilor medicale – a se vedea punctul a);

c.1.2) crescând nivelul de decontare a serviciilor medicale – a se vedea punctul b.1;

c.2) cu creșterea nivelului de finanțare (destul de puțin probabil) – a se vedea b.2);

c.3) cu scăderea nivelului de finanțare – o cumulare de efecte negative.

Calitatea serviciilor medicale

Având în vedere problemele ridicate de autorizarea prealabilă, una din întrebările principale care se pune este în ce măsură diferențele de calitate a serviciilor medicale între diferitele state pot influența condițiile de acordare a autorizării prealabile?

Calitatea serviciilor medicale constituie o variabilă esențială în contextul european creat de Directiva nr. 24/2011. La costuri egale și la nivel egal de acces la serviciile medicale este de așteptat ca indicatorii privitori la calitate să instituie diferențe semnificative de adresabilitate.

Dacă pacienții altor state membre se vor bucura de același tratament precum proprii cetățeni și dacă pacienților transfrontalieri le este garantat un anume nivel al calității serviciilor medicale, atunci Directiva garantează în mod implicit și pacienților din țara care furnizează serviciul medical același nivel de calitate. Altfel spus, garantarea unui anumit nivel de calitate a serviciilor medicale pentru pacienții altor state membre devine standard de calitate pentru întregul sistem medical public al unui stat.

Călcâiul lui Ahile în cazul autorizării prealabile îl constituie obligația statului de-a asigura ***existența unui tratament cu același rezultat în timp util*** în țara de origine. Introducerea autorizării prealabile aduce cu sine asumarea unor condiții obligatorii de calitate a serviciilor medicale. Altfel spus, principalul demers ce trebuie întreprins de statul român îl constituie unul privitor la creșterea calității serviciilor medicale (spitalicești și nespitalicești), aceasta fiind de fapt direcția esențială a reformei din sănătate.

În contextul Directivei, în România CoNAS-ul ar trebui să devină un centru de informare și garantare a calității serviciilor medicale. El poate intra într-o rețea a organismelor similare, prin intermediul cărora poate fi asigurat o bună parte din schimbul de informații.

Având în vedere desele manifestări, din cuprinsul acestei Directive, ale interesului pentru calitate și la fel de frecventele mențiuni privind cooperarea între state, este evidentă necesitatea demersuri-

lor pentru crearea unor mecanisme eficiente privind calitatea serviciilor medicale. Ținând cont de faptul că principala instituție de reglementare în domeniul calității serviciilor medicale, raportat la condițiile de desfășurare a activității spitalelor, este Comisia Națională de Acreditare a Spitalelor, este evidentă necesitate creării unui cadru de cooperare european în domeniu. În acest sens, demersul pentru stabilirea unor standarde minime de acreditare a unităților sanitare din statele Uniunii Europene (armonizarea la nivel minim a standardelor de acreditare), combinat cu interesul privind identificarea relației dintre calitatea vieții profesionale și calitatea serviciilor medicale, constituie una din cele mai indicate direcții de acțiune în spiritul acestei Directive.

Ținând cont de specializarea în ceea ce privește controlul, certificarea și monitorizarea standardelor de funcționare și de calitate a spitalelor, CoNAS-ul ar trebui să fie situată în prima linie a instituțiilor care oferă informații pacienților străini în domeniu. În același timp, având în vedere importanța creșterii calității serviciilor medicale din perspectiva Directivei nr. 24/2011, această instituție este prima chemată să modifice standardele de calitate a serviciilor medicale. De altfel, considerăm necesar un grup de lucru la nivelul U.E. pe tema unei armonizări a standardelor de acreditare a unităților sanitare, acționând astfel în direcția stabilirii unor standarde minime de calitate în domeniul serviciilor medicale la nivelul U.E.

Personalul din sistemul sanitar

Având în vedere faptul că efectele asupra salariaților din sănătate au fost analizate în diferitele secțiuni ale studiului, redăm aici punctual doar câteva din efectele anticipate:

- **Creșterea standardelor de calitate și siguranță a serviciilor medicale.** Pe fondul actualului mod de funcționare a sistemului sanitar, caracterizat de o preocupare extrem de scăzută pentru pregătirea salariaților (evidentă fiind absența finanțării și a standardelor în domeniu), efortul este transferat în special pe umerii salariaților.
- Creșterea gradului de informare a pacienților și sporirea transparenței;
- Liberul acces al pacienților la datele medicale personale;
- Cunoașterea standardelor de performanță a serviciilor medicale existente la nivelul U.E.;
- Introducerea unor proceduri clare și transparente în ceea ce privește costurile;
- Punctul de vedere profesional va juca un rol foarte important pentru stabilirea criteriilor aplicabile autorizării prealabile;
- Putem vorbi într-o măsură considerabilă de ivirea unei piețe a serviciilor medicale, care naște un grad de concurență, cu toate consecințele acesteia;
- Însușirea condițiilor în care pot refuza tratamentul unui pacient ce este cetățean al altui stat membru.

Migrația personalului

Nu putem estima în marje rezonabile efectele Directivei asupra migrației personalului medical atât datorită lipsei de date comparative în ceea ce privește specificitatea diferitelor sisteme de asigurări sociale de sănătate cât și datorită necunoașterii tipului de politici adoptate de fiecare dintre statele membre în cadrul procedurii de armonizare legislativă raportat la aceasta.

Observații generale

În măsura în care se bazează pe sistemele sociale de sănătate, fundamentarea Directivei pe libertatea de a presta servicii este una problematică, având un efect semnificativ și în ceea ce privește interpretarea ei. Astfel, intențiile furnizorilor de servicii medicale joacă un rol foarte important în determinarea limitelor asigurării asistenței medicale transfrontaliere. Cum putem prezuma că este vorba de un cadru economic în care se situează acești furnizori, variabila profit are un impact semnificativ asupra întregului sistem. Motiv pentru care textul Directivei este contradictoriu în diversele sale locuri, respectiv acolo unde afirmă valorile clasice ale unui sistem social de sănătate (solidaritatea, echitatea etc.).

Prevederile Directivei oscilează continuu între dreptul/obligația statelor de a-și gestiona propriile sisteme sociale de sănătate și interesul pentru crearea unui spațiu european în domeniu. Dorința de a realiza o uniune fiscală poate determina câțiva pași în direcția creării unui sistem social pentru sănătate la nivelul U.E. Dacă luăm în considerare fundamentul economic al Uniunii și avem în vedere sumele aferente serviciilor de sănătate putem considera că sănătatea este mult mai probabil să fie vizată de măsuri de unificare decât alte sisteme sociale.

Înțelegerea prevederilor acestei Directive este dependentă de identificarea relațiilor pe care ea le are cu alte acte care reglementează acest domeniu, în special cu Regulamentul (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate socială la nivelul statelor membre. Luate împreună, ele creează cadrul de interpretare a ceea ce am putea considera a fi drepturile cetățeanului în domeniul sănătății la nivelul U.E.

Prevederile Directivei conduc la situația unor comparații și omologări dintre două sisteme diferite de finanțare a sănătății: sistemele de asigurării sociale de sănătate și sistemele sociale (care includ sănătatea ca parte a lor).

În cazul unui aflux mare de pacienți într-un stat poate fi anticipată o creștere a costului serviciilor medicale; însă costurile ce vor trebui suportate de propriile sisteme de asigurări sociale de sănătate fiind surclasate de avantajele pe care afluxul de pacienți le poate oferi.[105]

Având în vedere faptul că atât agenţii privaţi cât şi pacienţii sunt îndreptățiți să speculeze oportunitățile de pe piață este de așteptat ca fiecare slăbiciune a sistemului să fie exploatată. Asta ar putea include și o asigurare pentru rambursare, care să faciliteze recurgerea la serviciile medicale furnizate în alt stat cu prețul ridicării costului total al serviciilor medicale atât pentru stat cât și pentru pacienți.

[105] Într-un mode ideal creșterea ar putea fi direct proporțională cu surplusul adus de angajările suplimentare din sistemul sanitar.

Concluzii și recomandări

Uniunea Europeană include, cel puțin la nivel declarativ, sistemele de sănătate în cadrul mai larg al sistemelor de protecție socială. Reforma sistemului sanitar va trebui să țină cont de acest aspect, asigurând cel puțin un nivel minim de protecție socială. Din perspectiva U. E. următoarele concepte constituie principii obligatorii de funcționare a sistemului de asigurări sociale de sănătate/sistemului social de sănătate:

- Universalitatea;
- Solidaritatea;
- Echitatea;
- Accesul la îngrijiri de bună calitate.

Drept consecință, în conformitate cu spiritul Directivei, sistemul sanitar trebuie să aibă cel puțin o componentă socială. Această cerință poate fi îndeplinită prin intermediul menținerii sistemului asigurărilor sociale de sănătate (de preferat) sau prin introducerea componentei bazale a sănătății în sistemul social. De asemenea, menținerea infrastructurii sanitare face și ea parte din dimensiunea socială necesară, fapt care conduce inevitabil la concluzia menținerii unui număr suficient de unități sanitare publice. Chiar dacă forțând întrucâtva interpretarea textelor legale, am putea spune că dimensiunea socială a sistemului sanitar face parte din aquis-ul comunitar.

Nivelul dimensiunii sociale a sistemului de sănătate din România ar trebui să fie unul comparabil cu ceea ce se întâmplă în majoritatea statelor membre U.E.. Motivul îl reprezintă atât posibilitatea unei integrări armonioase din perspectiva Directivei cât și necesitatea includerii țării noastre în viziunea socială a Uniunii.

Faptul că Directiva se referă simultan la *sistemele naționale de sănătate* și la condițiile ce trebuie îndeplinite pentru libera circulație a pacienților/serviciilor medicale, creează un anumit set de obligații pentru sistemele naționale de sănătate, pe care și România este ținută să le respecte prin introducerea unor prevederi legale specifice. Altfel spus, conformitatea la prevederile directivei include crearea unui anumit cadru juridic aplicabil serviciilor medicale acordate în sistemul public/de asigurări sociale de sănătate din România, în opinia noastră el trebuind să se situeze în primele obiective ale reformei sistemului de sănătate. Putem considera că Directiva prezumă faptul că absența atât a criteriilor de acces la serviciile medicale publice/sociale naționale cât și faptul că aceste criterii, în măsura în care există, nu respectă condițiile enunțate, constituie o îngrădire a libertății de acordarea a serviciilor medicale/de circulație a pacienților. Altfel spus, conformitatea la prevederile Directivei presupune câteva modificări structurale esențiale pentru sistemul sanitar românesc.

Din punctul de vedere al liberii circulații a pacienților esențial este faptul că Directiva ia drept o achiziție indiscutabilă dreptul/libertatea unui cetățean dintr-un stat membru de afiliere de a se trata într-un alt stat membru, în discuție fiind de fapt dreptul la rambursarea costurilor serviciilor medicale în contextul în care un pacient își exercită această libertate.

În principiu, în contextul cadrului juridic creat de Directiva nr. 24/2011, statul român poate să acționeze, în cadrul procesului de transpunere a prevederilor directivei în legislația națională, în două direcții:

- Stabilirea condițiilor de acces pentru cetățenii din alte state membre la serviciile medicale acordate pe teritoriul său;
- Stabilirea condițiilor în care admite rambursarea costurilor medicale pentru serviciile medicale de care beneficiază cetățenii români în alte state, prin intermediul instituției *autorizației prealabile*.

Așa cum aminteam, Directiva 24/2011 pune o presiune deosebită pe statul român în special în următoarele direcții:

- Decontarea serviciilor medicale pentru românii care se tratează în străinătate;
- Crearea procedurilor specifice autorizării prealabile;
- Asigurarea unui standard de calitate a serviciilor medicale;
- Crearea sistemului de informare a pacienților;
- Existența unui sistem funcțional de asigurări de malpraxis/despăgubiri pentru prejudicii;
- Asigurarea coerenței dintre măsurile de reformă și principiile de funcționare ale unui sistem de sănătate enunțate în Directivă.

Directiva tinde să introducă în aquis-ul comunitar:

- Standardele minime de calitate ale serviciilor medicale;
- Nivelul de protecție a pacienților împotriva daunelor;
- Nivelul de informare a pacienților anterior accesării serviciilor medicale și după acestea.

Amenințări

Mecanismul birocratic esențial prin intermediul căruia statul poate încerca un grad ridicat de control în ceea ce privește circulația/migrația pacienților proprii îl constituie *autorizarea prealabilă.* Având în vedere faptul că autorizația prealabilă poate fi refuzată numai dacă un tratament echivalent din perspectiva eficienței poate fi obținut în România fără o întârziere semnificativă, într-o unitate sanitară ce are încheiat un contract cu sistemul de asigurări sociale de sănătate,[106] este evident că efortul de adaptare la efectele anticipate ale acestei Directive trebuie să se concentreze pe demersul privitor la calitatea serviciilor medicale, acesta surclasând în eficiență eventualele bariere birocratice. Mai mult chiar, concentrarea demersurilor pe autorizarea prealabilă, fără a reforma sistemul din perspectiva Directivei, riscă să genereze semnificative efecte negative, determinând agravarea condițiilor de acordare a serviciilor medicale.

[106] Cristian Vlădescu, Cristian Bușoi, *Politici de sănătate în Uniunea Europeană*, Editura Polirom, Iași, 2011, p. 130.

În opinia noastră în mod eronat se consideră că toate serviciile medicale de care ar putea beneficia cetățenii români în străinătate sunt supuse autorizării prealabile, cu excepția medicinii de urgență. Dreptul statelor de a introduce autorizarea prealabilă este unul limitat la situații definite, neputând fi extins la toate cazurile.[107] Regula o constituie libertatea furnizării serviciilor medicale, corelativul constituindu-l libertatea cetățenilor dintr-un stat membru de afiliere de a beneficia de serviciile medicale acordate într-un alt stat. Sensul Directivei nr. 24/2011 este cel stabilit în mod repetat prin sentințele Curții:[108] *resortisanţii UE pot beneficia de îngrijiri medicale într-un alt stat membru* ***fără autorizaţie prealabilă*** *şi pot obţine rambursare în conformitate cu tarifele statului în care au asigurare. Aceste două cauze au vizat rambursarea costurilor aferente ochelarilor şi tratamentului ortodontic al pacienţilor externi.* În acest context, a reduce eforturile de adaptare a legislației la construirea unui sistem de autorizare prealabilă și a considera că prevederile sunt similare legislației actuale în domeniu reprezintă o dovadă de neînțelegere a sensului Directivei. Autorizarea prealabilă trebuie văzută ca o excepție de la regulă, împărtășind soarta juridică a excepțiilor.

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 mare. Faptul că un spital nu are materialele şi medicamentele necesare pentru acordarea tratamentului la care au dreptul pacienţii ar putea fi invocat ca motiv pentru solicitarea autorizării prealabile.

Refuzul acordării autorizației prealabile invocând *menținerea unei capacități de tratament sau a unei competențe medicale pe teritoriul național care este esențială pentru sănătatea publică* este unul îndreptățit, dar care ridică însă o serie de dificultăți de aplicare. În primul rând considerăm că statului îi revine sarcina probei unei astfel de situații. Apoi, aceste capacități de tratament trebuie să respecte condițiile de calitate raportat la standardele europene în domeniu. Nu în ultimul rând, sunt importante și condițiile de acces la aceste capacități de tratament, orice disjuncție între dreptul legal al cetățeanului și realitățile practice (spre exemplu obligarea pacientului de a cumpăra medicamentele și a materialele sanitare) putând fi invocată împotriva statului. De altfel, nerespectarea condițiilor de acces la serviciile medicale în parametrii legali credem că va constitui unul din motivele cel mai frecvent invocate în lipsa unei reforme sanitare eficiente.

Reamintim faptul că atât în ceea ce privește asistențe medicală pe teritoriul propriu cât și cea transfrontalieră (deci privind primirea de asistența medicală și rambursarea costurilor asistenței medicale), statele membre pot menține:

- condiții generale;
- criterii de eligibilitate,;
- formalități de reglementare și administrative;
- cerința de a consulta un medic generalist înainte de a consulta un specialist sau înainte de a beneficia de asistența spitalicească;

Aceste condiții pot fi introduse/menținute în măsura în care:

[107] În situația în care autoritățile din România vor cădea victimele unei astfel de interpretări, vom asista la o transpunere greșită a prevederilor acesteia în legislația internă, riscând sancțiunile de rigoare.
[108] Hotărârile Curţii din 28 aprilie 1998, Kohll şi Decker (cauzele C-158/96 şi C-120/95)

- sunt necesare;
- sunt proporționale cu obiectivul urmărit;
- nu au un caracter discreționar sau discriminatoriu.

Totodată, aceste condiții generale, criterii și formalități trebuie:

- să fie aplicate:
    - în mod obiectiv,
    - în mod transparent,
    - în mod nediscriminatoriu,
- să fie cunoscute în prealabil,
- să se bazeze în primul rând pe circumstanțele medicale
- să nu impună sarcini suplimentare pacienților care doresc să beneficieze de asistență medicală într-un alt stat membru în comparație cu pacienții tratați în statul membru de afiliere al acestora.
- informațiile cu privire la aceste condiții trebui puse la dispoziția publicului anticipat.

În același timp este necesar ca deciziile să fie luate cât mai repede posibil.

Dacă pacienții altor state membre se vor bucura de același tratament precum proprii cetățeni și dacă pacienților transfrontalieri le este garantat un anume nivel al calității serviciilor medicale, atunci Directiva garantează în mod implicit și pacienților din țara care furnizează serviciul medical același nivel de calitate. Altfel spus, garantarea unui anumit nivel de calitate a serviciilor medicale pentru pacienții altor state membre devine standard de calitate pentru întregul sistem medical public al unui stat.

Demersul pentru stabilirea costurilor reale aferente serviciilor medicale este unul obligatoriu pentru a putea vorbi de armonizarea legislației la prevederile Directivei nr. 24/2011. Orice ezitare în acest sens va afecta în mod semnificativ două paliere ale sistemului de sănătate:

- *Spitalele*, acestea riscând să fie puse în situația de a trata și pacienții proveniți din alte state membre la costuri subevaluate, fapt care le va accentua deficitul;[109]
- *Pacienții*, care vor fi efectiv privați de posibilitatea de a se trata în străinătate cu rambursarea costurilor la niveluri acceptabile și vor suferi toate influențele derivate din deficitele financiare ale unităților sanitare.

Raportat la situația României, putem observa că stabilirea prețurilor serviciilor medicale la nivelul costurilor de piață poate determina la rându-i fluxuri migratorii de pacienți din alte state membre, datorită prețurilor mai reduse comparativ cu cele din propriul stat, determinate de costurile mai reduse cu forța de muncă. Cel puțin în situația existenței unor liste de așteptate în statul membru de afiliere, poate fi anticipată o astfel de fluctuație a adresabilității. O astfel de variantă poate fi una profitabilă pen-

[109] Este posibil un scenariu chiar mai grav, costurile de rambursare reduse (mult inferioare celor de piață) riscând să genereze adevărate fluxuri de pacienți din alte state, aceste putând astfel chiar să încurajeze (chiar dacă neoficial) astfel de fluxuri migratorii capabile de a genera adevărate economii în propriile sisteme.

tru unitățile sanitare din România și pentru întregul sistem sanitar prin contribuția la menținerea infrastructurii medicale.

Anticipăm însă că pe termen mediu și lung avantajul competitiv oferit de costul redus al forței de muncă (adică de salariile mici din sectorul sanitar) va dispărea, el determinând ivirea unui dezavantaj major: lipsa profesioniștilor din sistem. Având în vedere interpretarea de ansamblu a Directivei, spre exemplu lipsa profesioniștilor pentru anumite specializări generează efecte care nu pot fi blocate nici măcar de autorizarea prealabilă. Altfel spus, în absența posibilității unui tratament în țară, autorizarea tratamentului medical într-un alt stat devine obligatorie. Ceea ce conduce la obligația de a suportat costurile unor intervenții prestate în alte state.

Introducerea acestor mecanisme de transparentizare va avea ca efect, odată cu creșterea gradului de încredere (acolo unde este cazul) și sporirea cazurilor de malpraxis care ajung în fața instanțelor, unitățile sanitare și instituțiile medicale (inclusiv cele profesionale) nemaiputând îngreuna accesul la datele personale ce vizează starea de sănătate și tratamentul pacienților prin intermediul procedurilor proprii, fiind eliminată astfel opozabilitatea lor față de pacient. În măsura în care libertatea accesului pacientului la propriile informații medicale va fi realizată în mod efectiv, vom asista la o adevărată „revoluție" în abordarea malpraxisului, ale cărei efecte asupra unităților medicale și salariaților pot fi întrucâtva compensate prin introducerea unui sistem eficient de asigurări de malpraxis[110] sau, de preferat, prin introducerea unui sistem de despăgubire a pacienților în caz de prejudicii.

Oportunități

În ansamblul efectelor estimate o situație aparte o au cetățenii români care lucrează legal în alte state. În momentul în care aceștia se întorc în țară și accesează serviciile medicale ei sunt în situația unor „pacienți migratori", având în vedere faptul că sunt asigurați în statul în care lucrează. În măsura în care statul român va reuși să fie competitiv pe piața serviciilor medicale acești cetățeni ar putea deveni o importantă sursă de venituri pentru sistemul românesc de sănătate. Abordată în perspectivă, situația va cunoaște mai curând o accentuare, dacă avem în vedere faptul că în următoarea decadă o bună parte din lucrătorii români din străinătate vor dobândi statutul de pensionari în țările în care lucrează și majoritatea se va întoarce în România.[111] Este evident faptul că pentru statul român una din oportunități o reprezintă tratamentul asigurat românilor care lucrează în mod legal în alte state ale U.E., în cazul acestora tratamentul contra cost și rambursarea ulterioară a costurilor de către alte state putând contribui la o balanță pozitivă în ceea ce privește raportul dintre „exportul" și „importul" de pacienți. Două condiții sunt însă esențiale pentru reușita acestui proces: stabilirea costurilor reale pentru toate serviciile medicale și limitarea semnificativă a corupției adiacente acestui proces.[112]

[110] Este motivul pentru care o nouă lege a malpraxisului este pe agenda Ministerului Sănătății, anticipându-se astfel o parte din problemele viitoare ale sistemului.

[111] Evident, nu am luat în considerare situația (necesară) armonizării sistemelor de protecție socială cu statele de destinație, în special cu Italia și cu Spania.

[112] Principalul mod de acțiune îl constituie „urgența contra cost": clasificarea unui caz drept urgență de către doctorul care a primit o sumă de bani. Poate fi considerat un gest ce ține de zona corupției în măsura în care pacientul în cauză are resursele necesare pentru a-și putea plăti în primă instanță tratamentul, urmând să beneficieze de

Complianța lingvistică a furnizorilor de servicii medicale va constitui o variabilă foarte importantă din perspectiva fluxului de pacienți. Unitățile sanitare care aplică o strategie de pregătire a personalului în acest domeniu, corelată cu o selecție strategică a limbilor, ar putea avea un avantaj competitiv.

În noul context se pot dezvolta următoarele tipuri de asigurări:

- pentru plata inițială a costurilor serviciilor medicale, până la primirea rambursării;
- pentru diferența dintre costurile serviciilor medicale și nivelul la care statul român le rambursează;
- împotriva riscului de nerambursare a costurilor medicale.

De asemenea, asigurările de sănătate centrate pe tratamentul în străinătate[113] pot include posibilitatea demersurilor pentru rambursarea sumelor, prin crearea unor mecanisme flexibile de finanțare/decontare. Suplimentar, luăm în considerare posibilitatea dezvoltării unor servicii profesioniste de consiliere și asistență/acompaniere a accesării serviciilor medicale din alt stat membru, care să includă și suportul lingvistic, ce poate accelera procesul.

Faptul că Directiva folosește concepte de genul: *mobilitatea pacienților, accesul la asistență medicală transfrontalieră, libera circulație a pacienților* etc. este suficient pentru a vorbi cu îndreptățire de o interpretare mult mai amplă a acesteia, care să ia în discuție inclusiv bazele unui sistem de sănătate al Uniunii pe care le pune Directiva. Chiar dacă intenția care a animat multe din statele occidentale în adoptarea acestui act normativ ține mai curând de crearea unui mecanism de acompaniament pentru libera circulație a lucrătorilor,[114] fiind cumva parte a strategiei de luptă împotriva declinului demografic, efectele acestuia pot fi suficient de ample, existând șansa ca ele să depășească cu mult intențiile inițiale.

În cadrul prezentului studiu am încercat să demonstrăm, luând în considerare efectele estimate ale Directivei, că transpunerea într-un mod adecvat a prevederilor acesteia în legislația națională coincide într-o foarte mare măsură cu însăși procesul de reformă. Având în vedere efectele anticipate ale prevederilor Directivei am sugerat câteva măsuri de reformă ce ar acoperi în cea mai mare măsură interesul general, indicând totodată o serie de dificultăți ce vor apărea atât în cazul adoptării variantelor indicate cât și, mai ales, în situația orientării reformei sistemului sanitar către alte strategii.

rambursarea costurilor în statul unde lucrează. În momentul în care este vorba de pacienți fără resurse, situația trebuie analizată într-o altă paradigmă, argumentul *ad misericordiam* prevalând.

[113] Avem în vedere acele asigurări de sănătate care asumă dublarea (substituirea) asigurării sociale de sănătate prin asumarea unor costuri suplimentare de către pacient. De altfel, în condițiile în care pachetul de bază nu este definit sau are o definire legală nefuncțională în mod practic, toate asigurările medicale private dublează, cel puțin teoretic, partea care este/ar trebui să fie asigurată de sistemul asigurărilor sociale de sănătate.

[114] Aceasta fiind poate cel mai important „dezmembrământ” al *liberei circulații a cetățenilor,* alături de o altă dimensiune, respectiv *libera circulație a consumatorilor* (din care face parte și *libera circulație a pacienților*).

The Impact of Directive 2011/24/EU on the Romanian health system

Foreword

The present study tackles the provisions of Directive 2011/24/EU from the perspective of its estimated impact on the Romanian healthcare system as a whole. The analysis is carried out both in relation with the present state of the system and considering its chances for reform, in an attempt at suggesting the best solutions in our view.

We did not intend a mere analytical rendition of the legal text; instead, we focused on what was relevant from the perspective of its impact, approaching the technical provisions and the ones which we considered as having minimum impact in a compendious manner. Stress was laid especially on the provisions which correspond to the "national sensitivity" in the field, considering that we have been, for many years, witnesses or actors in a debate on the reform of the healthcare system. To this effect, we have considered both issues pertaining to principles applicable to a healthcare system, insomuch as the directive mentions them, and the functional mechanisms which should be taken into account.

Since Directive 2011/24/EU is not a singular gesture made by the European Union institutions, being preceded by normative acts and numerous resolutions of the European Union Court of Justice, the study starts from framing this directive in the judicial context and analyses the way in which it produces effects at national level. Even though it is not a complex approach to the Union's juridical mechanisms, we consider that their introduction is sufficient for the understanding of the applicable juridical context.

The analysis of the provisions of the Directive is structured on two parts: an approach to the introductory text which underlies and explicates the interpretations that should be given to the directive and the approach to the legal text itself. Some of the provisions that we have tackled in the analysis of the foundation are not discussed again in the part dedicated to the articles of the Directive. This is not the case for some delicate aspects, such as the prior authorisation, which we tackle more thoroughly in the second part.

As previously stated, we insisted on presenting and analysing the provisions of the Directive which have a significant impact on the way of functioning of the Romanian healthcare system, as the transposition of these provisions in the national law is actually one of the reform measures announced. To put it otherwise, we consider that a large part of the healthcare system reform measures already made official, are, in fact, either results of the obligation to transpose the provisions of the Directive in the national law (e.g., amendments to the malpractice legislation, a more complex approach to the patients' rights, etc.) or anticipations of its effects (e.g., specifications for a basic healthcare services pack, modifications at the wage scale level, etc.). This approach allowed us to suggest alternative reform variants, with their foreseeable effects, indicating every time the best solutions in our view.

As the provisions of the Directive must be made part of the national legislation by 25 October 2003, at this moment, the national provisions are being drafted. Therefore, we consider that the present study is, first and foremost, a framework for the debate with respect to the identification of the best legislative solutions, in accordance with the multiple interests involved, i.e., those of the citizens, patients, healthcare employees, as well as those of the Romanian State.

The judicial impact of directives at national level

For the analysis of the estimated impact of Directive 2011/24/EU on the Romanian health system is important to understand the way in which any directive acts on the national legislation and on the Romanian juridical space. Therefore, we briefly present what can be regarded as the judicial status of directives.

Unlike treaties and regulations, which have direct and immediate applicability in all Member States, being also compulsory at the law courts level, directives are framework regulations with effects produced by their transposition into national law. Mention should be made that their objectives are compulsory for Member States. This juridical status has a few significant effects:

- The judge applies for a specific case the national norms which translate the provisions/objectives of the directive.
- The directives are only opposable to Member States. They do not apply in the relationship between citizens. In other words, the obligation to translate the provisions and objectives of a directive into national legislation belongs to the State, which is why it can be held responsible for any divergence from the conformable transposition.
- Provided that the provisions of a directive are not transposed into national law, the judge shall refer to the provisions of the national law.

a) The direct effect of the directive

These application principles have an exception with a particularly great impact as far as this Directive is concerned: if the directive has not been implemented into national legislation within its terms and its provisions are *absolute* and *precise enough*, these provisions can be appealed to against any directive of national law, but only against the state. In this case, it is about the **direct enforcement of the provisions of the directive**, and **the appeal to its direct effect**, respectively. The definition of the State from perspective of the EU Law is crucial here: the Court case-law indicates that the provisions of the directive may be appealed to against agencies under the State's authority or control, against fiscal or financial institutions, against local or regional authorities, or even against public service authorities. We must also note that instituting proceedings against these institutions/organisations can be pursued either in their quality of public authority or as employers.[115]

The doctrine establishes the fact that its provisions can only be applied against the State as *the vertical direct effect* of the directive, adding *the horizontal direct effect* to it, i.e., the fact that one cannot apply to the provisions of the directive against another (either natural or legal person). One of these effects is the fact that, should the provisions within national law transposing the directive be missing, Member States cannot hold liable the ones who transgress its provisions.[116]

b) Interpretation of the provisions of the directive when transposed into national law

[115] The provisions of Directive 2003/88 have a significant impact in this respect.

[116] In this respect, one can note that failure to transpose the provisions of Directive 2011/24/EU into national legislation would render its provisions against natural persons and private legal persons inapplicable, but this is not the case for state institutions and similar organisations.

As far as the interpretation of the national law which transpose the provisions of a directive is concerned, the following aspects should be particularly noted:

- The local Courts should presume that the Member State is willing to fully abide by the objectives of the directive;
- The national transposition norms should be interpreted as closely as possible to the meanings of the provisions of the directive;[117]
- Interpretations of national law should be made in such a way that they will not contradict the provisions of the directive, without appealing to illegal interpretations of national law;
- Whenever in doubt as far as the interpretation of the provisions of the directive is concerned, the local Court will make a request for an interpretation from the European Union Court of Justice, the latter pronouncing a preliminary ruling.

c) “The direct effect” of the Court of Justice judgements in the interpretation of directives

Due to the importance of the precedent in the Community Law, the decisions of the European Union Court of Justice being very close to the *common law* system[118], the judgements of the Court of Justice are opposable to the States and direct the interpretations of the national judges. This is the reason why can be speak, to a certain extent, of the existence of a direct effect of the Court of Justice ruling in interpreting and applying the provisions of directives.

Definitions and abbreviations

Member State of affiliation represents the state which the patient is citizen of or in which s/he has residence permit or other options which grant them affiliate status. In all situations, the patient must have the minimum rights to benefit from the healthcare services provided by the “social pack”.

Member State of treatment means the state on whose territory healthcare is provided.
The Court of Justice – The European Union Court of Justice
Directive – Directive 2011/24/EU

[117] Relevant in this respect are cases adjudicated by the European Union Court of Justice, which have a mixed character: one of interpretation of the European legislation and one of creation of specific laws (the precedent principle applies).
[118] The EU judicial system is similar to a great extent to the Anglo-Saxon system as far as the importance of precedent is concerned; therefore the interpretations given by the European Union Court of Justice are of the essence. The evolution of the interpretations concerning the prior authorisation depends to a great extent on the actions undertaken by patients associations in this direction.

Substantiation of Directive 2011/24/EU

Introduction

In order to conceptually delineate the objectives of this Directive, we shall start by approaching critically the arguments for the substantiation of Directive 2011/24/EU, its grounding principles. For this demarche, we have in view firstly a better understanding of the complex judicial framework which it generates, but also the fact that the Directive introduces implicit obligations of Member States, other than the ones specifically provided by its objectives. The analysis of the substantiation of the Directive focuses on aspects which we consider particularly significant, attempting at pinpointing their possible meanings, the problems they elicit, and to estimate their impact on the Romanian health system.

Methodological study definitions

Whenever the text of the Directive was considered as particularly relevant, we have quoted from it, fully or partially. As for the rest, we have presented the interpretations we gave to the legal text in a compendious manner. The citation of some texts from the Directive substantiation is indicated in italics, the number of each article being indicated at the beginning or the end of the paragraph.

Arguments in favour of a social health system

(1) As a general principle, treaties indicate the wish to protect health, suggesting that health is a priority. The provisions in the field include healthcare as part of the social dimension assumed by the EU.

(2) *"The majority of the provisions of this Directive aim to improve the functioning of the internal market and the free movement of goods, persons and services*." The juridical framework is that of the fundamental liberties of the Union, i.e., the free movement of goods, persons, and services, the directive combining interests concerning the free movement of services with the ones concerning the free movement of individuals. In other words, the context is predominantly economic, comprising elements related to healthcare.

(3) *"The health systems in the Union are a central component of the Union's high levels of social protection, and contribute to social cohesion and social justice as well as to sustainable development."* The European Union includes, at declarative level, the healthcare system in the wider framework of the social protection system. The healthcare system reform should have regard to this aspect, ensuring at least a minimum level of social protection. To put it otherwise, we consider that introducing a neo-liberal healthcare system cannot be taken into consideration, as it would be incongruent with the EU strategies and legislation in the field.

(21) "*In its Conclusions the Council recognised that there is* ***a set of common values and principles that are shared across the Union about how health systems respond to the needs of the population and patients that they serve****. The overarching values of* ***universality, access to good quality care, equity, and solidarity*** *have been widely acknowledged in the work of various Union institutions"* (our emphasis).

Hence, we note the EU preoccupation for the functioning of society as a whole, with significant impact on the (social) health systems, acknowledging the existence of a set of common values and principles for all Member States. These values/principles are:

- universality
- solidarity
- equity
- access to good quality care.

We can further remark from this perspective that any intentional reform of the health system should be made with regard to these principles[119], which means that the states' freedom to organise their own health systems is limited by the abidance to these principles (and to other subsequent provisions of this Directive).

Decisions left at the Member States level

(4).1 *"Member States retain responsibility for providing safe, high quality, efficient and quantitatively adequate healthcare to citizens on their territory."* Although incidentally, the Directive mentions the Member State responsibility for the healthcare provided to their citizens. It is obvious that an attempt at reform on the part of Romania, which would result in excluding some citizens from access to certain categories of healthcare due to their limited financial resources, represents a significant difference from the rest of Member States which may trigger a complex set of phenomena whose impact is difficult to predict. With regard to the text above, another effect is the Romanian State's obligation to elaborate an efficient health system, which can be further interpreted in terms of certain limitations of an exaggerated emphasis on private systems. In addition, the obligation to ensure high quality healthcare requires significant efforts on the part of the Romanian system for ensuring the possibility of providing state-of-the-art medical techniques, which is only possible with adequate funding.[120]

This sentence also raises an issue which tends to exceed the possibility of a state confronted with the migration phenomenon: the compulsoriness to ensure the required human resources, i.e., their presence at a qualitative and qualitative level sufficient to ensure adequate healthcare with high quality standards. The migration of the healthcare personnel brings forth workforce and especially skills deficit.[121]

(4).2 *"The transposition of this Directive into national legislation and its application should not result in patients being encouraged to receive treatment outside their Member State of affiliation."* Two aspects are worth considering here: the former concerns the necessity of transposing the directive into national legislation, already known from the point of view of the hierarchy and acting way of the European

[119] In this light, we can question to what effect is Vlădescu's project for a new Health Law (subsequently become, with some amendments, Cepoi's project) abiding by these principles if it envisages the privatisation of the social health insurance system?

[120] It is true that the quality and efficiency combination can be interpreted in a restrictive sense reported to the new medical techniques and technologies, efficiency being used as an argument against the costs of these technologies.

[121] If the health system employees can be replaced with new generations of graduates (especially when the ratio between the graduates number and the new employees number is improper, that is to say that the number of graduates is much bigger than the number of newly employed), this is not the case for the set of skills in the field, seriously affected by the fact that the migration process is selective in what competences are concerned.

norms, while the latter focuses on the fact that the system should be organised such way so as to avoid direct or implicit encouragement of patients to seek treatment in other state than their state of affiliation. If things are relatively clear in the case of explicit encouragement, the issue rises from the implicit encouragement of patients' migration, which may derive from the organisation of the health system. An interpretation of reform measures in the sense of an implicit encouragement of patients' migration may be appealed to if the respective measures are being taken for the transposition of the provisions of the Directive into national legislation.

(5) *In particular, decisions about the basket of healthcare to which citizens are entitled and the mechanisms used to finance and deliver that healthcare, such as the extent to which it is appropriate to rely on market mechanisms and competitive pressures to manage health systems, must be taken in the national context.* We note the states' freedom of choice in what the selection of health funding mechanism[122] is concerned and also the requirements for defining a healthcare basket to which patients are entitled. Nonetheless, at the same time, these provisions should be interpreted in terms of the minimal obligations provisioned in the directive with regard to the qualitative and quantitative level[123] of medical care for each state.

(7) *This Directive respects and is without prejudice to the freedom of each Member State to decide what type of healthcare it considers appropriate.* This acknowledgement of the Member States' freedom to decide upon the health system type which they consider most adequate should be interpreted in the context of the provisions stipulating some conditions which health systems must comply with.

Objectives of the Directive

(9) "*The Council recognised the particular value of an initiative on cross-border healthcare ensuring clarity for Union citizens about their rights and entitlements when they move from one Member State to another, in order to ensure legal certainty.*" In the light of this sentence, this Directive seems rather a necessary measure for accompanying the freedom of movement, being tightly related to the latter. As a rule, the phrasing does not allow medical tourism, the rights to cross-border healthcare being a contextual one. If this interpretation is considered definitive, we should further acknowledge the fact that, in legislators' view, this exception seems to refer to situations in which a certain type of treatment cannot be provided in the state of affiliation. However, assuming that a citizen has the rights to obtain prior authorisation to benefit from reimbursement of treatment in another Member State, on the grounds of difference in the quality of healthcare, we are then entitled to discuss the existence of some implicit minimal standards in what the quality of healthcare at the Union level is concerned, in reference to the

[122] This can be also interpreted as non-involvement. The attitude is understandable especially if we consider the fact that this directive is rather placed in the context of the freedom of movement for citizens and services than in that of the EU citizens' fundamental rights.

[123] From this point of view, we may consider that the directive sets the premises for a form of solidarity between Member States in what the social health systems are concerned.

highest quality level available in public services.[124] This indicates a wider application level for the Directive, specifically phrased in the texts quoted below.

(10). a. "*This Directive aims to establish rules for facilitating access to safe and high-quality cross-border healthcare in the Union and to ensure patient mobility in accordance with the principles established by the Court of Justice and to promote cooperation on healthcare between Member States …"*
As one can observe, the Directive assumes the formation of the legal framework of:

- Patient mobility;
- Access to cross-border healthcare;
- Safe and high-quality healthcare; [125]
- Promotion of cooperation on healthcare between Member States.

(10). *b. "….whilst fully respecting* ***the responsibilities of the Member States*** *for* ***the definition of social security benefits relating to health*** *and for the* ***organisation and delivery of healthcare and medical care and social security benefits****, in particular for sickness."*
A strict interpretation leads to the conclusion that the rights of Member States[126] are limited to:

- the definition of social security benefits relating to health;
- the organisation and delivery of:
    - healthcare;
    - medical care;
    - social security benefits in case of sickness.

Application domain

(11). a) *This Directive should apply to individual patients who decide to seek healthcare in a Member State other than the Member State of affiliation. As confirmed by the Court of Justice, neither its special nature nor the way in which it is organised or financed removes healthcare from the ambit of the fundamental principle of the freedom to provide services.*

One can infer that cross-border healthcare has two judicial sources:

- the freedom to provide services, healthcare included;
- the patients' freedom (limited by the prior authorisation) to decide individually on the place when they seek healthcare.

[124] It is just a step from this to *quality treatment cannot be provided in the country of affiliation*.
[125] The methodical interpretation of the provisions of the directive leads us to the conclusion that the quality of cross-border healthcare and the quality of healthcare in each state should be identical. It becomes apparent that the directive suggests, if not directly requires, the states' obligation to take the necessary action in order to ensuring quality standards in healthcare.
[126] One should note that these rights are actually defined as responsibilities, which entails, in fact, obligation. This compulsoriness is of great importance from the perspective of reform.

As one can observe from this text and from the methodological interpretation of the provisions of the Directive, the freedom of services is more 'powerful' that the patient's free choice. In other words, insofar as the patient's request for healthcare depends on the service provider's freedom to grant healthcare, it tends to be permitted. This, in turn, leads to the conclusion that the interests of the healthcare providing companies/units outweigh the patients' interests.[127] Mention should be made that the patients' freedom of movement subsists insofar as it correlates with the free movement of services and, secondarily, with the free movement of persons. To put it otherwise, the free movement of patients depends to great extent on the healthcare services market, the former being the more ample as it contributes to the fulfilments of the latter's interests.

Reimbursement of costs

(26) The basis of this regulation[128] is represented by a few prior judgements of the European Union Court of Justice, which *acknowledged the patients' rights, as insured individuals, to the reimbursement of the costs generated by healthcare provided in another Member State, in the frame of the statutory system of social security.* Hence, we note that reimbursements refer to ***the statutory system of social security***,[129] and that they can be also regarded as a form of cooperation at inter-institutional level between the statutory systems of social security from different states.[130] As we shall further observe, this Directive actually offers the perspective of a higher level of harmonisation through the possibility to adopt the clearing system in the bilateral relationships.

(26) *"The Court of Justice has held that the Treaty provisions on the freedom to provide services include the freedom for the recipients of healthcare, including persons in need of medical treatment, to go to another Member State in order to receive it there."* It is obvious that one of grounds (perhaps the most important) of cross-border healthcare is the freedom to provide services.[131] We note the persons' rights

[127] This remark is particularly relevant considering certain strategies approached by healthcare units, which range from restriction of development in the direction of ensuring very expensive healthcare services to active measures for drawing patients in, the latter being considered especially by systems in which private units participate in providing social services. The tendency increases if the level of reimbursement of costs is compatible with the existence of profit.

[128] We can actually assert that this is the main reason for the issuance of this Directive.

[129] The phrase emphasises the obligation of possessing a social security system which includes Health, being one of the explicit mentions in favour of a European social system. From this point of view, one can assert that President Traian Băsescu's gesture to discuss the extinguishment of the social status (in approximated terms), more precisely, the attack at the social status which he has undertaken in the last three or four years contradicts the EU provisions in this direction. This gives birth to a question regarding his relationship with the EU Commission, Counsel, and Parliament in this respect, that is to say, whether these institutions have observed this false note between the internal politics and the declarations concerning the firm adherence to the Union or whether it corresponded to a general intention at the Union level, which was never transposed into law.

[130] This would constitute a first step (even through a very small one) towards the harmonisation of the social systems and, perhaps, even the formation of a unique social security system. In our opinion, the much debated fiscal union should be accompanied by a decisive step towards the harmonisation of the social security systems at EU level.

[131] Grounded on the provider's liberty, cross-border healthcare is placed within the inherent limits of this liberty. As it is primarily regarded as liberty to provide medical care, it can restrained with the help of the providers, at

to go to another Member State in order to receive medical care,[132] which provides a potential opening of the healthcare services market for the EU citizens, which is, nevertheless, affected by numerous stipulations and restrictions, most of them implicit, as we shall see.

(27) The juridical frame for the application of the provisions of this Directive also includes:

- the provisions should be interpreted in accordance with the principles established by the Court of Justice;
- the provisions should be interpreted inasmuch as they do not affect the financial balance of healthcare and social security systems of the Member States;[133]

resulting, nevertheless, in a greater judicial security as far the reimbursement of the costs of healthcare is concerned, for the following categories:

- patients;
- health professionals;
- healthcare providers;
- social security institutions.

Article (28) of the Substantiation refers to provisions already applicable on the grounds of other principles than that of the free movement of services, especially those pertaining to the coordination of social security systems at the Union level.

(29) Virtually, the aim of the directive is that patients should benefit from the principle of free movement, as well as the freedom of movement for services and citizens. As it is the case for the latter, the freedom is, nevertheless, restricted. Three limitations stand out at this point:

- reference to the member state of affiliation in what the minimum level of reimbursement is concerned;[134]
- the freedom of Member States to establish the level of social protection in health/the extent of the sickness cover;
- prevention of the considerable[135] effects on the funding of national healthcare systems.

least when they are in the impossibility (objective, we hope) to provide these services. The problem is the way in which this impossibility occurs. Virtually, a state does not hold the rights to manage the health system pertaining to the social security system so as to wilfully produce such impossibilities; as such politics would exceed the spirit of the Directive. The problem intervenes when insufficient financial resources lead practically to an objective impossibility. In our view, this is the only variant applicable to Romania at this moment. Nevertheless, this entails efforts to pinpoint the real costs associated with healthcare, as well as efforts to increase the funding level, and, last but not least, the adjustment of the dimension of the social security system to the actual possibilities.

[132] The possible effect of these rights is defined with the relatively improper syntagm *medical tourism*.

[133] O very loose provision which risks entailing abuse on the part of the States, determined by their wish to protect their own financial balance. The protection instrument is the *prior authorisation*, its extent establishing the limitations of the freedom of movement. However, if one state's financial balance is set on a radical difference between what the state officially claims to provide and its financial resources (much more limited), then it is highly probable that it is not in the condition to be protected.

[134] This limitation marks a form of inequality between EU citizens, blatantly obvious in certain circumstances, especially in the form of differences between rich and poor states. Thus, when two patients from two different states get treatment from the same medical care unit, the level of the costs for the social security systems for each of them may be significantly different. (However, this reference has minimal character, being in the power of Member States to overcome it.)

Obviously, the last two issues have significant impact on the prior authorisation, being the crucial protection point in the Romanian state (anticipated) strategy. One should note that, in lack of waiting lists for various diseases, the prior authorisation cannot be declined on the reasons of preventing the considerable effects on the national healthcare system funding, the reimbursement of costs for the treatment received in another state being made at the level of the costs in Romania.[136]

The relationship between the provisions of the directive and EU regulations on the coordination of social security systems[137]

(30) In the situations in which EU regulations on the coordination of social security systems are applicable, either this Directive applies directive or the EU regulations on the coordination of social security systems apply.

(31) *Patients should not be deprived of the more beneficial rights guaranteed by the Union Regulations on the coordination of social security systems when the conditions are met.*

In the case of a state to which the EU regulations on the coordination of social security system apply, any patient who requests an authorisation to benefit from adequate treatment of his condition in another member state should be always granted this authorisation under the following conditions:

- this treatment is among the benefits to which the patient is entitled in his state of residence, and
- when the patient cannot receive this treatment within a medically justifiable time limit, considering:
    - his current state of health;
    - the probable course of the condition.[138]

On the condition that the EU regulations on the coordination of social security systems are more favourable, the Member State of affiliation should draw the patient's attention to this aspect. Should the patient specifically require benefiting from treatment under the terms of this Directive, the benefits which apply to reimbursement (and especially the reimbursement level) should be limited to those which apply under this directive.

---

[135] The scope of patients' migration depends on the meaning of the term *considerable*, this being one of the variables for granting the prior authorisation.

[136] Moreover, the union-type tourism of Romanian citizens may virtually represent a form of delaying expenses (all the more if we consider reimbursement after long periods of time), that is to say, a temporary relaxation of financial pressure.

[137] Even though the provisions are not applicable for Romania at this moment, we do not rule out the possibility for them to become applicable in the near future. Considering the migration process, we consider that it is compulsory to start up the social security systems coordination especially with Spain and Italy. Moreover, we consider that the Health reform process should take this aspect into account, as far as the funding means are concerned, its social dimension respectively.

[138] One should note that the ability of the state of residence to provide the treatment in a reasonable time frame is discussed, and not its financial possibilities. It is also remarkable that a very significant voice in the matter of the prior authorisation in view of receiving treatment in another Member State have the health professionals, through their various institutions: professional organisations (the College of Physicians), the specialised commissions at the Ministry of Health (which tend to reflect the state's position), the corps of the health experts, etc.

(32) Irrespective if the provisions of the directive or the EU regulation on the coordination of social security systems apply, patients should not benefit from financial advantage from the healthcare provided in another Member State, and the assumption or reimbursement of costs should be limited to the actual costs of healthcare received.
This way, the actual costs of healthcare received in the circumstances of cross-border healthcare entail the following aspects:

- they represent reimbursement level between states in compliance with:
    - conventions concluded between states in accordance with the EU regulations on the coordination of social security systems;
    - conventions concluded between states in accordance with Directive no. 2011/24/EU
- they represent the maximum amount for reimbursement: the reimbursement level is established in accordance with the level of costs in the Member State of affiliation. Should the level of reimbursement for healthcare be higher than the actual costs of healthcare provided in another state, the reimbursement will be made at the level of the actual costs.

(33) "*This Directive does not aim to create an entitlement to reimbursement of the costs of healthcare provided in another Member State, if such healthcare is not among the benefits provided for by the legislation of the Member State of affiliation of the insured person*." This means, *per a contrario,* that the Directive aims at reimbursing the costs of healthcare provided in another Member State if such healthcare is among the benefits provided by the legislation of the Member State of affiliation of the insured person, provided that some conditions are met, the prior authorisation being the most important one.[139]

"Equally, this Directive should not prevent the Member States from extending their benefits-in-kind scheme to healthcare provided in another Member State." This is probably the case in which certain states understand to conclude conventions by which they grant reciprocal healthcare to their citizens. Should this be the case, we can speak of a third mechanism, that of the *benefits-in-kind*, in addition to mechanisms of *reimbursement* and *clearing*.

In addition, it needs pointing out that *Member States are free to organise their healthcare and social security systems in such a way as to determine entitlement for treatment at a regional or local level*, which is another source for possible conditioning for granting prior authorisation.

(34) *"Member States of affiliation should give patients the right to receive at least the same benefits in another Member State as those provided for by the legislation of the Member State of affiliation."* First of all, it is obvious that all Member States should be aware of the level of benefits applicable in each of the Member States, which presupposes both an extended information system and a degree of transparency in this field, respectively the correspondence between 'legal promises' (legal provisions) and the actual possibilities of the system. In addition, the patient's entitlement to healthcare in another

[139] However, we should bear in mind that prior authorisation is implemented to protect the state's interests under clearly stated circumstances and only for a certain category of healthcare (the most important one).

Member State starts from a minimum level represented by the ***level of benefits*** in the country of origin/Member State of affiliation. The Directive acknowledges the possibility for certain differences in treatment, differences which should be, virtually, 'homologated'. This homologation process should be the object of the prior authorisation, which is why we consider that the prior authorisation procedure should comprise analysis criteria and procedural mechanisms specific to this 'homologation'.

Restrictions to the entitlement to reimbursement of costs of cross-border healthcare[140]

(11) b) *"…the Member State of affiliation may choose to limit the reimbursement of cross-border healthcare for reasons relating to the quality and safety of the healthcare provided, where this can be justified by overriding reasons of general interest relating to public health. The Member State of affiliation may also take further measures on other grounds where this can be justified by such overriding reasons of general interest. Indeed, the Court of Justice has laid down that public health protection is among the overriding reasons of general interest that can justify restrictions to the freedom of movement envisaged in the Treaties."*

The situations in which the Member State of affiliation may act in the direction of the restriction to the patient's freedom to choose the state in which to receive healthcare by limiting the reimbursement of cross-border healthcare are as follows:

- *reasons related to the quality and safety of healthcare provided*; which makes us envisage one state's possibility to limit the patients' free movement by claiming safety reasons (e.g. epidemic, inappropriate practice, etc.) or reasons related to the low quality of healthcare in another State. To put it otherwise, if a state does not want to "lose" the patients of their own system, suffice it to claim quality reasons.[141]

[140] We consider that the restriction to the rights to the reimbursement of cross-border healthcare imposed by the Member State of affiliation represents a form of restriction to the patients' freedom of movement, but one which has in view the expansion of social security in the Member State of affiliation and not the citizen's possibility to use his own financial resources to pay for cross-border healthcare.

[141] Such a situation gives birth to two types of problems:

- The existing standards in the field, that is to say, the reference point. For a state to be able to claim the absence of quality in healthcare, it must indicate the transgression of some minimal quality standards accepted by the EU. Which, in turn, leads to the necessity to create these standards.
- The difference between the EU rich and poor states in what the quality of healthcare is concerned, usually based on the rule: *quality depends on allotted resources.* This, in turn, leads to the following probable situation: the rich states (i.e. the states with high-quality healthcare) would be much more entitled to claim quality as reason to restrict their citizens' freedom to receive treatment in poorer states, while the poor states cannot make such a claim. The results would be the difference between patients' movement, respectively, there will be no patients flux towards the poor states, but patients from these states will be able to move to other states. In the case of treatments that cannot be provided for in the Member State of affiliation, the differences in costs between the patients' treatment in one state's own system (for similar conditions as far as the difficulty level is concerned) and their treatment provided for by the western systems would burden the poor countries' budgets even more, making the problems even more serious and creating a real *vicious circle of quality*. This mechanism will be also supported by the migration of the health professionals, the higher wages in the West health systems emphasising the skills deficit in the poor states and thus contributing to the decrease in quality.

- *overriding reasons of general interest related to public health*. One of these reasons is *public health protection,* as the Court of Justice has lain down. Under these circumstances, raises the question of the meaning which *public health protection* may have. For example, if the occurrence of a mechanism of the type specified above, in which the health budget is affected and the State's possibility to provide healthcare for their own citizens is observed, could this lead to claiming *public health protection* as a reason for the limitation of reimbursements? We believe that Article 12 clarifies this question to some extent; this is the reason why we shall quote it in its entirety.

12. "*The concept of 'overriding reasons of general interest' to which reference is made in certain provisions of this Directive has been developed by the Court of Justice in its case-law in relation to Articles 49*[142] *and 56*[143] *TFEU and may continue to evolve. The Court of Justice has held on a number of occasions that overriding reasons of general interest are capable of justifying an obstacle to the freedom to provide services such as planning requirements relating to the aim of ensuring sufficient and permanent access to a balanced range of high- quality treatment in the Member State concerned or to the wish to control costs and avoid, as far as possible, any waste of financial, technical and human resources. The Court of Justice has likewise acknowledged that the objective of maintaining a balanced medical and hospital service open to all may also fall within one of the derogations, on grounds of public health, provided for in Article 52*[144] *TFEU, in so far as it contributes to the attainment of a high level of health protection. The Court of Justice has also held that such provision of the TFEU permits Member States to restrict the freedom to provide medical and hospital services in so far as the maintenance of treatment capacity or medical competence on national territory is essential for public health."*

As far as the reasons of general interest are concerned, the following ones can be claimed:

- *planning requirements relating to the aim of ensuring permanent and sufficient access to a balanced range of high-quality services.* In other words, the control of the access to high-quality healthcare, given that they can be the main attraction for the 'medical tourism'.

---

[142] TFEU, Article 49 *Within the framework of the provisions set out below, restrictions on the freedom of establishment of nationals of a Member State in the territory of another Member State shall be prohibited. Such prohibition shall also apply to restrictions on the setting-up of agencies, branches or subsidiaries by nationals of any Member State established in the territory of any Member State. Freedom of establishment shall include the right to take up and pursue activities as self-employedpersons and to set up and manage undertakings, in particular companies or firms within the meaning of the second paragraph of Article 54, under the conditions laid down for its own nationals by the law of the country where such establishment is effected, subject to the provisions of the Chapter relating to capital..*

[143] TFEU, Article 56 *Within the framework of the provisions set out below, restrictions on freedom to provide services within the Union shall be prohibited in respect of nationals of Member States who are established in a Member State other than that of the person for whom the services are intended. The European Parliament and the Council, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, may extend the provisions of the Chapter to nationals of a third country who provide services and who are established within the Union*

[144] TFEU Article 52 (1) *The provisions of this Chapter and measures taken in pursuance thereof shall not prejudice the applicability of provisions laid down by law, regulation or administrative action providing for special treatment for foreign nationals on grounds of public policy, public security or public health*. (2) *The European Parliament and the Council shall, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, issue directives for the coordination of the abovementioned provisions.*

- *the wish to control costs and avoid, as much as possible, any waste of financial, technical and human resources*. Virtually, the wish to control the costs can be claimed by any state which is in the circumstance of having significant loss in the new context, as the differences in costs of similar healthcare services could be interpreted as a waste of financial resources.
- *the objective to provide balanced medical and hospital care,* ***open to all****, inasmuch as it contributes to the reach of a high level of health protection, in reference to the provisions of Art.52 TFEU*. To put it otherwise, if the great flow of foreign patients may affect one health system's ability to provide healthcare services to their own patients, the respective state may intervene with measures limiting the access of the patients from other Member States. If the action mechanisms pertain to prior authorisation for the patients who want to receive treatment in another state, in the case of the state of destination, the mechanisms for the legal actions which do not affect fundamental freedoms of the citizens are difficult to identify.
- *keeping the treatment capacity or medical competence on national territory is essential for public health*. Within this framework, if the patients' migration risks affecting the maintenance of treatment capacity,[145] the Member State of affiliation may decline to grant prior authorisation on these grounds.

We also take note of the possibility of a further evolution of the concept of "reasons of general interest" through Court of Justice's case-law related to actual cases which may occur after the Directive's entering into force. Which is why we can consider that the meanings of its provisions is not yet stable in what the degree of freedoms for EU citizens is concerned, or for the Member States' degree of obligation.

One may note that articles 11 and 12 deal with two different perspectives:

a) the rights of the Member State of affiliation to limit the reimbursement of cross-border healthcare for certain reasons, respectively:

a. ensuring quality and safety of national healthcare;
b. overriding reasons of general interest.

b) the rights of the Member State to restrict the access of other EU states citizens to its health system, by virtue of the following overriding reasons of general interest:

a. planning ensuring permanent and sufficient access to a balanced range of high-quality services;
b. costs control;
c. providing balanced and open to all healthcare;
d. keeping the treatment capacity.

This means that the patients' free movement can be restricted/limited both by the Member State of affiliation and by the one in which he intends to receive treatment. The identification of these

[145] Should the process be a wide one, it affects the treatment capacity through the following mechanism: the significant decrease in the service's targeting, combined with the prevalence of the efficiency and savings principle may lead to the respective service's disparity.

limits and the attempt to fall under them is part of the effort required to transpose the directive into national legislation and also part of the strategy of all the bodies interested in finding new opportunities.

13. *It is clear that the obligation to reimburse costs of cross- border healthcare should be limited to healthcare to which the insured person is entitled according to the legislation of the Member State of affiliation.* The level of healthcare to which a patient is entitled to in his own country is reference point in what the reimbursement of costs of cross-border healthcare is concerned.

Articles 14 and 15 of Substantiation govern the exception from the provisions of this Directive, namely exclusions, which are:

- Long term care services provided:
    - at home;
    - in assisted living facilities;
    - in nursing homes.
- Access to the allocation of organs for the purpose of organ transplant.

The exclusion of long term care services may incur a series of problems come from the procedural differences between Member States. For example, the Romanian system is characterised by long periods of hospitalisation and a low level of additional services of long-term care. Should this be the standard at national level, in the process of patients and services exchange occasioned by this Directive, difficulties of *homologation* between Member States may rise.

Articles 16 and 17 establish the conditions applicable to the prescription of medical products and medical devices when provided in the context of cross-border healthcare, and respectively the fact that the Directive should clarify more situation types:

- Prescription of medical products and their purchase in the state where healthcare is provided;
- Prescription of medical products in another country and their purchase in the Member State of affiliation;
- Prescription of medical care in another country (e.g. the one in which the patient receives medical care) and their purchase in a third country.

Limits of the provisions of the Directive; transgressions of the provisions related to free movement

(18*) "This Directive should not give any person an entitlement to enter, stay or reside in a Member State in order to receive healthcare in that State. Where the stay of a person on the territory of a Member State is not in accordance with the legislation of that Member State concerning the right to enter or stay on its territory, such person should not be regarded as an insured person according to the definition in this Directive. Member States should continue to be able to specify in their national legislation that is considered as an insured person for the purposes of their public healthcare scheme and social security legislation as long as the patients' rights set out in this Directive are secured."*

The entitlement to cross-border healthcare is, from the citizen's point of view, an entitlement pertaining to freedom of movement, under the latter's limits. It cannot become main entitlement, that is to say entitlement to stay in a EU State. Being secondary, the entitlement to cross-border healthcare shares the conditions of the main entitlement: should the entitlement to enter or stay in a Member State be affected, then also the entitlement to cross-border healthcare [146] or to the reimbursement of its costs is also affected. We take note that the sanction is "such person should not be regarded as an insured person", which triggers the following effects: the person can access healthcare but needs to pay for it, without entitlement to reimbursement of costs and can also receive emergency services (corresponding to the minimal basket); which could be also charged, as the minimal basket is associated with uninsured persons who have legal stay permit. Nonetheless, this is the hypothesis that the citizen infringed the provisions on entering, staying or residing in another state, this state being entitled to apply sanctions. Two simultaneous statuses are operational here: the illegal resident status in the country he is in and the citizen status in the country of affiliation. To avoid a conflict situation between the consequences of the two statuses from the perspective of social security, the state of affiliation should also have clear provisions related to its citizens which find themselves in such circumstances. The substantiation suggests that a person infringing on the limits of the freedom of movement is no longer an insured person. But the insured person status mainly derives from the status which the citizen has in his own country. This means that we are in the circumstance in which infringement of a legal provision of a foreign country could be sanctioned in the country of origin. In addition, this sanction affects rights which can virtually be affected only in clearly delineated circumstances (e.g., even a prisoner is entitled to healthcare, which means that a person who infringes the limits of free movement is in a worse position that that of a prisoner).

In other words, when a person is in the circumstances of having infringed on the limits of movement, the following issues are entailed:

- ***Entitlement to minimum healthcare pack*** – in correlation with citizenship, therefore, virtually, it cannot be lost. The problem is whether the *territoriality principle* applies in this case (at least for some services included), considering their adaptation level of one country's specific requirements. To put it otherwise: is a Romanian citizen entitled to minimum healthcare only when he is on Romanian territory? There are two possible answers:
    - **YES**: a Romanian citizen is entitled to minimum healthcare on condition that he is in Romania – limitation of the minimum healthcare pack. In this case, what is the influence of the Directive on the minimum healthcare pack; does it concern these services or only the ones deriving from the quality of insured person? In order to clarify this question, we should define the healthcare minimum pack. To this effect, one must note that two definitions are possible:

[146] Corresponding to the level of healthcare he would have been entitled to in the country of origin. This assumption is hardly valid, much more probable (and natural) being the situation in which the patient may access these services supporting the costs. This may become a valid hypothesis on condition that clearing is possible, that is to say when there exist agreements between states in this respect. Even so, the citizen would be entitled to the same rights as an uninsured citizen from the country in which he is. The opposite hypothesis leads to unacceptable conclusions, namely to his being refused healthcare as sanction for transgressing the provisions on entrance, stay, or residence in the respective state, which may be regarded as infringement on human rights.

- *According to funding*: minimum healthcare pack is financed by the state.[147] This does not mean that everything that is state-financed is part of the minimum healthcare pack, neither that something non-financed can become part of the minimum pack.
- *According to specific difference*: minimum healthcare pack is that healthcare service pack which all citizens are entitled to, including the uninsured ones. Two possible situations spring from here:
  - Insured citizen – fall under the effects of the Directive, minimum healthcare pack service being included in the basic healthcare service pack.
  - Uninsured citizens – the ones to which entitlement to minimum healthcare pack in another state is truly questionable.

- **NO:** this entails the idea that a Romanian citizen is entitled to minimum healthcare when he is on the territory of another state.

- ***Entitlement to basic healthcare pack*** – according to Directive no. 2011/24/EU, a citizen entitled to basic healthcare in the Member State of affiliation is entitled to these services in any Member State.[148] The problem is whether he loses this entitlement as upon infringement on the provisions on enter, stay, or residence. The substantiation suggests that he does. But the nature of the citizen rights is more complicated, they being at all times opposable to the state of origin. The strict interpretation of the relationship between citizen and Member State of affiliation in what regards the entitlement to healthcare, in reference to the Directive, seems to suggest the following: the state's obligation towards its citizen expands to the entire EU space, except the cases in which the citizen stays illegally in another state. Actually, the state has obligations even in this situation; however, they are rather ineffectual and cannot be fulfilled. In other words, it is not about a sanction, but the inefficiency of the provision.

Therefore, the Directive substantiation suggests the necessity to clarify various interpretation conflicts with the help of national legislation. Clarification should spring from the definition of insured person, a definition that should cover situations of cross-border healthcare.

Access to information

(19) The patient's access to information on the rules applicable to cross-border healthcare is of the essence, the Directive being a real information system.[149] Even though the rules governing

[147] This is an ideal definition, not always conformable to reality. The fact that some national programmes are funded by CNAS (or have been funded by it) suggests that not always and not fully is the minimum healthcare pack funded by the state.

[148] His rights materialise in that he is entitled to be received as patient in healthcare unit in three variants:
- Emergency
- Paid service – entitled to reimbursement in the country of affiliation
- Free – in case of clearing settlements among the states..

[149] Which, in turn, is the basis for a more profound collaboration in the field of healthcare at the UE level.

healthcare at the level of a state concern the respective state, they should meet some requirements in what information is concerned:

- help the patient make an informed choice;[150]
- avoid misapprehension and misunderstanding;
- establish a high level of trust between the patient and the healthcare service provider.

The general way in which these obligations are stated allows a number of interpretations. In addition, mention should be made that abiding to these provisions in relation to a patient from another Member State entails structural modifications at the level of the healthcare system, under the disguise of the entitlement of each state to organise their own health system as they consider appropriate, the Directive actually provides a number of principles and rules applicable to all states.[151] Apart from the necessary efforts in overcoming the linguistic barriers,[152] particularly significant is to make information channels available and, especially, the operational standards this information refers to. To put it differently, the requirements that need to be met should be interpreted from the perspective of information made available and with regard to the operation standards they assume.[153].

The awareness with regard to applicable rules annuls the possibility of the present-day disjunction between legal norms in the field (e.g. healthcare virtually provided to an insured person) and the actual possibilities of the system. For example, to a foreign citizen, the shortcomings in medication and medical supplies are not opposable to a foreign citizen (at least, not without consequence), nor is the attitude of the personnel discontent with their wages, who somehow "protest" at the expense of patients.

(20) The obligation to supply patients from other states with information brings forth the implicit obligation considering the existence of:

- *safety and quality standards;*
- *information regarding healthcare providers to whom these standards apply.*[154]

In turn, healthcare services providers should make available to patients information concerning:

---

[150] Virtually, the subjects of these provisions are patients from other Member States. Since a more favourable situation for the patients from another state than for their own citizens cannot be conceived, we infer that these provisions apply to local patients as well and that they should be introduced into national legislation at the same time with the transposition of the directive into national legislation.

[151] Almost every time, obligation of duty (instead of obligation of performance) offers, within the Directive, actual measures that each state should implement in relation to its own health system.

[152] Also part of the modifications that should be brought from the perspective of this directive.

[153] Again, the state's freedom to organise its healthcare according to its own rules is restricted by the obligation to impose transparent minimal standards and mechanism.

[154] The only system that could meet at least a part of the requirements of standardisation and quality certification is the accreditation of healthcare units by CoNAS. Nevertheless, the accreditation procedure is deficient at this point and should be completed: with the introduction of accreditation as compulsory for all healthcare units, with the adaptation of the accreditation standards to the international standards, with the elimination of distrust in the objectivity of the assessment, and, last but not least, with effects at judicial and financial level triggered by the assessment. In addition, the assessment and monitoring procedures should be reconsidered (monitoring is at present absent in the accreditation process), in reference to the two dimensions: *safety standards* and *quality standards*.

- specific features of the healthcare services they provide;
- treatment options.[155]

If such procedure of informing the patients is already available, it also applies to patients from other Member States.

The state may decide that providing this information can be transferred in the responsibility of its institutions or insurance companies.[156] Even so, adequate procedures should be available at the level of healthcare service providers.

Obligations concerning quality of healthcare

(21) a. *"In its Conclusions the Council recognized that there is **a set of common values and principles** that are **shared across the Union** about **how health systems respond to the needs of the population and patients that they serve**. The overarching values of **universality, access to good quality care, equity,** and **solidarity** have been widely acknowledged in the work of various Union institutions"* [157](our emphasis).

These values should be (also) acknowledged in what concerns the patients and citizens from other Member States, who have to be provided equity treatment, considering their healthcare necessities and not their state of affiliation.[158] To this effect, Member States should abide by the following principles:

- the principle of free movement of person within the internal market;
- the principle of non-discrimination with regard to nationality;
- the principle of necessity and adequacy to any restrictions concerning free movement.[159]

The restriction of these restrictions should not be interpreted in the sense of creating obligations that would lead to the exacerbation of one state's healthcare system (that is to say, its considerable decreased ability to provide healthcare services). For example, healthcare services providers cannot be forced to accept planned treatment for patients from other Member States or to give them prece-

[155] For example, treatment options require a standardisation method at the level of each healthcare unit, virtually possible through practice agreements and protocols.

[156] If the system preserves the current organisational structure, the main actors in collecting and supplying information should be CNAS and Ministry of Health and also CoNAS, as an institution charged with monitoring of health standards in healthcare units. Professional bodies should be also part of this system of supplying relevant information to foreign patients, if the state granted them such responsibility.

[157] We have tackled again these provisions presented in the first section of the present study because of their importance and multiple consequences in various domains, that is, in the domain of health policy of a state and from the perspective of introducing minimal quality standards in healthcare.

[158] One should discern the extent to which we deal with an exception from *the principle of service at the level of the state of affiliation*, to which a patient receiving cross-border healthcare is entitled. Our interpretation is that abiding by this principle in what the reimbursement /settlement of costs for healthcare is concerned should not interfere with the patient's actual need of healthcare.

[159] We could interpret this in the sense of a limitation of the restrictions of free movement, on the grounds of protecting one state's own health system.

dence over their own patients by extending the waiting period for the treatment provided for other patients.[160]

If patients' flows create a demand over the possibilities of a Member State for a certain type of treatment, the Member State may claim public health reasons in order to take action to limit these flows, in accordance with Articles 52 and 62 of TFEU.[161] The possibilities of intervention are, nevertheless, limited by the obligation to abide by the provisions of the Regulations 883/2004 of European Parliament and Council from April 29, 2004, concerning the social security systems coordination. One should observe the presumption that healthcare can be affected in a state if great flows of patients enter the respective state.

(22) *"Systematic and continuous efforts should be made to ensure that quality and safety standards are improved in line with the Council Conclusions and taking into account advances in international medical science and generally recognised good medical practices as well as taking into account new health technologies*."

Two questions in reference to this article: 1) is it a duty of care or a performance obligation? 2) Is this obligation applicable uniformly to all Member States? Answers to these questions can be provid-

---

[160] In the case of healthcare which presupposes waiting lists, patients from other states cannot, virtually, accede to these lists, as it would affect citizens from the respective state.

[161] TFEU, Article 62 (Services)

The provisions of Articles 51 to 54 shall apply to the matters covered by this Chapter (author'note: the connection between free movement of services and free movement of persons.)

(Ch. 2, **Right of establishment**)

Article 51

The provisions of this Chapter shall not apply, so far as any given Member State is concerned, to activities which in that State are connected, even occasionally, with the exercise of official authority. The European Parliament and the Council, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, may rule that the provisions of this Chapter shall not apply to certain activities.

Article 52

(1) The provisions of this Chapter and measures taken in pursuance thereof shall not prejudice the applicability of provisions laid down by law, regulation or administrative action providing for special treatment for foreign nationals on grounds of public policy, public security or public health.

(2) The European Parliament and the Council shall, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, issue directives for the coordination of the abovementioned provisions.

Article 53

(1) In order to make it easier for persons to take up and pursue activities as self-employed persons, the European Parliament and the Council shall, acting in accordance with the ordinary legislative procedure, issue directives for the mutual recognition of diplomas, certificates and other evidence of formal qualifications and for the coordination of the provisions laid down by law, regulation or administrative action in Member States concerning the taking-up and pursuit of activities as self-employed persons.

(2) In the case of the medical and allied and pharmaceutical professions, the progressive abolition of restrictions shall be dependent upon coordination of the conditions for their exercise in the various Member States

Article 54

Companies or firms formed in accordance with the law of a Member State and having their registered office, central administration or principal place of business within the Union shall, for the purposes of this Chapter, be treated in the same way as natural persons who are nationals of Member States

'Companies or firms' means companies or firms constituted under civil or commercial law, including cooperative societies, and other legal persons governed by public or private law, save for those which are non-profit-making.

ed by a systematic interpretation of the directive (and, in addition, of TFEU). We consider that Member States virtually have at least duty of care[162] in what establishing quality standards in healthcare is concerned. Even though the Directive seems to imply compulsoriness in what the relation with citizens/patients from other Member States is concerned, the numerous provisions on treatment equity (applicable in the relationships between local patients and patients from another Member State) lead to the conclusion that they should be regarded as obligations in relation to all patients. **This, in turn, suggests that Directive 2011/24/EU establishes at least duties of care with regard to establishing quality standards for healthcare provided in the Romanian health system.** All the more justified if we acknowledge the difference from other Member States in what quality is concerned.

Changes of paradigm in approaching malpractice as an effect of the Directive

(23) The Directive states that *"ensuring clear common obligations in respect of the provision of mechanisms for responding to harm arising from healthcare is essential to prevent lack of confidence in those mechanisms being an obstacle to taking up cross-border healthcare."* We consider that this implies the obligation of instituting states cooperation mechanisms in what malpractice insurance is concerned, for the personnel, as well as for healthcare units. In addition, we also take into account the possibility for imposing a protection and compensation system centred on patient, which would complete the ones focusing on healthcare services providers.

(24) Member States should ensure that mechanisms for the protection of patients and for seeking remedies in the event of harm are in place for healthcare provided on their territory and that they are appropriate to the nature and extent of the risk. However, it should be for the Member State to determine the nature and modalities of such a mechanism.

If we consider that malpractice insurance covers the aspects of "remedies in the event of harm" for the patients,[163] we also acknowledge the fact that they should meet at least two requirements:

- to include mechanisms for remedies in the event of harm;
- these mechanisms should be appropriate to the nature and extent of the risk.

This aspect is particularly relevant in reference to a future malpractice law which should cover risks and eventual related compensations both for the Romanian and foreign patients. This means that these compensations should be correlated to the level of compensations in the EU.[164] This concerns both the limits associated with the parties' agreement and the ones established in Court. A different interpretation would lead to a paradoxical situation in which two patients who received treatment in the same healthcare unit, from the same physician/nurse and who suffered from similar harm receive

[162] Identification of the provisions which imply performance obligations is yet to be established. This is the reason why the phrase "the states have at least duty of care" is provisional.

[163] The phrasing requires reassessment, as we consider that the tautology it implies is only ostensible.

[164] However, the impact of the mechanisms and compensation level compatible with other Member States on employees would be particularly negative due to the exponential increase in insurance premiums. In this respect, we consider that a formula of "co-insurance" would be beneficial, the costs for insurance being shared by employer and employee. What is more, the reform's direction towards the increase in liberalisation or medical practice actually hides a tendency to pass the responsibility and the additional costs determined by the provisions of the directive to employees.

different compensation, established in accordance with their state of affiliation, which would represent an unacceptable discrimination.

In what ***mechanisms for the protection of patients*** are concerned, apart from the ones related to malpractice, the situation is all the more complicated if more procedures/ authorities are included in this category. For example, if we regard the *Medical practice guidelines* as mechanisms for the protection of patients,[165] we conclude that they are subject to a mechanism of adaptation to equivalent forms from other Member States. All these represent reference levels, their reach being in the states' power.

In the general context of malpractice, we consider that a change in paradigm is necessary and urgent in the sense of moving from the scapegoat pattern to acknowledgement of the system's errors. We believe that the personnel assessment is also relevant in this respect. At this moment, the assessment system is feeding a paradox: employees with excellent assessments accused of malpractice. It is our belief that they can successfully blame the system errors for malpractice situations.

The idea of some representatives of the Ministry of Health, of limiting the amount of compensations for malpractice in order to maintain tolerable costs of malpractice insurance for employees is a problematic one, as, once the Directive no 2011/24/EU is transposed into national legislation, the amount of compensation should be at the EU level.

Protection of personal data

(25) From the point of view of personal data in relation to cross-border healthcare, three aspects are worth taking into consideration:

a) cross-border healthcare is only possible in the circumstance of cross-border access to personal data on the part of institutions and healthcare units;

b) the new frame should ensure the rights of the "*individuals to have access to their personal data concerning their health, for example the data in their medical records containing such information as diagnosis, examination results, assessments by treating physicians and any treatment or interventions provided";*

c) the necessity to create safe procedures for the protection of personal data which should respect the fundamental rights.

As one can notice, it is about the expansion of the space for accessing and processing personal data,[166] including at EU level, but also an increase in the degree of patients' access to their own personal data. From this latter perspective, it obviously requires the implementation of a specific procedure for the access to one's own personal data concerning their health. The substantiation provides examples from medical records such as diagnosis, examination results, assessment by treating physicians and any

[165] Although the medical practice guidelines seem to protect the interests of the insurance companies, being targeted against excessive costs of healthcare (sometimes even at the price of affecting the treatment process), they do have an important dimension of protection for the patients, through the aspect of minimum standard of treatment.

[166] Which, in turn, presupposes the creation of standards and their abidance by all Member States. For example, this entails that the personal data processing programs are compatible and, consequently, inter-connectable.

other treatment or intervention provided. The exemplification character suggests that an exhaustive access of the patient to his own personal data is also possible.[167]

In Romania's case, it is obvious that data storage systems need to be created first, and only after, access procedures, in order to be able to attempt at an efficient legislative harmonisation with the Directive. Such transparency mechanisms will trigger, alongside an increase in the level of trust (wherever appropriate), an increase in the number of malpractice cases in Courts, as healthcare units and medical institutions will no longer be able to hinder the access to personal data concerning patients' health and treatment. As far as the free access to medical data is made available to patients, we shall witness a real "revolution" in approaching malpractice, whose effects on healthcare units/institutions can be somehow compensated with the help of an efficient malpractice insurance system.[168]

[167] Ultimately, the access may include diagnosis criteria and the method of choosing the treatment procedure, aspects which rather pertain to practice guidelines and protocols.
[168] This is the reason why a new malpractice law is one of the objectives of Ministry of Health, anticipating a part of the system's future problems.

Analysis of the provisions of the Directive

Aims and principles

The main aim of Directive no. 2011/24/EU is *to allow* ***freedom to provide healthcare service for patients,*** its text focusing on ***removing any unjustifiable hindrance of this fundamental freedom*** *in the patient's Member State of affiliation.* In other words, the directive is grounded on the free movement of services in the European Union.

Though secondary, the Directive is still grounded on the free movement of persons in the EU Member States.[169] The combination of the free movement of healthcare services, the free movement of persons/workers, and the provisions of the directive results in the *free movement of patients*, which is, at present, in full definition process. Although it is restricted enough so as to stir doubts with regard to the opportunity of using this formula as EU principle, *the free movement of patients* acquires a few significant aspects through this Directive, sufficient to anticipate the possibility for this freedom to be further emphasised, especially by the decision of the Court of Justice.

From a different perspective, we can assert that the directive refers to the circumstances of providing healthcare for a patient from a Member State of affiliation in another Member State of affiliation and that it complements the pre-existing judicial framework in the domain of emergency healthcare and coordination of social security systems.

In accordance with the provisions of Art. 4, par. 1, cross-border healthcare should take into account the wider framework of the principles of **universality**, **access to good quality care**, **equity**, and **solidarity**. As mentioned in the analysis of the substantiation, we can assert that this Directive establishes these principles at European level. Consequently, under the obligation of transposing the directive into national legislation, it is also necessary to consider these principles of organisation of the national health systems with regard to their social dimension.

Working hypotheses

The directive starts from two different hypotheses in what the access of a citizen of a Member State to healthcare in another Member State is concerned:

- the situation of a citizen of a Member State of affiliation on the territory of another Member State, in which he accesses cross-border healthcare;
- the situation of a citizen of a Member State of affiliation who wants to receive treatment in another Member State and:
    - applies for prior authorisation;
    - accesses healthcare which does not require prior authorisation;
    - receives treatment in another Member State when:

[169] From an extremely critical perspective, we can assert that the directive's intentions rather concern the free movement of workers, having in view to provide it support in a form specific to health systems.

- prior authorisation has been declined, but he considers that he would have been entitled to it;
- prior authorisation is delayed.

In what concerns the reasons for resorting to cross-border healthcare, the EU citizen's wish to receive treatment in another Member State than that of origin can be, according to the Directive, determined by:

- the fact that he cannot be provided treatment in due time because of the waiting lists;[170];
- differences between state in what healthcare services are concerned;
- circumstances in which family members are in another Member State.

I. Responsibilities of the Member State of treatment

We can virtually assert that legislation, standards, and quality and safety directions in the Member State in which treatment is provided apply, considering, nonetheless, the EU rules in the field, here including the stipulations in this Directive. In what follows, we shall present the most relevant stipulations:

Organisation of the system and the standards concerning information to be provided and requirements to be met:

a) Organisation and functioning of national contact points (NCP)

- publication of their names and contact information;
- by request, NPCs will provide patients contact information for the national contact points in other Member States;
- they should consult with:[171]
  - Patients organisations
  - Healthcare providers
  - Health insurance companies
- Provide the following categories of information for patients from other Member States:
  - Healthcare providers;
    - including the rights or limitations to provide certain services or to develop their professional activity;
  - quality and safety standards and directions;
  - entitlements of patients;
  - complaints procedures;
  - mechanisms of compensation for the harm;
  - judicial and administrative options available for settling a lawsuit;
  - relevant directives on the assessment and supervision of healthcare providers subject to these standards;

[170] In this respect, the Directive provides a 'safety valve' for citizens in view of receiving healthcare or a measure for the states to support each other in this field. It is interesting to take note that the Court of Justice decrees concern precisely such cases.

[171] One can infer that the object of these consultations is represented by the entitlements and obligation of each party in the general framework of cross-border healthcare.

- accessibility of hospital for persons with disabilities.

c) **Information that should be supplied by healthcare providers**:[172]

a. Relevant information in view of helping the individual to make an informed decision with regard to:
   i. Treatment options;
   ii. Availability, quality and safety of the healthcare they provide;
   iii. Explicit invoice;
   iv. Explicit information on costs;
   v. Authorisation or registration status;
   vi. Professional liability insurance cover, in terms of:
      1. individual responsibility
      2. collective responsibility.

If healthcare providers already give this information, the Directive does not oblige them to provide further details. On the contrary, if this information is not provided, two consequences occur:

- The Member State should enforce obligation in this respect through the legislation which transposes the provisions of the Directive. Failure to comply with these legislation amendments, the patients affected in their rights may institute proceedings against the state, irrespective of the type of healthcare service provider.
- The provisions of the Directive apply to public providers even in the circumstance in which they are not transposed into national legislation, due to their status as state units/institutions/organisations.

c) The Member State must ensure that:

- there are transparent procedures for complaints;
- mechanisms by which patients may require compensation in the case of harm;
- there are professional liability insurance systems (or equivalent) adequate to the nature of the risk;
- personal data processing systems comply with the European standards on protection of personal data;
- patients are entitled to a medical record of the treatment they received and they are granted access to at least one copy of this record;
- the principle of non-discrimination with regard to nationality grounds applies for all patients from all Member States;
- the providers on their territory
  - apply the same scale of fees as for domestic patients;
  - charge a price calculated according to objective, non-discriminatory criteria if there is no comparable price for domestic patients.

[172] This represents information that should be provided directly by healthcare providers to patients, in addition to that which they must provide to national contact points.

Restriction of access to cross-border healthcare for citizens of other Member States

If the principle of non-discrimination for the citizens of another Member State seems to suggest equal access to healthcare regardless of the Member State of affiliation and the Member State of treatment, a question arises: is there any limit to the free movement of patients? In other words, what is the dimension of this freedom? It is obvious that, as far as reimbursement of the costs of cross-border healthcare is concerned, there are some limits and they will be carefully analysed in the subchapter dedicated to prior authorisation and related stipulations. In this case, what is left to find out is whether the Member State of treatment can restrict access to healthcare for citizens of another Member State and the circumstances in which it can do it.

Art. 4, par. 3 of the Directive provides the circumstances in which a Member State can restrict the access to healthcare for citizens of another Member State, even though they are discreetly guised under the equivocal phrase *possibility of the Member State of treatment… to adopt measures regarding access to treatment aimed at fulfilling its fundamental responsibility to ensure sufficient and permanent access to healthcare within its territory.* Therefore, at least virtually, a Member State can restrict access to healthcare for citizens of other states, but only in specific circumstances. The extent to which patients are free to access cross-border healthcare depends on the specification of these circumstances.

A Member State of treatment may restrict access to healthcare for citizens of other states when this is *justified by the following overriding reasons of general interest:*

- *the planning requirements in reference to ensuring sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality treatment within the respective Member State;*
- *the wish to control costs and avoid, as much as possible, any waste of financial, technological and human resources;*
- *the wish to adopt measures regarding access to treatment aimed at fulfilling its fundamental responsibility to ensure sufficient and permanent access to healthcare within its territory*

These measures of restricting the access have the following limits:

- *they are limited to what is necessary and adequate;*
- *they cannot be a means of arbitrary discrimination*
- *they are previously given to the public.*

The Member State has the freedom to establish its own prices, on condition that it does not discriminate citizens of other states.

The state applies its own provisions with regard to the use of languages in its institutions/organisations. However, should the State desire, it can choose to provide information in other languages as well.[173]

[173] Linguistic compliance of healthcare service providers is an important variable from the perspective of patients' flows. Healthcare units which apply strategies for training their personnel in this domain, correlated with a strategic selection of languages may prove a gain in competition.

A few critical perspectives

The meaning of *patients' freedom to access cross-border healthcare*

We consider that *patients' freedom to access cross-border healthcare* has a special status, being to a great extent part of *patients' freedom of movement*, but being at the same time placed beyond these limits. Thus, *patients' freedom to access cross-border healthcare* is part of the *patients' freedom of movement* in the sense indicated by the Directive when the costs of healthcare are falling in one of the following categories: reimbursement, settlements in the context of the Directive or when they benefit from the mechanisms of social security systems coordination. *Patients' freedom to access cross-border healthcare* exceeds the sense which the Directive gives to *patients' freedom of movement* when the costs of healthcare are the responsibility of the patient or of other systems than social security services / health insurance services (here including private health insurance). As a matter a fact, if a patient is not granted prior authorisation or prior authorisation is delayed and he still accesses cross-border healthcare intent on attempting at obtaining reimbursement in Court, and admitting that this goes in his favour, he has, for a certain period of time, an unclear status in what concerns his judicial status from the patients' freedom of movement point of view. This also applies if the reimbursement level is lower than the costs of healthcare, in what the difference paid by the patient is concerned.

This approach actually attempts at suggesting that the limits in which treatment is provided, established by the Member State, represents, in fact, the most significant restriction of the patients' freedom of movement, and that the social perspectives of this freedom, though particularly important in the context of this directive, are secondary.

The limits of a Member State's freedom to restrict access to healthcare for citizens of other States

Virtually, the wording of the situations in which a Member State can enforce restrictions of the freedom to access healthcare is sufficiently general to allow us to consider that practically everything can fall in this category. By correlating this aspect with the fact that the Directive does not foresee greater inflows of patients as a result of the entering into force of its provisions, then, these provisions should be rather interpreted in the sense of a greater freedom of the Member States to enforce restrictions.

At the same time, we consider that the influence of other variables should be also taken into account. The greatest influence comes from the decisions of the Court of Justice, which will further define the sense of these provisions at the moment when they enter into force/they are transposed into national legislations of Member States.

Also relevant in this respect is the political decision, in the case in which enforcing severe restrictions may affect citizens' freedom of movement. The analysis of the effects of such politics should be undertaken within the general framework of the strategies of controlling the demographic decline, which affects the western states to great extent. If we refer to official politics and informal strategies, we observe the encouragement of workers' migration, practised by numerous western states, correlated with a more relaxed policy of access.

II. Responsibilities of the Member State of affiliation

Obligations to provide information to patients

The obligations to inform should be regarded in the context of the information provided by Member States to their citizens in accordance with the Directive, the responsibilities of the Member State of affiliation being complementary to the ones of the Member State of treatment. As we have previously discussed the responsibilities of the Member State of treatment, we round off the information with the details that should be provided by the Member State of affiliation.

The Member State of affiliation should ensure that there are mechanisms capable to provide patients, by request, information concerning cross-border healthcare, particularly in reference to:

- Reimbursement of costs for cross-border healthcare:
    - Conditions for reimbursement;
    - Procedures of assessment and establishment of the entitlement to reimbursement;
    - Means for appeal in the cases in which patients consider that they rights have not been respected;
    - Providing differentiated information in what the entitlement to treatment on the grounds of the Directive and the entitlement to treatment on other grounds is concerned.
- Ensuring medical monitoring of patients who received cross-border treatment;
- Patients who receive cross-border treatment have distance access to their medical records or receive a copy.

Reimbursement of costs of cross-border healthcare

Reimbursement of costs of cross-border healthcare received by a patient is the most important obligation of Member States, patients' free movement depending on it, in the social sense considered in the directive.

Reimbursement of costs of healthcare is governed by a few rules:

- Reimbursement implies the fact that a patient who receives cross-border healthcare pays for the service provided and then asks for reimbursement from the Member State of affiliation.
- Reimbursement is made at the level to which the patient is entitled in the Member State of affiliation and only for healthcare services to which he is entitled in the national healthcare social security system / health insurance system.
- In many cases, reimbursement is conditioned by receiving a prior authorisation to receive cross-border treatment, authorisation issued by the Member State of affiliation.
- Reimbursement can be made to the level of actual costs of healthcare.

Since reimbursement of costs associated with cross-border treatment in another EU state is at the level of costs in the country of origin, the financial advantage resulted from the difference in costs may become an end, determining development of specific actions. In this respect, two situations are possible:

a. the clearing level for healthcare in the Member State of affiliation is lower than that in the Member State of treatment – the patient covers the difference;
b. the clearing level for healthcare in the Member State of affiliation is higher than that that in the Member State of treatment– the Member State of affiliation reimburses the costs at the level of their invoice, that is, at a lower cost than the one of the same treatment received in the domestic health system. This variant is obviously profitable for the Member State of affiliation and may result in a policy oriented towards "patients export" which can go as far as to the elimination of prior authorisation and even as far as to stimulation of migration for its own patients.[174]

Prior authorisation

Since *prior authorisation* represents the most important institution provisioned by the Directive with reference to the free movement of patients, defining the most important restriction, respectively the one established by the Member State of affiliation, we shall tackle this issue more thoroughly.

Court's decisions on prior authorisation

The Directive resumes Court's decisions in favour of enforcing prior authorisation, indicating the substantiation of the states' rights to decide in this respect. We quote the text as it appears in the Directive, emphasising aspects which we consider particularly relevant:

(40) "According to the constant case-law of the Court of Justice, Member States ***may make the assumption of costs*** *by the national system of hospital care provided in another Member State* ***subject to prior authorisation****. The Court of Justice has judged that this* ***requirement*** *is both* ***necessary*** *and* ***reasonable,*** *since the number of hospitals, their geographical distribution, the way in which they are organised and the facilities with which they are equipped, and even the nature of the medical services which they are able to offer, are all matters* ***for which planning, generally designed to satisfy various needs, must be possible****. The Court of Justice has found that* ***such planning*** *seeks* ***to ensure that there is sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality hospital treatment in the Member State concerned****. In addition, it assists in meeting a desire to control costs and to prevent, as far as possible,* ***any wastage of financial, technical and human resources****. According to the Court of Justice, such wastage would be all the more damaging because it is generally recognised that the hospital care sector generates considerable costs and must satisfy increasing needs, while the financial resources*

[174] The question is whether such and attitude can harm the state/s of treatment. In order to answer to this question, we consider that two assumptions should be formulated:

c) the lower costs of healthcare in another member state are determined by the extraordinary efficiency of the system and/or the lower costs with workforce – the Member State of treatment does not record deficits;
d) the lower costs of healthcare in another member state are artificial, determined either by an underestimation of costs (ultimately settled at the expenses of healthcare providers, patients, etc.) or by various subsidies – the member state of treatment records deficits.

made available for healthcare are not unlimited, whatever mode of funding is applied" (our emphasis).

Resuming the article above, one can note that:

- enforcement of prior authorisation is a possibility of Member States (that would entail that it is not an obligation);
- prior authorisation is a requirement both necessary and reasonable (which annuls its character of possibility and transforms prior authorisation in a necessary tool[175]):
- the necessity of prior authorisation is grounded especially:
    - on the health systems' need of planning;
    - on the necessity to control costs;
    - on the need to prevent, as much as possible, the waste of financial, technical and human resources.[176]
- the need of planning is based on the necessity for health systems to ensure sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality hospital treatment within the concerned Member State.[177]

Yet, at the same time, (44) *according to the constant case-law of the Court of Justice, the criteria for granting or refusing prior authorisation* ***should be limited to what is necessary and proportionate*** *in the light of these overriding reasons in the general interest.*

In the light of the case-law of the Court of Justice, virtually, prior authorisation should not prevent the patient to receive cross-border healthcare services that would have been otherwise available in the Member State of affiliation. Referring to this aspect in the substantiation of its provisions, the Directive states: *making the assumption by the statutory social security system or national health system of costs of healthcare provided in another Member State subject to prior authorisation is a restriction to the free movement of services. Therefore, as a general rule, the Member State of affiliation should not make the assumption of the costs of healthcare provided in another Member State subject to prior authorisation, where the costs of that care, if it had been provided in its territory, would have been borne by its statutory social security system or national health system.* (38) As one can easily notice, from the moment in which the state/social security system settles/reimburses/pays in any way, at any costs for healthcare, the reimbursement of costs of cross-border healthcare does not alter the situation from the

[175] The Directive is equivocal in many parts, containing, apparently, many contradictory provisions. In what the character of prior authorisation reported to Member States is concerned, respectively the balance between *possibility* and *necessity*, the provisions of the Directive tend to cover a wide range of interests, without fully satisfying them. In reference to the text quoted above, the directive takes the decisions of the Court of Justice into account, reproducing judgements of a contradictory nature. Some authors suggest that this behaviour of the Court, respectively, the return to some of the previous judgements is indicative of the fact that the EU judicial system, generated in particular by its decisions' character of compulsoriness, which tend to create laws, is not exclusively based on Anglo-Saxon Law, the return to the previous judgements indicating, in this respect, a connection with the French and German judicial systems.

[176] All these are arguments substantiating the enforcement of prior authorisation, as well as the criteria and procedures for sustaining such claims.

[177] In other words, prior authorisation protects the interests of the patients-citizens who want to receive treatment in the Member State of affiliation, having the role to contribute to the preservation of the national health system.

associated costs point of view. This assessment represents a fundamental principle in the structure of the directive, establishing its general application framework. This, in turn, means that prior authorisation rather represents an exception and that the situations in which it applies should be clearly delineated.

Definitions of the directive

The text of the directive indicates that it should be up to the states whether prior authorisation is necessary or not. The states which decide to enforce prior authorisation must take the following steps:

- to create an entire procedure (or system) in which
- to identify healthcare that requires prior authorisation in the context of their own system,
    - in accordance with the criteria established in the Directive;
    - with regard to the Court of Justice case-law;
- to make available to the public the information concerning healthcare which requires prior authorisation.

Virtually, the circumstances in which the citizen is entitled to domestic healthcare also apply in the case of his entitlement to cross-border healthcare. There are general provisos, eligibility criteria and administrative formal issues with regard to healthcare provided and reimbursement of costs of healthcare. The directive provides a few examples in this respect:

- the requirement to see a general practitioner before a specialised physician or before receiving hospital care;[178]
- an assessment made by a health professional or a healthcare services administrator who provides services within the social security system, such as a general practitioner or the family doctor.

These provisos for accessing health social security services are restricted inasmuch as they are:

- *necessary;*
- *proportionate to the objective aimed at;*
- *do not have a discretionary or discriminating character.*

[178] The question arising is what happens if the Member State of treatment does not have these provisos? Virtually, such a situation seems to be excluded by the general framework generated by this Directive, whose topic is patients' free movement (actually, the free movement of services, which has, in this case, a significant impact over patients' movement). To put it otherwise, in order to access the judicial framework of this directive (naturally, especially by way of the provisions of national legislation transposing the stipulations of this Directive), a citizen must have the status of patient, which means that he must be diagnosed. If this hypothesis/proviso is taken into account, it seems reasonable to consider that diagnosis should be performed (or, at least, initiated) in the country of origin (the Member State of affiliation). However, local procedures and administrative ways apply to diagnosis, which, in fact, results in the fact that a citizen is unable to access cross-border healthcare directly, without having to deal with prior administrative provisos /filters. As prior authorisation compulsorily requires the existence of diagnosis, that is to say, proof of the patient status, the question arises in the case of treatments exceeding the prior authorisation procedure, namely the ones that do not require prior authorisation. If one thinks, for instance, of eye-glass prescription, it is obvious that this have to be provided within the national system (family doctor's referral, consultation with an ophthalmologist in the health social security system) for the patient to be reimbursed.

For the examples provided, assessment should be introduced only if this is necessary to determine the individual entitlement of the patient to healthcare.

These limits apply simultaneously to services provided within national/public health social security systems and to cross-border healthcare. Two remarks are relevant here:

- the aims of the directive can be attained on condition that national/social/public health services comply with certain criteria; which means that the provisions of the directive creates indirectly rules for the functioning of national social security systems.
- the provisos for accessing cross-border healthcare and their limitation take into account the provisos in the Member State of affiliation, however, balanced by the limits established by the Directive.

Taking both provisos and limitations into account, **we consider that two aspects need to be dealt with at the moment of transposition of the directive into national law:**

c) to introduce a national procedure for establishing the provisos for access to healthcare that should:
   - include mechanisms for establishing the necessary conditions;[179]
   - ensure balance between restrictions and aims (which means that for each restriction, the corresponding objective should be indicated immediately);
   - establish clear criteria for decision-making and hierarchic resorts for decision-making and settlement of appeals (in order to avoid the risk of discretionary behaviour);
   - avoid discrimination.

d) to assume the national procedure as part of the prior authorisation procedure for requests of cross-border healthcare.

For accessing domestic and cross-border healthcare, certain criteria should be established in order to make decisions for each patient. The criteria used should:

- *be applied objectively, transparently and non-discriminating;*
- *to be known in advance;*
- *be grounded on medical circumstances;*
- *not impose additional loads on patients who wish to receive cross-border healthcare compared with patients provided with treatment in their own Member State of affiliation;*[180]
- *make expedient decisions.*

As already mentioned, the fact that the directive refers simultaneously to national health systems and requirements that have to be met for the free movement of patients/medical services entails a certain set of obligations for national health systems which Romania is bound to observe by introducing specific legal provisions. In other words, compliance with the provisions of the directive also includes the establishment of a judicial framework applicable to public healthcare/health insurance system. In

[179] Mostly restrictions related to funding.

[180] The patients' free movement depends to a great extent on the meaning which the Court will ascribe to this sentence.

our opinion, this should be one of the main objectives of the Romanian health system reform. We assert that the fact that the directive assumes the lack of criteria for accessing public/national social healthcare, as well as the fact that these criteria, inasmuch as they exist, do not abide by the provisos, represents an infringement on freedom of providing healthcare/ free movement of patients. To put it otherwise, compliance with the provisions of the directive entails fundamental structural changes in the Romanian health system.[181]

In relation to these criteria applicable at national level, Member States are free to add criteria and additional provisos for prior authorisation of patients who want to receive domestic healthcare. However, they should also comply with the aforesaid provisos, adding, as we shall see, other provisos. In other words, the Member State of affiliation can restrict their own citizens' access to cross-border healthcare, but only in defined circumstances and meeting, at the same time, the requirement that access to public/social healthcare should also comply with these provisos. This means that the understanding of prior authorisation as judicial institution depends on establishing the circumstances in which it can be used and on their introduction in national legislation.

Taking into consideration the fact that they represent a hindrance for patients' free movement, the criteria associated with prior authorisation should be justified from the overriding general interests' point of view, such as:

- planning requests in reference to ensuring a sufficient and permanent access to a balanced range of high-quality healthcare within the state concerned;
- the wish to control costs and avoid, as much as possible, any waste of financial, technological, and human resources.

In this respect, one should take into consideration the reasons provided as examples by the Court of Justice:

- the risk to severely undermine the financial balance of a social security system;
- the aim to maintain balanced healthcare and hospital care open to anyone, for reasons of public health;
- the aim to maintain the treatment capability or medical competence on national territory, as fundamental for public health and the survival of the population;
- the general principle of ensuring the patient's safety.

It should be noted that *the impact on national health systems caused by patient mobility might vary between Member States or between regions within a Member State, depending on factors such as geographical location, language barriers, location of hospitals in border regions or the size of the population and healthcare budget,*(44) it should therefore be *for Member States to set such criteria for refusing prior authorisation that are necessary and proportionate in that specific context, also taking into account which healthcare falls within the scope of the prior authorisation system, since certain treatments of a highly specialised nature will be more easily affected even by a limited patient outflow than others.* The

[181] Our remarks are based both on the fact that we have noted that these criteria are scarce, but also the fact that the provisos are not complied with, in the case of the existing criteria, within the national health system. The analysis of each proviso can reveal a large amount of circumstances (some of them, notorious) in which these provisos are not complied with.

freedom of Member States to set these criteria includes the possibility that they be related in different ways to different regions, counties or other administrative forms relevant for the organisation of health system and for the possibility to provide certain treatments. It is obvious that there should be a special procedure having regard to more aspects. We believe that the duty to prove the existence of situations which justify the decline of prior authorisation is the state's duty, and that citizens cannot be forced to prove the lack of such influences.

Other provisos that should be complied with by prior authorisation and its associated mechanisms, including reimbursement of costs:

- patients should be provided with objectivity, non-discrimination and transparency warranties;
- the decisions:
    - should be made on a timely, reasonable manner
    - should take into consideration:
        - general principles;
        - specific circumstances for each situation;
    - should be made in a short time if imposed by emergency of treatment.

If the Member State of residence declines prior authorisation on the grounds of financial impact, this determines two consequences:

- The state should provide the proof;
- A question arises with regard to the way in which citizens' rights are respected, taking into account that:
    - the citizen should have access to services included on the list/guaranteed in accordance with his necessities;
    - the system's malfunctions or image strategies such as entitlement to a healthcare pack that cannot be actually provided are not opposable to citizens;

Settlement of costs in the prior authorisation situation

If the rule for reimbursement of the costs for cross-border healthcare is related to the costs of healthcare in the Member State of affiliation, additional provisions apply in the case in which prior authorisation is granted:

- the general rule is maintained: the costs of *care provided in another Member State should be reimbursed by the Member State of affiliation up to the level of costs that would have been assumed had the same healthcare been provided in the Member State of affiliation, without exceeding the actual costs of healthcare received.* (46)
- In the event when EU regulations concerning social security systems coordination apply, prior authorisation should be granted and settlement is made at the level of costs or in accordance with the agreements between states. An exception is the situation in which

the patient opts for the framework provided by Directive 2011/24/EU, thus renouncing more favourable provisions.[182]

- In the event that the state initially declines prior authorisation, the patients receives cross-border healthcare and the authorisation is eventually granted after judicial or administrative re-evaluation[183] reimbursement of costs of healthcare is made at the level of costs.[184]

The Directive suggests the possibility of combining reimbursement of costs of healthcare with costs associated with various social aspects, especially additional costs in the case of persons with disabilities. Otherwise, the specific issue is much more complicated in such cases, involving provisos on equal opportunities and fighting discrimination.[185]

Limits of prior authorisation

As we could notice, the prior authorisation institution generates limits in the patients' free movement. If the Member States' decision in this respect was unlimited, there would be no longer free movement of patients, the entitlement to free movement being rather incidental. It is important to remember that the Directive comes as a result of more judgements of the Court of Justice which acknowledged the citizens' entitlement to reimbursement of the costs of cross-border healthcare, under specific provisos.[186] Criteria for granting or declining prior authorisation should be limited to what is **necessary and proportionate** from the perspective of overriding reasons of general interest.

This is a complex situation. For example, as far as the quality of healthcare is concerned, could the differences from one state to another (which may be significant, if one takes into account the fact that the funding level is a significant variable for the quality of healthcare) influence the conditions for granting prior authorisation? A few questions rise from this situation: which is the relation between the general interests which can be claimed by a state in declining prior authorisation and the direct interest of the patient in his own health? Could we oppose general interests to personal interests of patients who might be in situations that endanger their lives?

The analysis of the limits of the state freedom to grant prior authorisation should start from two of the fundamental aims of the directive:

- *to allow **freedom to provide healthcare services for patients**;*
- ***to remove unjustified hindrance of this fundamental freedom** within the patient's Member State of affiliation.*

[182] The state institution should inform the patient with regard to this situation.

[183] Therefore, a higher institution should be available to which appeal can be made against the rejection of prior authorisation. Which means that procedures specific to contentious administrative matters apply.

[184] The wording in the Directive, art. 46*: "This is in line with the case-law of the Court of Justice which has specified that patients who were refused prior authorisation on grounds that were subsequently held to be unfounded, are entitled to have the cost of the treatment obtained in another Member State reimbursed in full according to the provisions of the legislation in the Member State of treatment.".*

[185] We assert that case-studies will develop with the entering into force of this Directive.

[186] In this sense, the Directive is an example of civic action resulting in modifications of legislation.

As it is easily noticeable, both aims express limits of prior authorisation, the former referring to the actual aim of the Directive, i.e. to allow ***freedom to provide healthcare services***, which can be also understood as *patients' free movement*, while the latter indicating that prior authorisation should only consider justified reasons, each reason for declining it being a hindrance for the freedom to provide healthcare. This also indicates that these reasons should be powerful enough to justify the restriction of this fundamental freedom.

Theoretically, the reference level of the services to which a patient is entitled to in another state is represented by the level of the services he is entitled to in his country/Member State of affiliation. As this is difficult to put into effect because of the significant differences in treatment methods, the Directive also takes into consideration critical cases. To this effect, it operates with two fundamental concepts, *healthcare procedure* and *types of treatment*, without defining them explicitly. Even though establishing a patient's entitlement in cross-border healthcare starts from a minimum level represented by the level of service in the country of origin/Member State of affiliation, the Directive acknowledges the possibility that there may be differences between treatments which should be "homologated". This homologation should be the object of prior authorisation; this is the reason why we consider that prior authorisation should comprise analysis criteria and mechanisms specific to this "homologation".

Also, the legal framework specific to prior authorisation should include provisos with regard to the possibility of reimbursement of costs of healthcare beyond the limits to which they are covered in Romania. These provisos are very important if we take into account the situation in which prior authorisation is requested for healthcare that cannot be provided within the country[187] as such situations represent a restriction of the patient's entitlement to healthcare by the way in which health system is managed. Things tend to get even more complicated if we try to establish a reference level or a standard of healthcare/treatment which should be provided for various diseases.[188] Could we say, therefore, that the Directive enforces the citizens' rights to the best treatment available within the European Union? After all, the essence of the patients' free movement brings forth the question of the reasons why patients would request cross-border healthcare, the most important being that fact that they want to be provided the best possible care.[189] This would mean that we could regard the treatment's performance and efficiency as a standard, from the point of view of the Directive. The decline of prior authorisation cannot be grounded on the reason that there are waiting lists on the national territory which are intended to allow the planning of providing hospital care based on previously established priorities, without performing objective medical evaluation.

[187] This assumption obviously raises the issue of the circumstances in which citizens may be granted prior authorisation. Two different situations can be noticed here: healthcare that cannot be provided in Romania because of the lack of expertise and the patient's request determined by differences in quality between healthcare systems or other criteria.

[188] The Romanian legislator faces a real dilemma in regard to the way of defining the services to which the citizens are entitled. If the definition is based on types of diseases which can receive treatment, it is obviously about more efficient treatments in other states. If the definition is based on types of treatment or therapeutic procedures, the question of inadequate exclusion rises. Taking into account the difference between healthcare service and treatment methods, we consider that the definition of the basic package should be grounded on types of diseases.

[189] Obviously, adding to this are reasons pertaining to therapeutic techniques (pain, curing period, sequelae), as well as personal reasons (comfort, presence of family members, etc.).

Should the state decide to apply differentiated criteria at regional level or at the level of another administrative or medical division, it is obliged to create a system that is *transparent and easily accessible* and to make the criteria *public in advance.* (44)

Virtually, if a patient entitled to healthcare cannot be provided necessary care within a term that is medically justifiable, the state should be obliged to grant him prior authorisation. As one can note, the key-concept is *medically justified term*, which provides one of the negative aspects which entitle the patient to request cross-border healthcare, motivated by the risks entailed by the delay in medical treatment. It is obvious that this concept will require careful judicial-administrative efforts, including the stipulation of the medically justified terms in medical practice guidelines and other related documents. This provision is all the more important if the health system is more dysfunctional.[190]

In order to determine the limits of prior authorisation, the judgements of the Court in this respect are particularly relevant. For example, in the case C 157/99 Geraets-Smits and Peerbooms (2011), the Court established that prior authorisation could be justified by reasons associated with the stability of the national social security system, but the denial of authorisation cannot be arbitrary and should be conditioned by **the existence of a treatment with similar results within the same time frame** in the country of origin.

Other provisions of the Directive

Member States shall render mutual assistance and cooperation in:

- applying the provisions of the Directive;
- standards and directions of quality and safety[191]
- information exchange in relation to:
    - compulsory information established by the Directive;
    - right to practice for health professionals (through the information system for internal market (Directive 2008/49).
- Providing cross-border healthcare at regional and local level.

This cooperation can be object of agreements which the Commission encourages Member States to conclude.

[190] Under circumstances which may affect the patients' health due to the fact that healthcare cannot be provided at *medically justified terms*. At the same time, a number of exclusions draws our attention, respectively:

- *everything that does not fall in the "medically justified term" category;*
- *the situations in which cross-border healthcare may expose the patient or the general public to risks which prevail over the patient's interest to receive cross-border healthcare. The dimension of the effects depends on the meaning of risk in this case.*

[191] This is one of the fundamental arguments in favour of establishing a working group at the Commission level aiming at the harmonisation of standards for the accreditation of healthcare units.

Recognition of prescriptions issued in another Member State[192]

For the prescription issued in a Member State to be recognised by another Member State, it is necessary that:

- the medicine should be authorised for the markets of the two states;
- the prescription should not be subject to restrictions.

The restrictions concerning the recognition of individual prescription can be applied with regard to the following provisos:

c) General:
   - they are limited to what is necessary and proportionate for the protection of human health;
   - they are non-discriminating;

d) Specific:
   - are based on legit and justifiable doubts related to the following characteristics of the prescription:[193]
     - Authenticity
     - Content
     - Clarity.

The recognition of prescriptions does not annul specific national regulations in what certain medicine types are concerned, nor the pharmacist's refusal to issue a prescription on legal grounds, in the case in which he has the legal right to refuse.

The provisions which apply to medical prescriptions also apply to medical devices.

[192] For complete information in reference to applicable procedures, see Commission Implementing Directive 2012/52/EU which establishes measures to facilitate the recognition of medical prescription issued in another member state.

[193] Taking these provisos into account, it is obvious that electronic prescription should be implemented in Romania (or, at least, a standard format which will exclude hand-writing, except for the signature). In order to check whether these requirements are met, a database with all health professionals entitled to issue prescriptions (and the prescription type to which they are entitled) should be established and made available at EU level. In addition, the information system should allow for the check of each prescription at its issuer, in other words, each professional with the right to practice should have his own database with the prescriptions issued, available on information channels at the EU level.

European Reference Networks

The Commission shall support Member States in the development of European reference networks.[194] They can be made between healthcare service providers and centres of expertise in Member States, especially in the domain of rare diseases. The criteria and required conditions that should be met by healthcare service providers who want to be part in these networks will be established by the Commission. The Directive refers to the criteria and required conditions that need to be met by the reference networks:[195]

- *have knowledge and expertise to diagnose, follow-up and manage patients with evidence of good outcomes, as far as applicable;;*
- *follow a multi-disciplinary approach;*
- *offer a high level of expertise and have the capacity to produce good practice guidelines and to implement outcome measures and quality control;*
- *make a contribution to research;*
- *organise teaching and training activities; and*
- *collaborate closely with other centres of expertise and networks at national and international level.*[196]

In order for a reference network supported by the Commission to be established, this should assume at least three of the following objectives:

- *to help realise the potential of European cooperation regarding highly specialised healthcare for patients and for healthcare systems by exploiting innovations in medical science and health technologies;*
- *to contribute to the pooling of knowledge regarding sickness prevention;*
- *to facilitate improvements in diagnosis and the delivery of high-quality, accessible and cost-effective healthcare for all patients with a medical condition requiring a particular concentration of expertise in medical domains where expertise is rare;*
- *to maximise the cost-effective use of resources by concentrating them where appropriate;*
- *to reinforce research, epidemiological surveillance like registries and provide training for health professionals;*
- *to facilitate mobility of expertise, virtually or physically, and to develop, share and spread information, knowledge and best practice and to foster developments of the diagnosis and treatment of rare diseases, within and outside the networks;*
- *to encourage the development of quality and safety benchmarks and to help develop and spread best practice within and outside the network;*
- *to help Member States with an insufficient number of patients with a particular medical condition or lacking technology or expertise to provide highly specialised services of high quality.*[197]

[194] One of forms of reification of this support is the implementation of funding lines within EU funds specific to this activity.
[195] We can deduce from this a large number of criteria that should be met by healthcare service providers.
[196] Art. 12, par. 4a) of the Directive.

Rare diseases

The Commission shall support Member States in cooperating in the development of diagnosis and treatment capacity in particular by aiming to:

- increase in the information level for health professionals with regard to the tools available at the level of EU, laying emphasis on:
    - assistance for the correct diagnosis of rare diseases;
        - especially through Orphanet database;
    - European reference networks;
- increase in the information level for:
        - patients;
        - health professionals;
        - bodies responsible with healthcare funding
    - in reference to the possibilities provided by EC Regulation no. 883/2004 for referral of patients with rare diseases to other Member States even for diagnosis and treatments which are not available in the Member State of affiliation.[198]

eHealth network

The Union shall support the establishment of an eHealth network. This has the aim to connect national authorities responsible with eHealth designated by the Member States.[199] The objectives of this network shall be to:

- draw up a non-exhaustive list of data that are to be included in patients' summaries;
- identify effective methods for enabling the use of medical information for public health and research;.
- support Member States in developing common identification and authentication measures to facilitate transferability of data in cross-border healthcare.

This network should also provide the transmission channel for the information necessary for applying the provisions related to cross-border, the lack thereof forcing the states to conclude bilateral agreements in order to connect their national information points. If we take into account the complexity of the measures that should be taken in order to implement the information system to support the directive, we believe that its implementation will be considerably delayed in relation to the coming to force of the directive.

[197] Art. 12, par. 2 of the Directive.

[198] Mention should be made that what we could regard as a *blind spot* from the perspective of the possibilities of diagnosis in a state concerns the Commission and that cross-border procedures for diagnosis and treatment are possible. For such possibilities to become applicable, it is necessary to implement certain strict procedures of identification of such cases which entail declining the competence of the Romanian health specialists/service providers.

[199] What we infer from here is the necessity of establishing such an authority for Romania, which should have a strategic character and integrate the existing communication networks, contributing to the implementation of new solutions in the domain of eHealth. Obviously, the Commission encourages this direction at national level, but also at the level of states agreements. The analysis of the direction of the funds allotted to health by the Commission reveals the fact that a significant amount is destined to eHealth projects.

Cooperation on health technology assessment

The Union shall support the establishment of a voluntary network connecting national authorities or bodies responsible for health technology assessment designated by the Member States. This network should operate in the principle of good governance, including the following functioning criteria:

- transparency
- objectivity
- independence
- experts' advice
- fairness of procedure
- appropriate stakeholder consultations.

The aid of the Union may be granted in order to:

(a) contribute to the financing of administrative and technical support;

(b) support collaboration between Member States in developing and sharing methodologies for health technology assessment including relative effectiveness assessment;

(c) contribute to the financing of the provision of transferable scientific information for use in national reporting and case studies commissioned by the network;

(d) facilitate cooperation between the network and other relevant institutions and bodies of the Union;

(e) facilitate the consultation of stakeholders on the work of the network.[200]

Objectives of this network:

- to avoid double assessment
- to exchange information in reference to relative efficiency and long- and short-term efficiency and health technology
- to support cooperation.

[200] Art. 15, par. 3 of the Directive.

The Impact of Directive 2011/24/EU

One of the major threats for the reform as well as for the process of adapting legislation to this Directive[201] is the temptation of superficiality, particularly dangerous in the context of a topic of interest for the European Union Court of Justice.[202] We can anticipate that the Court will stand by its initial intentions, which may affect the states that do not understand to/are unable to comply with the provisions of the Directive.

Directive 2011/24/EU puts pressure on the Romanian state especially in reference to the following aspects:

- Reimbursement of costs of healthcare for the Romanians who receive cross-border healthcare

e) Establishment of procedures specific to prior authorisation;
f) Ensuring quality standards for healthcare;
g) Creating the patients information system;
h) Existence of a functional malpractice cover system;
i) Ensuring coherence between the reform measures and the principles for the functioning of health systems provisioned by the Directive.

At a first glance, we can consider that a correct social security system which pays for healthcare in accordance with the costs on the market will give advantage to the states that

- Have a high level of quality of healthcare;
- Have sufficient personnel to cover the patients inflow;
- Have the required medical infrastructure;
- "Import patients" from other states;
- Inhibit the migration of their patients;
- Have the costs of health investments reflected in the costs of healthcare.[203]

Therefore, we notice that health systems may become at least a source of jobs, if not a business source. In this latter respect, we need to consider the horizontal impact of the increase in the quantity of healthcare provided within one state, especially when the high-quality of healthcare is determined, for the most part, by the high consumption of medicine and medical supplies.

The Impact of Directive 2011/24/EU on the Romanian citizens

As previously mentioned, the reference level of reimbursement of costs of healthcare to which a Romanian citizen is entitled is one from the member state of affiliation/origin. The obvious consequence is placing the Romanian citizens in an inferior position in relation to citizens of other EU states in what

[201] In Romania's case one can assert that the two demarches are actually identical at this moment.
[202] We must take into account the fact that this Directive is the result of a number of judgements of the European Union Court of Justice, given towards the interpretation of the Treaty on the Functioning of the European Union, which is also indicated in its contents (art 6 of the Preamble). The functioning of the Court in accordance with the Anglo-Saxon model (the precedent rule) makes it an arbitrator in the interpretation of this Directive, but also a decision factor in relation to the judicial frame of the Union and the citizens' interests.
[203] At least in the form of amortisation.

accessing cross-border healthcare is concerned. This means that the effects of the directive are clearly favourable to states which allocate considerable sums to health,[204] their citizens being able to access any health system in any Member State, without financial difficulties, whilst patients from countries with low allocation of funds for health (the poor countries especially) have to support significant differences of costs. In other words, accessing cross-border healthcare becomes very expensive especially for poor citizens. As it is highly probable that these citizens/patients already suffer in their own state because of the insufficient resources, we can conclude that the directive only risks emphasising economic inequality.[205]

A fundamental variable that influences this situation is the settlement of costs of healthcare: the more the settlement level is closer to the prices on the market, the lower are the costs supported by the citizen/patient who receives cross-border healthcare (taking into account the equivalent basic healthcare packs).

This variable is, in turn, influence by other two variables: the costs of medicine and medical supplies and the costs of (specialised) workforce, both of the essence in the final costs of healthcare. As the costs of medicine and medical supplies tend to be equal,[206] the fundamental differences are established by significant variations in what the costs of workforce are concerned, more precisely, the wages level in the health system. From this perspective, a citizen/patient who wants to receive cross-border healthcare is disadvantaged by the low wages of the Romanian personnel (compared to the ones in the state he wants to receive treatment) and he must cover this difference in wage (respectively, its reflection in the costs of healthcare).

Patients' migration

The directive does not estimate significant changes in the patients' flows as a result of its implementation, assuming rather a wish for specific cross-border healthcare, such as:

- highly specialised healthcare;
- healthcare on borderline areas;
- patients whose family live in another Member State;[207]
- to be granted access to a treatment method different from the one available in the Member State of affiliation;[208]
- the sentiment that cross-border healthcare provides better quality of healthcare.

It is our opinion that "medical tourism" is one of the most important variables from the perspective of Directive 2011/24/EU, bringing about "natural flows" of potential patients. Health system

[204] If we assume a direct ratio between the funding level and the degree of coverage of the real costs of healthcare.

[205] Is the reason why we consider the role of the Court in balancing these tendencies as fundamental.

[206] They can be even higher, paradoxically, in the poor countries, due to corruption and defective system management.

[207] Taking into consideration the special situation of Romania, which has c. 3 million cross-border workers, especially in Italy and Spain, we estimate a potentially significant impact of such cases, dependant to some extent on what will happen in the Romanian health system, that is, on the reform measures that will be enforced.

[208] The degree of updating treatment procedures in a state and the image of one treatment method or another can represent significant variables for the patients' migration process.

reform can be a radical change of the internal context sufficient to determine the occurrence of a *push*-type factor for the patients' migration.

Although we do not have data indicating significant migration intentions on the part of the Romanian patients, the situation cannot be regarded as definitive, as it lacks predictability. The ample phenomenon of migration from Romania during 2002-2008, determined by contextual internal and external factors is sufficient to indicate the way in which a relatively stable situation can turn fast in an unstable one. In addition, the migrant flow of workforce will impact on a migrating flow of patients, which is actually anticipated by the Directive; in this case, it concerns the family members of the Romanians who work in other Member States, whose wish to receive treatment in the Member State of destination is more probable.

If it occurs, patients' migration will be determined by the income level, the courage to face the travel inconveniences, access to infrastructure, pre-existence of migration networks, and the establishment of routes dedicated to patients' migration.

"Funding" the patients' migration through the social security system in the context of the directive is just one of the variables. Another one is the complementary and even supplementary financing from private health insurance. Assuming that we will witness an actual definition of the healthcare basic pack, which entails by default a decrease in the health service, provided through social security system,[209] the obvious measure will be the development of complementary health insurance.

In such a circumstance, it is interesting to note the compliance of complementary insurance with the cross-border healthcare context, the pressure from the insured persons and the opportunities provided by the insurance companies being of the essence. Assuming that complementary insurance is compatible with cross-border healthcare,[210] we consider that two hypotheses may apply:

c) *Reimbursement of costs is made at the level of the costs on the market*– then all the conditions are met for the patient to benefit by a higher level of reimbursement, therefore, virtually; the context is favourable to migration.[211] This hypothesis should be completed with the following elements: it brings a decrease in basic healthcare and implicitly an increase in the ones associated with complementary insurance. In this case, the attitude of the insurance companies in the complementary system becomes a significant variable which may influence the migration process.[212]
d) *Reimbursement of costs is made below the level of the costs on the market* (modelul actual) – is hardly compatible with the implementation of complementary health insurance system. How-

[209] In reference to the present day level of "public" funding of the health system. The situation is valid even in the case of an increase in financing, inasmuch as it depends on the nation's poverty.
[210] We believe that they should be compatible, exactly as an effect of the directive. The opposite hypothesis leads to the situation in which complementary insurance would be limits of the patients' free movement.
[211] In order to point out the actuating mechanism, we leave aside for the moment other variables' influence in such hypothesis, such as the increase in quality of healthcare at national level, which may inhibit patients' migration.
[212] If we take into account the lower costs associated with workforce in Romania, we can anticipate that the insurance companies' interest is rather that services were provided within the country, in order to reduce the costs for healthcare to which the insured patients are entitled.

ever, from this particular perspective, the Directive may be a window of opportunity for complementary insurance if patients are willing to bear either the costs derived from the difference between the reimbursement level provided by the Romanian state and the actual cost of basic cross-border healthcare, or the total costs of the basic pack (especially if it is low).

If the level of informal costs in a state is similar or close enough to the costs of cross-border healthcare, it is highly probable that such a situation is favourable to patients' migration. Some patients' (or categories of patients) availability to pay is a significant variable in the patients' migration phenomenon.

One of the solutions against "patients' migration" is the way of reimbursement of costs by the state of affiliation, which can be complicated enough to inhibit such gestures to some extent. If the reimbursement procedures are not identical in all Member States, the state imposing inhibiting procedures will be advantaged[213] compared to the one which deals with its citizens in a correct manner.[214]

Analysis of the effects in reference to various strategies of the Romanian State

From the perspective of the impact of the Directive, the following variants are possible in the case of Romania:

d) **The present day costs for reimbursement/settlement of costs of healthcare are maintained**[215] (provisioned by the Rules in the master agreement used in relations with healthcare units). The consequences are as follows:
    - **Internally:**
        - A significant difference is preserved between what the system declares that it can provide and what it actually provides, with the following consequences:
            - Patients bear the differences in costs;
            - Inequality of access to healthcare is practically implemented, the level of financial resources producing differences even in the socially-marked healthcare.
        - the Romanian patients who receive cross-border healthcare (assuming the existence of prior authorisation) will receive:
            - reimbursement of costs of healthcare at a level below the level of market costs of healthcare in the Member State of affiliation;
            - reimbursement delays used as a mechanism to balance the budget;

[213] Restricting patients' migration with the help of prior authorisation is advantageous from the perspective of preservation (and, perhaps, development) of a state's own medical infrastructure, especially when there are waiting lists. See in this respect the dynamic assessments of each hypothesis in the present study.
[214] In this respect, we anticipate a reaction of the Commission, at least at the level of the periodic reports on the implementation of this Directive.
[215] This is the variant in which Romania maintains the present day system in its entirety.

- in relation to the costs of healthcare in the country in which they receive treatment, the costs may be:
    - higher (especially due to the level of wages in the respective country); the satisfaction level may compensate the difference in costs, to some extent.[216]
    - lower (especially due to efficiency; the impact of various subsidies should be also considered); cultural and linguistic differences, as well as distance are the only ones that could diminish the migration trend.

- The financing system saves/wins if more patients choose cross-border healthcare, being interested to simplify/ expedite the prior authorisation procedure;
- The choice for domestic healthcare units decreases in accordance with income criteria:
    - Patients with higher income levels tend to seek cross-border treatment;
    - Patients with low income levels and social assisted persons receive domestic healthcare.
- The returns of the healthcare units decrease, the situation having a significant impact on:
    - Wages level
        - Consequently, the migration process increases.
            - As a result, a decrease in competence is noted at the health system personnel level, one of the effects being the diminishing of the system's capability to provide quality healthcare and rare diseases care:
                - failure to provide certain services increases the migration process (the decrease in quality of healthcare will trigger the same effect).
    - the possibility to provide medicine and medical supplies decreases
    - investments in technology/ technique updates also decrease
        - They both trigger the decrease in quality of healthcare and capabilities to provide it, exacerbating the patients' migration tendency and its associated effects.

- **Externally**
    - Healthcare provided in Romania becomes, virtually, a profitable business for other Member States due to lower costs they have to reimburse their citizens;

[216] We should also take into consideration the possible effect of such behaviour on social status, which can be one of the welfare indices.

- At first, we may witness an inflow of patients towards Romania;
- Since informal payments procedures do not apply, virtually, to patients from other Member States, the difference between payment level and actual costs of healthcare will be borne by:
  - Healthcare units;
  - Patients from Romania;
  - The system's personnel (low wages).
- the deficiencies of quality of healthcare are preserved, and:
  - lawsuits increase accordingly;
  - against the background of the compensation level, an increase appears in insurance premium:
    - reflected in employees' income, which decreases;
    - the distrust of the personnel increases, exacerbating the migration trend.
  - Foreign citizens interested in exploiting the system to their own end through lawsuits may come to Romania.

e) The reimbursement/settlement of costs value increases:

b.1) reimbursement of costs of healthcare increases (up to the level of the costs on the market), but the financing level of social security system is maintained

b.1.1: basic healthcare pack decreases:[217]

- requires implementation of complementary health insurance:
  - *as part of the social pack:*[218]
    - the provisions of the Directive apply;
    - reimbursement of costs of healthcare trends to costs;
    - prior authorisation must be granted by mixed authority: state authorities and complementary insurance company;
    - quality of healthcare may significantly influence internal or external targets;
    - the level to which patients from other Member States should bear the costs of healthcare in Romania trends to their actual costs;
    - healthcare units may win;
    - employees may win;
  - *as part of the private pack:*
    - do not fall under the scope of Directive;
    - the number of health services which the Romanian citizens may be entitled to reimbursement decreases

[217] Basic healthcare pack trends to the minimum pack.

[218] We have taken into consideration this highly unlikely variant of the implementation of a complementary system as part of the health social security system as there were some attempts in this respect at official level. Even though it is part of an honest strategy of approaching the issues of health system financing, such a variant raises the following question: to what extent may complementary health insurance have social character?

- the tendency to discriminate citizens of other EU states is exacerbated;
- augmented pressure to favour the private sector of providing healthcare to the disadvantage of the public one;
- or choice for cross-border healthcare (within the private system);
- the possibility for the Romanian state to provide healthcare within the public system at the level of services provided by social security systems from other states is diminished;

b.1.2: the present healthcare basic pack is preserved:

- it requires the significant reduction of the total amount of healthcare services provided to the population;

- theoretically effective inasmuch as it might eliminate the margin determined by the induced demand of healthcare (the effect of the DRG system combined with low funding and lack of a reasonable level of control);
- determines the implementation of waiting lists:
  - the pressure (legally justified) for prior authorisation in view of cross-border healthcare increases.
- the difference between the theoretical and practical level of providing healthcare to the population is accentuated.

b.2) the value of reimbursement of healthcare (trending to the costs on the market) increases with the rise in the funding level of health social security system

- It is the best variant from the point of view of:
  - Patients:
    - both quality and quantity of healthcare which he can receive within his country increase;
    - the pressure of informal pressure is reduced;
    - the level of reimbursement of cross-border treatment is higher;
    - the tendency to discriminate Romanian patients in favour of foreign patients decreases.
  - Employees:
    - the increase of profits of healthcare units may lead to increase in salaries for health professionals;
    - higher quality of healthcare
      - higher degree of professional satisfaction;
    - the migration trend decreases;
  - Health system:
    - increase in the capabilities of healthcare units to actually provide healthcare;
    - increase in the hospitals' development;
    - higher quality of healthcare:
      - higher target level;

        - the patients' migration trend decreases;
    - increase in citizens' trust in the state's ability to ensure healthcare to which they are entitled.
  - Partly, the stipulations from *reduction of the basic pack and implementation of complementary social insurance* apply.

f) Elimination of health social security systems and funding the healthcare social/pack/basic pack from the state's budget

c.1) financing the system at the same level:

c.1.1) providing a similar level of reimbursement of healthcare – see a);

c.1.2) increasing the level of reimbursement of healthcare – see b.1;

c.2) increase of the financing level (highly unlikely) – see b.2);

c.3) decrease of the financing level – a series of negative effects.

Quality of healthcare

Taking into account the issues raised by prior authorisation, one of the most important questions is to what extent do differences in quality of healthcare between Member States influence the requirements for granting prior authorisation?

Quality of healthcare is an essential variable within the European framework provided by Directive 2011/24/EU. At equal costs and equal access to healthcare, it is likely that quality indices will constitute significant differences. Provided that patients from other states benefit from treatment similar to the one provided to local citizens and if cross-border patients are guaranteed a certain level of quality of healthcare, then the Directive implicitly guarantees to patients from the Member State of treatment the same quality level. To put it otherwise, guarantee of a certain level of quality of healthcare for cross-border citizens becomes quality standard for the entire health system of the respective state.

Achilles' heel in the case of prior authorisation is the state's obligation to provide *treatment with the same results in due time* in the country of origin. The implementation of prior authorisation entails obligations with respect to quality of healthcare. In other words, the main undertaking that should be taken by the Romanian state concerns the increase of quality of healthcare (in and outside hospitals), which is, practically, the most important orientation of the health system reform.

In the context of this Directive, CoNAS should become a centre for information and quality assurance for healthcare in Romania. It is possible for it to join a network of similar bodies which may ensure a great part of the information exchange.

Taking into account the fact that this Directive has repeatedly emphasised both its concerns with quality and states cooperation, it is obvious that undertakings for establishing efficient mechanisms of quality assurance are compulsory. As the main body providing norms and regulations in the domain of quality assurance in relation to healthcare and hospitals activity is National Commission of Hospital Accreditation, it is obvious that a cooperation framework at European level should be created. To this

effect, the demarche of imposing minimum standards for accreditation of healthcare units in the European states (harmonisation at minimum level of the accreditation requirements) and the interest in identifying the relationship between quality of professional life and quality of healthcare is one of the most important action directions in the spirit of this Directive.

Considering its specialisation in control, certification and monitoring of quality and functioning standards for hospitals, CoNAS should be placed among the first institutions providing information to foreign patients. At the same time, taking into account the importance granted to the increase in quality of healthcare by Directive 2011/24/EU, this institution is the first one which should change the quality standards in the healthcare domain. This is precisely why we consider necessary to establish a working group at the EU level, aiming at harmonising the accreditation standards for healthcare units, thus moving in the direction of establishing minimum quality standards of healthcare at the EU level.

The health system personnel

As the anticipated effects on the employees in health system have been tackled in various sections of the present study, they are only summarised here:

- **Increase in standards of quality and safety of healthcare**. Against the background of the present functioning of health system, characterised by a reduced interest in training personnel (obvious from the lack of financing and standards in the field), the efforts in this respect are mostly those of the employees.
- Increase in the information level of patients and transparency;
- Free access of patients to their medical records;
- Awareness with regard to the performance standards of healthcare at the EU level;
- Implementation of clear and transparent procedures in relation to costs;
- Professional opinion will be of the essence in setting the criteria applicable to prior authorisation.
- One may anticipate the emergence of a healthcare market, which triggers competition, with all its associated effects.
- The personnel should master the conditions in which they can refuse treatment of a patient citizen of another Member State.

Personnel migration

We cannot estimate within reasonable margins the effects of the Directive on personnel migration, because we lack comparative data in reference with various health social security systems and we do not know the policies adopted by each of the Member States within the procedure of harmonisation of legislation. Nonetheless, we can provide some possible scenarios.

General Remarks

In as much as it is based on health social security systems, the Directive's foundation on the freedom of providing services is a problematic one, with great impact concerning its interpretation. Thus, the intentions of healthcare providers play an essential role in determining the limits of cross-

border healthcare. As we can presume this is about the economical framing placing these providers, the profit factor has a major impact on the whole system. Therefore, the Directive's text is somewhat contradictory in various aspects related to the classical values of a health social security system (solidarity, equity etc.).

The provisions of the Directive oscillate constantly between states' rights and obligation of managing their own health social security systems and the interest in creating a European space in this field. The desire of building a fiscal union can determine a few steps towards creating a social health system at the EU level. Considering the economical foundation of the Union and the pertaining amounts for health services we can say that health is more likely to be certified by unification measures than any other social systems.

The understanding of this Directive's provisions depends on the identification of the relationships it has with other norms, especially with Regulations (EC) no. 883/2004 regarding social security systems' coordination at the level of the Member States. Altogether, these create the framing interpretation of what we could consider to be the citizen's rights in health at the level of the EU.

Directive's provisions lead to comparisons and homologations between two different financial systems for health: social health insurance systems and social security systems (including health as an integrant part).

When dealing with a great amount of patients in a single state, a growth in healthcare costs can be anticipated; but the costs that will have to be paid by their own social health insurance systems are underranked by the advantages which the inflow of patients offers.[219]

Considering the fact that both private agencies and patients have the right to speculate the opportunities on the market, is expected that every weakness in the system shall be exploited. This could include a drawback insurance, too, which facilitates resorting cross-border healthcare at the price of advancing the total cost of healthcare for both state and patients.

Conclusions and recommendations

The European Union includes, at least at a declarative level, health systems in a broader framing of social security systems. The reform in the health system must take into account this aspect, ensuring at least a minimum social protection level. From the perspective of the EU, they represent compulsory functioning principles for health social insurance system/ health social security system:

- Universality
- Solidarity
- Equity
- Access to quality care.

[219] Ideally speaking, growth could be directly proportional with the excess brought by the extra employments in the health system.

In accordance with the spirit of the Directive, the health system must have at least one social component. This requirement can be fulfilled through social health insurance systems (preferable) conservation or by introducing the basic component of health in the social system. Also, the maintenance of health infrastructure is part of the necessary social dimension, too, inevitably leading to the conclusion of maintaining an adequate number of public health units. Even if somehow forcing legal texts' interpretation, we can actually say that the social dimension of the health system is part of the community acquis

The level of the social dimension of the Romanian health system should be comparable with what is happening in the majority of the EU Member States. The reason for this is represented both by the possibility of a harmonious integration from the Directive's perspective and the necessity of including our country in the social vision of the Union.

The fact that the Directive simultaneously refers to national health systems and to the conditions which must be met for a free movement of patients/healthcare creates a certain set of obligations for the national health systems which Romania must respect, too, introducing specific legal provisions. In another terms, compliance with the Directive's provisions includes the establishment of a certain legal frame applicable to healthcare provided in the public/social health insurance system from Romania, which is, in our opinion, top priority, being placed in the first objectives of the reform in the health system. We can consider that the Directive presumes the fact that the absence of both access criteria to public medical/national social services and the fact that these criteria, inasmuch as they exist, do not respect the mentioned conditions constitutes a barrier for the freedom of providing healthcare/patients movement. In other terms, compliance with the provisions of the Directive presupposes a few structural, essential changes for the Romanian health system.

As far as the patients' free movement is concerned, the fact that the Directive takes as undisputable the entitlement/ freedom of a citizen from a member state of affiliation to receive cross-border healthcare is essential, discussing in fact the right to reimburse the costs of healthcare in a circumstance in which the patient exerts this freedom.

Virtually speaking, in the circumstance of a legal frame created by Directive 2011/24/EU, the Romanian state can act, within the process of transposition of the directive's provisions into national legislation, in two directions:

- Establishing the access criteria for the citizens from other member states to healthcare provided on its own territory;
- Establishing the criteria through which Romanian citizens may benefit from reimbursement of costs of cross-border healthcare, through the institution of prior authorisation.

Directive 2011/24/EU puts great pressure on Romania especially in the following directions:

j) Reimbursement of costs of cross-border healthcare for the Romanians citizens;
k) Creating the specific procedures of prior authorisation;
l) Providing a standard quality of healthcare;
m) Creating the information system for patients;

n) The existing of a functional malpractice insurance system;
o) Providing coherence between the reform measures and functioning principles of a health system mentioned in the Directive.

The Directive tends to introduce into the community acquis:

p) Minimum quality standards for healthcare;
q) Protection level of patients against harm;
r) The information level of patients before and after healthcare.

Threats

Prior authorization is the essential bureaucratic mechanism through which the state can attempt at controlling the movement/migration of own patients. Considering the fact that the prior authorisation can be denied only if an equivalent treatment from the perspective of efficiency can be provided in Romania without any significant delay, within a healthcare unit under contract with the health social security system,[220] it is obvious that the effort to adapt to the foreseeable effects of this Directive must focus on the steps regarding quality of healthcare, under ranking the efficiency of the eventual bureaucratic barriers. Moreover, focusing on prior authorisation, without reforming the system from the Directive's perspective, may produce major negative effects, determining the aggravation of conditions for providing healthcare.

In our opinion it is wrongly considered that cross-border healthcare in its entirety is subject to prior authorisation, except for emergency cases. The states' right to implement prior authorisation is limited to specific situations, without the possibility of extending it for all the cases.[221] The rule is represented by the freedom to provide healthcare, the correlative being the freedom of citizens from a Member State of affiliation to benefit from cross-border healthcare. The sense of Directive 2011/24/EU is the repeatedly established through Court's judgements:[222] *Community nationals may obtain medical treatment in another member state* ***without prior authorisation*** *and be reimbursed in accordance with the tariffs of the state in which they are insured.* The cases before the Court of Justice concerned reimbursement of the cost of spectacles and of orthodontic treatment outside hospital facilities. Given these circumstances, limiting the efforts for adapting legislation only to the implementation of prior authorisation and considering that provisions are similar to the present legislation in the field represent a proof of misapprehension of the Directive's sense. Prior authorisation should be considered as an exception, sharing the fate of every legal exception.

Even if we were entitled to talk about the prevalence of prior authorisation, the situation in Romanian health system is so dramatic that the number of patients having the legal right to be provided cross-border healthcare is very large. The fact that hospitals do not dispose of necessary materials and medicines to provide the adequate treatment for patients, could be invoked as a reason for requesting the prior authorisation.

[220] Cristian Vlădescu, Cristian Bușoi, *Politici de sănătate în Uniunea Europeană*, Polirom, Iași, 2011, p. 130.
[221] In the situation which Romanian authorities are the victims of such interpretations, we will assist to a wrong transposition of its provisions into national legislation, risking the rightfully sanctions.
[222] Case law from April 28th 1998, Kohll and Decker (cases C-158-96 and C-120/95)

The denial of prior authorisation invoking the *keeping of a treatment capacity or of a medical competence on national territory which is essential for public health* is a rightful one, but yet determines a series of difficulties in applicability. First of all we consider that the state has the task of testing such situations. Then, these treatment capacities must follow quality conditions compared to the European standards in the field. Not lastly, access criteria to these treatment capacities are important too, any disjunction between legal right of citizen and reality (for example: buying medicines and medical supplies) invoking it against the state. For that matter, not obeying the access criteria to medical services between legal parameters we think this can be one of the most frequently invoked reasons in default of an efficient health reform.

Reminding the fact that both domestic and cross-border healthcare (regarding the receiving of medical care and their costs reimbursement), the member states can maintain:

- general conditions;
- eligibility criteria,;
- administrative and normative formalities;
- the request of consulting a general practitioner before consulting a specialist or before benefiting from hospital care.

These conditions can be introduced/maintained insofar as:

- they are necessary;
- they are proportional with the aimed goal;
- they do not have discretionary or discriminating character.

Therewith, these general conditions, criteria and formalities should:

- be applied:
    - objectively,
    - transparently,
    - in a non-discriminating manner,
- be known in advance;
- be based on medical circumstances;
- not impose supplementary tasks to patients who wish to benefit medical care in another member state compared to those treated in the member state of affiliation.
- the information regarding these conditions must be anticipatively put at public's service..

At the same time it is necessary that decisions be taken as far as possible.

If patients from other member states receive the same treatment as their own citizens and if cross-border patients are granted a certain level of quality of healthcare, then the Directive implicitly guarantees to patients from the country in which healthcare is provided the same quality level, too. In other words, granting a certain quality level of healthcare for patients from other members states becomes a quality standard for the whole medical public system of a state.

Determining the real associated costs of healthcare is a compulsory demarche in the context of harmonisation of the legal provisions of Directive 2011/24/EU. Any hesitation in this matter will significantly affect two components of the health system:

- *Hospitals,* risking to be forced to treat foreign patients at underestimated costs, which will contribute to their deficit;[223]
- *Patients,* who will be deprived of the possibility of cross-border healthcare at acceptable levels of reimbursement and suffer all the influences derived from financial deficiencies in the healthcare units.

In reference to Romania's situation, we can observe that establishing the healthcare prices at the level of the costs on the market could determine an inflow of patients from other states, due to lower prices compared to those in their own states, determined by lower costs of workforce. Such target fluctuation can be anticipated at least in the case in which there are waiting lists in the member state of affiliation. Such an option could be profitable for the Romanian healthcare units and the whole health system, contributing this way to the preservation of the medical infrastructure.

Nevertheless, we anticipate that on medium and long term the advantage of competition offered by the low cost of workforce (i.e. the small remuneration in the health sector) will disappear, determining the appearance of another major disadvantage: the lack of professionals in the system. Considering the broader interpretation of the Directive, the lack of specialised personnel generates effects that cannot be blocked not even by the prior authorisation. In other words, in the absence of the possibility of local treatment, the authorisation of a medical treatment in another member state becomes compulsory, leading to the obligation of paying the interventions performed in other states.

The implementation of these mechanisms of transparency will cause, together with the increase in trust (if be the case) also a multiplication of malpractice cases ending up in court, healthcare units and medical institutions (including professional ones) being no longer able to hinder the access to personal data which certifies the health condition and patients' treatment through own procedures, which eliminates their opposability towards the patient. Insofar as the free access of the patient to his own medical information is actually put in practice, we will assist a real "revolution" in malpractice approach, effects of which will be compensated for both medical units and patients by introducing an efficient malpractice cover system.[224]

Opportunities

Among the estimated effects, a specific situation concerns Romanian citizens working legally in other states. The moment they return in their home country and access healthcare, they are in the same situation with "migrant patients", given the fact that they are insured in the state they work in. Insofar as Romania succeeds in becoming competitive on the healthcare market, these citizens could become an important income source for the health system. Prospectively, this situation will be accentuated, if we consider the fact that in the next decade a good amount of Romanian workers abroad will become

[223] An even worse scenario is also possible, low reimbursement costs (much below the costs on the market) being able to generate real inflows of foreign patients, encouraging (although unofficially) such migrant flows capable to generate savings in their own systems.

[224] This is the reason why a new malpractice law is on the agenda of the Ministry of Health, anticipating part of the future problems in the system.

pensioners in the countries they work in and the majority will return to Romania.[225] It is obvious that one of the opportunities for Romania is represented by the treatment provided to Romanians legally working in other states in the EU, in their case, paid treatment and subsequent reimbursement of costs by other states contributing to a positive balance between the "export" and "import" of patients. There are two essential conditions in order for this process to succeed: establishing the real costs for healthcare and the significant limitation of corruption associated with this process.[226]

Linguistic compliance of healthcare providers will be a significant variable from the perspective of patients' inflow. Healthcare units which apply a strategy of training their personnel in this domain, correlated with a strategic choice of languages may provide advantage in competition.

There can be developed the following insurance types:

- for an initial payment for healthcare, prior to reimbursement;;
- for the difference between actual costs and the level in which the Romanian state reimburses them;
- for the risk of non-reimbursement of the costs of healthcare.

Also, health insurance focusing on cross-border healthcare[227] may include the possibility of demarches undertaken in view of reimbursement, by creating flexible mechanisms of funding/reimbursement. In addition, we take into consideration the possibility of development of professional counselling and assistance services for accessing cross-border healthcare, which may include linguistic support, which may speed up the process.

The fact that the Directive uses concepts such as: *patients' mobility, access to cross-border healthcare, the patients' free movement*, *etc*. is sufficient to justify a broader interpretation that would take into account inclusively the bases of a health system of the Union imposed by the Directive. Even though the intention which has stimulated many of the Western states in adopting this normative act is rather related to the implementation of a mechanism meant to support the free movement of workers,[228] being, in a sense, part of the strategy of fighting the demographic decline, its effects can be broad enough, capable to exceed the initial intentions by far.

This study has aimed at proving that, considering the estimate effects of the Directive, its appropriate transposition into national legislation is synonymous, to a great extent, to the reform process itself. Taking the anticipated effects of the Directive into account, we have suggested which reform measures would best serve the general interest, indicating a number of difficulties that may arise from adopting these strategies and, especially, from directing the reform of health towards other strategies.

[225] Obviously, we haven't considered the (necessary) situation for harmonizing the social security systems with the ones in the destination states, especially Italy and Spain.

[226] The main action mode is *paid emergency* – rating a case as emergency by a doctor who has received money. This may be regarded as a gesture associated with corruption if the patient has the necessary resources to pay for treatment. If we speak of patients who do not have resources, the situation should be regarded from a different perspective, the argument *ad misericordiam* (appeal to pity) prevailing.

[227] We refer to that type of health insurance that ensures the doubling of social insurance by the patient's assumption of some costs. Otherwise, as long as the basic pack is not defined or is legally non-functional, all private insurance systems double, at least theoretically, the part that is/should be ensured by health social security system.

[228] Perhaps this is the most important *dismemberment* of the *patients' free movement* together with another dimension, respectively *customers' free movement* (to which patients are a part of).

www.cercetare-sociala.ro

Redactor: Rotilă Viorel
Coperta: Paraschiv Iulian
Corectură și paginare: Tetiva Elena

Bun de tipar: 2013. Apărut: 2013
Editura ***Sodalitas***, str. Domnească nr. 66, CP 800215, Galaţi
Tel: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281
----

www.cercetare-sociala.ro

Editor: Viorel Rotilă
Cover: Iulian Paraschiv
Proofreading and layout: Elena Tetiva

Published: 2013
Sodalitas Publishing House, 66 Domnească Str., 800215, Galaţi
Phone: 0336/106.365, Fax: 0336/109.281

COLLECTION: MEDICAL SOCIOLOGY

COLECTIA SOCIOLOGIE MEDICALA

"SOLIDARITATEA" SOCIAL RESEARCH AND DEVELOPMENT CENTER

CENTRUL DE CERCETARE ȘI DEZVOLTARE SOCIALĂ „SOLIDARITATEA"

"HEALTH SOLIDARITY" FEDERATION FROM ROMANIA

FEDERAȚIA "SOLIDARITATEA SANITARĂ" DIN ROMÂNIA

Tel. 0336.106.365 Fax: 0336.109.281

www.solidaritatea-sanitara.ro www.cercetare-sociala.ro