



INTELIGENȚĂ
ÎN SĂNĂTATE
SMART IN HEALTH

Condițiile în care persoanele asigurate pot beneficia de servicii medicale în străinătate

Oana Maria MOCANU¹

¹ Consilier juridic la Casa Națională de Asigurări de Sănătate, oana.mocanu@casan.ro

REZUMAT

Este foarte important ca persoanele asigurate să cunoască în ce condiții pot beneficia de servicii medicale în străinătate. Înșă, condițiile în care se acordă serviciile medicale sunt reglementate în mod diferit, în funcție de statul în care se acordă respectivele servicii medicale, respectiv dacă sunt acordate pe teritoriul statelor membre ale uniunii europene/spatiului economic european, sau pe teritoriul statelor terțe (din afara uniunii europene/spatiului economic european).

În lucrarea de față vom detalia fiecare situație în parte, astfel încât persoanele interesate să înțeleagă care sunt drepturile garantate de legislația internă, legislația europeană și acordurile bilaterale încheiate între state. De asemenea, este foarte important de știut că pentru a beneficia de aceste drepturi, toate actele normative prevăd și anumite obligații în sarcina persoanelor asigurate, obligații care dacă nu sunt cunoscute sau nu sunt îndeplinite, pot conduce la neacordarea serviciilor medicale sau la acordarea serviciilor medicale cu acoperirea costurilor de către persoana asigurată.

Pentru a evita astfel de situații, considerăm că este necesar și util ca fiecare persoană asigurată să își cunoască atât drepturile cât și obligațiile, astfel încât să poată hotărî în cunoștința de cauză în ce condiții urmează să beneficieze de servicii medicale pe teritoriul unui alt stat decât statul unde figurează ca persoană asigurată.

CUVINTE CHEIE: persoană asigurată, servicii medicale, instituție competentă, instituție de la locul de reședință, instituție de la locul de sedere

1. INTRODUCERE

Regulile de coordonare a sistemelor naționale de securitate socială se înscriu în cadrul liberei circulații a persoanelor și trebuie să contribuie la îmbunătățirea nivelului de viață și sănătate a acestora. Astfel, acordarea serviciilor medicale în străinătate în cazul persoanelor asigurate a fost reglementată la nivelul Uniunii Europene prin regulamente europene și directive, iar în cazul statelor terțe (care nu sunt membre ale Uniunii Europene și a Spațiului Economic European) prin acorduri bilaterale.

Primul regulament european adoptat de Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene în ceea ce privește aplicarea regimurilor de securitate socială a salariaților, persoanelor care desfășoară activități independente și membrilor de familie ai acestora care se deplasează pe teritoriul Comunității, a fost Regulamentul (CEE) nr. 1408/71, regulament care a fost modificat și actualizat cu numeroase ocazii, tocmai pentru a fi luate în considerare atât evoluțiile la nivel comunitar (inclusiv hotărârile Curții Europene de Justiție), cât și modificările legislative la nivel național. Toți acești factori au contribuit la crearea unor reguli comunitare de coordonare complicate și voluminoase, fapt ce a determinat înlocuirea acestor reguli prin modernizarea și simplificarea lor. Astfel, în anul 2009, Regulamentul 1408/71 a fost înlocuit de Regulamentul (CE) nr. 883/2004 *privind coordonarea sistemelor de securitate socială*, regulament prin care s-a încercat simplificarea modalităților de acordare a serviciilor medicale pe teritoriul statelor membre ale Uniunii Europene.

În anul 2011, Parlamentul European și Consiliul Uniunii Europene a adoptat Directiva 2011/24/UE *privind aplicarea drepturilor pacienților în cadrul asistenței medicale transfrontaliere*, directiva care prevede instaurarea unui cadru general pentru clarificarea drepturilor pacienților cu privire la accesul acestora la asistența medicală transfrontalieră, garantarea calității și a siguranței asistenței medicale primite într-un alt stat din cadrul UE/SEE și promovarea cooperării în materie de asistență medicală între statele membre ale UE/SEE.

Începând cu anul 2007, odată cu intrarea României în Uniunea Europeană, prevederile regulamentelor europene au devenit aplicabile și în România, fiind reglementată și în țara noastră modalitatea prin care o persoană asigurată poate beneficia de servicii medicale pe teritoriul statelor membre UE/SEE.

În ceea ce privește acordurile bilaterale încheiate de România, s-a constatat că de-a lungul timpului a existat o preocupare constantă din partea statului român în ceea ce privește acordarea serviciilor medicale pe teritoriul altor state, fiind încheiate o serie de acorduri sau înțelegeri cu diverse state, astfel încât persoanele asigurate să poată beneficia de servicii medicale pe teritoriul acestora.

2. LITERATURA DE SPECIALITATE RELEVANTA.

Pana in prezent nu exista o literatura de specialitate relevanta pe aceasta tema, avand in vedere ca este un domeniu relativ nou.

3. CONTEXTUL TEORETIC

In cele ce urmeaza voi prezenta distinct conditiile acordarii serviciilor medicale, respectiv:

□ **Servicii medicale acordate pe teritoriul statelor membre ale UE/SEE**, avand in vedere ca in aceasta situatie, acordarea serviciilor medicale se face in conformitate cu prevederile:

- Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala;

- Regulamentul (CE) nr. 987/2009 de stabilire a procedurii de punere in aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala;

- Regulamentul (CE) nr. 988/2009 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala si de stabilire a continutului anexelor acestuia;

- Directiva 2011/24/UE a Parlamentului European si a Consiliului privind aplicarea drepturilor pacientilor in cadrul asistentei medicale transfrontaliere.

• **Servicii medicale acordate pe teritoriul statelor terte (din afara UE/SEE)**, avand in vedere ca in aceasta situatie persoanele asigurate pot beneficia de servicii medicale decontate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate, doar in situatia in care Romania are incheiate acorduri bilaterale cu statele respective, iar acordarea serviciilor medicale se face in conformitate cu prevederile acordurilor.

CAPITOLUL I

SERVICIILE MEDICALE ACORDATE PE TERITORIUL STATELOR MEMBRE ALE UNIUNII EUROPENE/SPATIULUI ECONOMIC EUROPEAN

SUBCAPITOLUL 1

Servicii medicale acordate pe teritoriul statelor membre UE/SEE, în baza Regulamentului nr. 883/2004, a Regulamentului nr. 987/2009 și a Regulamentului nr. 988/2009

În conformitate cu prevederile Regulamentului (CE) nr. 883/2004 *privind coordonarea sistemelor de securitate socială*, astfel cum a fost modificat prin Regulamentul (CE) nr. 988/2009 și a Regulamentului (CE) nr. 987/2009 *de stabilire a procedurii de punere în aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004*, se disting mai multe situații:

- Servicii medicale devenite necesare (art. 19 din Regulamentul nr. 883/2004 și art. 25 din Regulamentul nr. 987/2009) - se acordă persoanelor asigurate care se află în sedere temporară pe teritoriul unui stat membru UE/SEE. Documentul în baza căruia se acordă serviciile medicale devenite necesare sunt: cardul european de asigurări sociale de sănătate și certificatul de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate;
- Tratamente planificate (art. 20 din Regulamentul nr. 883/2004 și art. 26 din Regulamentul nr. 987/2009) – se acordă persoanelor care se deplasează pe teritoriul unui stat membru UE/SEE, în scopul beneficierii de servicii medicale. Documentul în baza căruia se acordă serviciile medicale îl reprezintă Formularul S2 care se numește document de deschidere de drepturi la tratament planificat;
- Servicii medicale acordate persoanelor care au reședința pe teritoriul altui stat membru decât statul membru competent (art. 17, 18, 22 - 27 din Regulamentul nr. 883/2004). Documentul în baza căruia se acordă servicii medicale îl reprezintă Formularul S1 și se numește formular de înregistrare pentru asigurare medicală;
- Servicii medicale acordate fostului lucrător transfrontalier în țara în care a lucrat anterior (art. 28 din Regulamentul nr. 883/2004 și art. 29 din Regulamentul nr. 987/2009). Documentul în baza căruia se acordă servicii

medicale îl reprezintă Formularul S3 și se numește document care deschide dreptul la tratament medical pentru fostul lucrător transfrontalier în țara în care a lucrat anterior.

1. Cardul european de asigurări sociale de sănătate

Cardul european de asigurări sociale de sănătate certifică dreptul titularului cardului din statul membru de sedere, la servicii medicale în caz de boală, servicii care devin necesare din motive medicale și care se acordă în timpul sederii temporare într-un alt stat membru în scopul de a împiedica situația în care titularul cardului este constrans să se întoarcă în statul membru competent sau în statul de reședință, înainte de încheierea perioadei planificate de sedere, pentru a beneficia de tratamentul care îi este necesar². **Cardul european** de asigurări sociale de sănătate **poate fi folosit în toate situațiile de sedere temporară** în care persoana asigurată necesită asistență medicală, indiferent de scopul sederii, fie ca este **turistic**, legat de **activități profesionale** sau de **studii**.

Cu alte cuvinte, dacă o persoană asigurată pe teritoriul unui stat membru al UE/SEE se îmbolnăvește pe durata unei șederii temporare în alt stat membru al UE/SEE (indiferent că se afla acolo în vacanță, într-o călătorie de afaceri sau la studii), poate primi orice tratament care nu poate fi amânat până la întoarcerea acasă. Scopul prestațiilor de acest tip este să permită persoanei asigurate să își continue sederea în condiții medicale sigure. Trebuie menționat că *serviciile medicale devenite necesare* acordate în baza cardului *sunt acordate în conformitate cu legislația statului de sedere*, iar *titularul cardului are dreptul la aceleași servicii medicale ca și cetățenii asigurați în țara respectivă*.

Este important de reținut totodată faptul că persoanele asigurate care suferă de o boală cronică (diabet, cancer, astm, insuficiență renală care necesită dializă etc.) și care se află în sedere temporară pe teritoriul unui stat membru (vacanță, afaceri, studii etc.), au dreptul să beneficieze în baza cardului european de asigurări sociale de sănătate, de orice tratament (ce are legătura cu boala cronică) considerat necesar, ținând seama de starea de sănătate și de durata sederii. Însa, pentru orice tratament care implică echipamente sau personal specializat (oxigenoterapie, chimioterapie, dializă etc.), este necesar ca înainte de a călători în străinătate, să obțină din partea *furnizorului de asistență medicală*, un acord prealabil.

În situația în care, din motive obiective, nu se poate elibera cardul european de asigurări sociale de sănătate, instituția competentă (casa de asigurări de sănătate) va

² Decizia nr. S1 din 12 iunie 2009 privind cardul European de asigurări sociale de sănătate – punctul 9;

elibera un **certificat provizoriu de inlocuire a cardului**, cu o perioada de valabilitate limitata.

Pentru a putea beneficia de servicii medicale devenite necesare, persoana asigurata prezinta furnizorului de servicii medicale din statul membru de sedere, un document eliberat de catre institutia competenta, care sa certifice dreptul sau la servicii medicale. Este de preferat ca persoana asigurata sa aiba in posesia sa cardul european de asigurari de sanatate sau certificatul provizoriu de inlocuire a cardului, deoarece acesta reprezinta dovada ca persoana este asigurata într-o țară din UE și simplifică procedurile de plată și de rambursare. Insa, in situatia in care persoana asigurata nu se afla in posesia unui astfel de document, aceasta sau institutia de la locul de sedere, pot solicita institutiei competente eliberarea certificatului de inlocuire a cardului.

Totodata, trebuie mentionat faptul ca, dacă asiguratul nu se afla în posesia cardului sau certificatului de inlocuire a cardului, sau daca desi le are asupra sa nu le poate folosi deoarece nu sunt recunoscute de furnizorul de servicii medicale din statul de sedere, nu i se poate refuza accesul la tratament, dar acesta va trebui să plăteasca contravaloarea serviciilor medicale și să solicite rambursarea la întoarcerea acasă.

ATENȚIE. **Cardul european** de asigurari sociale de sanatate **nu poate fi utilizat** in unitatile sanitare ale caror servicii medicale nu sunt decontate din sistemul de asigurari sociale de sanatate de la locul de sedere temporara, sau atunci **cand scopul sederii in strainatate este exclusiv acela de a obtine asistenta medicala.**

Cu ajutorul cardului, persoana asigurata poate beneficia de asistență medicală (și de rambursarea costurilor) în aceleași condiții ca și cetățenii țării în care primesc serviciile medicale. Dacă tratamentul de care are nevoie este **gratuit pentru rezidenți**, nici titularul cardului european nu va trebui să plăteasca. Dacă tratamentul se plătește si in cazul asiguratilor proprii, titularul cardului se poate adresa **instituiției naționale** din țara în care se afla pentru a solicita rambursarea costurilor direct acolo sau poate contacta propria casă de asigurări de sănătate la întoarcerea acasa. La cerere, **cheltuielile persoanei asigurate vor fi rambursate în conformitate cu normele și plafoanele aplicabile în țara în care a beneficiat de îngrijiri medicale.** Astfel, două situații sunt posibile: fie i se rambursează costul integral al tratamentului, fie va trebui să suporte o parte din cheltuieli, în funcție de normele în vigoare în țara în care i s-a acordat tratamentul. La rândul său, casa de asigurări de sănătate competenta poate decide să ramburseze costul integral al tratamentului, conform propriilor sale reguli.

In Romania, cardul european de asigurari sociale de sanatate are o perioada de valabilitate de 6 luni si se elibereaza de casele de asigurari in evidenta carora figureaza persoanele ca fiind asigurate, in termen de 7 zile lucratoare de la data de la data

înregistrării cererii în sistemul informatic unic național care gestionează aplicarea regulamentelor Uniunii Europene³.

2. Formularul S2 (fost E112) - Autorizarea prealabila in cazul tratamentului planificat

O persoana asigurata care calatoreste in alt stat membru pentru a beneficia de prestatii in natura in timpul sederii sale, trebuie sa solicite autorizarea prealabila din partea institutiei competente.

Persoana asigurata care este autorizata de catre institutia competenta sa se deplaseze in alt stat membru in scopul de a primi un tratament adaptat starii sale, beneficiaza de prestatiile in natura acordate, in numele autoritatii competente, de catre institutia de la locul de sedere, in conformitate cu dispozitiile legislatiei pe care o aplica, ca si cum ar fi fost asigurata in temeiul legislatiei mentionate. Astfel, persoana asigurata are dreptul la tratament medical în altă țară din UE, în aceleași condiții și la aceleași prețuri ca și cetățenii țării respective. Totuși, unele țări pot restricționa accesul la anumite tipuri de servicii medicale, dacă cererea este mai mare decât capacitatea lor de a furniza asistență medicală. In aceasta situatie este necesar ca persoana asigurata sa consulte punctul național de contact din țara în care doreste să urmeze tratamentul pentru a afla dacă și ce restricții se aplică. În principiu, persoana asigurata are dreptul la acoperirea integrală sau parțială a costurilor tratamentului, in functie de legislatia statului în care a primit asistența medicală.

a) Condițiile eliberării autorizației prealabile (Formularul S2)

Institutiile competente (casele de asigurari de sanatate) au obligatia de a elibera autorizatia prealabila, in situatia in care sunt indeplinite cumulativ, doua conditii, respectiv daca:

- tratamentul respectiv se afla printre prestatiile prevazute de legislatia statului membru pe teritoriul caruia este rezidenta persoana in cauza;
- tratamentul respectiv nu poate fi acordat in nici o unitate sanitara din statul membru de resedinta sau de pe teritoriul statului membru competent, intr-un timp justificat din punct

³ Ordinul presedintelui CNAS nr. 559/2006 - pentru aprobarea caracteristicilor tehnice și a modalităților de eliberare și utilizare ale cardului european de asigurări sociale de sănătate și pentru aprobarea modelului certificatului provizoriu de înlocuire a cardului european de asigurări sociale de sănătate, precum și a instrucțiunilor de completare și a modalităților de eliberare și utilizare ale acestuia, cap. 2, pct. 2.4

de vedere medical, avându-se în vedere starea sa actuală de sănătate și evoluția probabilă a bolii.

-

b) Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări în conformitate cu prevederile Ordinului prezidentului CNAS nr. 592/2008⁴

În vederea obținerii formularului S2, persoana interesată depune o cerere la casa de asigurări în evidența căreia aceasta este înregistrată ca persoană asigurată.

După efectuarea înregistrării cererii, casa de asigurări procedează la analiza acesteia, după cum urmează:

- verifică statutul de asigurat al persoanei solicitante; în situația în care în urma verificărilor se constată că persoana nu este asigurată, cererea de eliberare a formularului nu este aprobată, iar acest lucru se comunică în scris solicitantului;

- analizează dosarul medical pentru a verifica îndeplinirea condițiilor prevăzute de art. 20 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004;

- dacă constată îndeplinirea condițiilor, eliberează formularul S2.

Termenul maxim de soluționare a cererii de eliberare a formularului S2 este de 5 zile lucrătoare.

c) Documentele necesare eliberării formularului S2

Cererea de eliberare a formularului S2, va fi însoțită de următoarele documente:

- copie de pe actul de identitate sau de pe certificatul de naștere, după caz;
- dosarul medical, care va conține, pe lângă înscrisuri medicale, raportul medical prevăzut în anexa nr. 10A la Ordinul prezidentului CNAS nr. 592/2008, din care să rezulte diagnosticul, precum și recomandarea medicală pentru efectuarea tratamentului;
- confirmare scrisă din partea unității sanitare din statul membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European în care se intenționează efectuarea serviciului medical, cu privire la disponibilitatea acesteia de a acorda respectivul serviciu medical,

⁴ Ordinul prezidentului CNAS nr. 592/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate sociale în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 – paragraful 42.

în baza formularului S2, în perioada indicată de persoana solicitantă, pe baza recomandării medicului curant care întocmește raportul medical.

Din raportul medical trebuie să rezulte că serviciul medical solicitat face parte din pachetul de servicii de bază de care beneficiază asigurații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, precum și faptul că acesta nu poate fi efectuat într-un interval de timp rezonabil în niciuna dintre unitățile sanitare din România, luând în considerare starea curentă de sănătate a persoanei solicitante și evoluția probabilă a bolii.

În prezent, serviciile medicale care nu fac parte din pachetul de servicii de baza decontate din fondul national unic de asigurari sociale de sanatate si care nu pot face obiectul autorizatiei prealabile, sunt prevazute de art. 248 din Legea nr. 95/2006, republicata, dupa cum urmeaza:

- a) serviciile medicale acordate in caz de boli profesionale, accidente de munca si sportive, asistenta medicala la locul de munca, asistenta medicala a sportivilor;
- b) unele servicii medicale de inalta performanta;
- c) unele servicii de asistenta stomatologica;
- d) serviciile hoteliere cu grad inalt de confort;
- e) corectiile estetice efectuate persoanelor cu varsta de peste 18 ani, cu exceptia reconstructiei mamare prin endoprotezare in cazul interventiilor chirurgicale oncologice;
- f) unele medicamente, materiale sanitare si tipuri de transport;
- h) fertilizarea in vitro;
- j) contravaloarea unor materiale necesare corectarii vazului si auzului;

În raportul medical întocmit de medicul curant trebuie precizat în mod explicit și argumentat motivul pentru care serviciul medical respectiv nu poate fi acordat într-un interval de timp rezonabil în nicio unitate sanitară din România.

Raportul medical trebuie întocmit de un medic dintr-o unitate sanitară aflată în relații contractuale cu o casă de asigurări de sănătate din România.

Toate documentele medicale, precum și raportul medical trebuie să fie datate, semnate și ștampilate.

d) Conditii generale

Formularul S2 se eliberează înainte de plecarea persoanei beneficiare. Totuși, formularul poate fi emis și după plecarea persoanei beneficiare dacă, din motive de forță majoră, nu a putut fi eliberat anticipat. În această situație, formularul se eliberează numai dacă nu a fost achitată contravaloarea serviciilor medicale. Din momentul efectuării plății formularul nu mai produce efectele juridice pentru care este solicitat.

În cazul în care formularul este emis după plecarea persoanei beneficiare, casa de asigurări întocmește un referat prin care se argumentează și se justifică situația de forță majoră, document care va sta la baza eliberării formularului S2.

Totuși, în cazul în care beneficiarul formularului S2 este tratat într-o țară în care pacienții plătesc pentru serviciile medicale primite și beneficiază apoi de rambursare din partea asiguratorului, acesta va trebui să suporte costurile ca și asigurații din țara respectivă. Ulterior, titularul formularului S2 va trebui să înainteze o cerere de rambursare pe lângă autoritățile din țara în care a beneficiat de tratament, urmând ca acestea să ramburseze direct costurile suportate, la prețul de care beneficiază și asigurații țării respective. De asemenea, beneficiarul formularului S2 poate depune cererea de rambursare și la casa de asigurări de sănătate din România, după întoarcerea acasă.

Este foarte important de reținut faptul că dacă procentul de rambursare este mai mare în țara în care este asigurat beneficiarul formularului S2, decât în țara în care a primit tratamentul, acesta are dreptul să solicite o rambursare suplimentară din partea casei de asigurări de sănătate care a eliberat formularul S2.

3. Formularul S1 - Înregistrare pentru asigurare medicală

Formularul S1 este documentul care deschide dreptul la servicii medicale în caz de boală și maternitate (asistență medicală, tratament medical, etc), în statul de reședință al persoanelor asigurate pe teritoriul altui stat membru UE/SEE. Acest formular se eliberează de către instituția competentă pentru a permite persoanei asigurate (asigurat, pensionar, solicitant de pensie, membrii de familie ai asiguraților sau pensionarilor) să beneficieze de prestațiile în natură de boală și maternitate, acordate în contul instituției competente, de instituția de la locul de reședință, în conformitate cu prevederile legislației pe care o aplică instituția de la locul de reședință.

Formularul S1 acoperă și situația membrilor de familie doar dacă aceștia îndeplinesc condițiile prevăzute în legislația statului de reședință.

Formularul S1 a înlocuit vechile formulare emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1408/1971, respectiv:

- Formularul E 106 – „Atestat privind dreptul la prestațiile în natură ale asigurării de boală-maternitate în cazul persoanelor care își au reședința într-un alt stat decât statul competent“

- Formularul E 109 - „Atestat pentru înscrierea membrilor familiei persoanei asigurate și actualizarea listelor“

- Formularul E 120 - „Atestat privind drepturile la prestațiile în natură pentru solicitanții de pensie și membrii familiei lor“.

- Formularul E 121 - „Atestat pentru înscrierea titularilor de pensie, a membrilor familiei acestora și actualizarea listelor“

a) Procedura emiterii formularului de către casele de asigurări de sanatate :

Formularul S2 poate fi solicitat de persoana asigurata (toate persoanele asigurate potrivit Legii nr. 95/2006, precum și de membrii de familie ai acestora), caselor de asigurări de sanatate în evidența căreia acesta este înregistrat ca persoană asigurată de boală sau maternitate. Dacă persoana asigurata nu prezintă acest formular, instituția de la locul de reședință poate să îl solicite casei de asigurări de sanatate, prin intermediul formularului E 107.

Casa de asigurări de sanatate completează formularul S1 și înmânează un exemplar persoanei asigurate sau îl transmite instituției de la locul de reședință, dacă formularul este întocmit la cererea acesteia.

Perioada de valabilitate a formularului este de un an, cu posibilitatea prelungirii anuale a valabilității acestuia. Formularul poate fi emis și pentru perioade mai mici de un an.

Atunci când persoana asigurata încetează de a mai avea dreptul la prestații, instituția competentă anulează formularul S1 prin intermediul formularului E 108.

b) Procedura înscrierii formularului S1 de către instituția de la locul de reședință

La primirea formularului S1, instituția de la locul de reședință realizează înscrierea persoanei asigurate și a membrilor de familie ai acestuia și informează instituția competentă cu privire la înscrierile pe care le-a efectuat.

Membrii de familie înscriși pe baza formularului S1 la instituția statului de reședință beneficiază pe teritoriul statului de reședință de prestații de asigurare de boală sau maternitate, în numele casei de asigurări competente, dacă aceștia nu au deschis drepturi la prestații în baza legislației statului de reședință.

Instituția de la locul de reședință acordă persoanelor înscrise pe baza formularului S1 prestațiile în natură la fel ca propriilor săi asigurați, potrivit legislației pe care aceasta o aplică.

Prestațiile acordate în baza formularului S1 generează rambursări pe bază de facturi.

c) Documentele necesare persoanei asigurate în vederea obținerii formularului S1:

- copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere;
- dovada reședinței în alt stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European decât statul competent; pentru persoanele care nu pot face dovada reședinței anterior plecării, se pot lua în considerare contractul de muncă, documentul de detașare, ordinul emis de ministru sau orice document care face dovada șederii obișnuite pe teritoriul statului membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European;
- formularul A1, în cazul lucrătorului detașat, lucrătorului independent, precum și în caz de pluriactivitate, formular ce este emis de Casa Nationala de Pensii și alte Drepturi Sociale; acest formular stabilește legislația aplicabilă;

4. Formularul S3 - Tratament medical pentru fostul lucrator transfrontalier in tara in care a lucrat anterior

Lucratorul frontalier care se pensionează are dreptul ca, în caz de boală, să continue să beneficieze de prestații în natură în statul membru în care și-a desfășurat ultima dată activitatea salariată sau independentă, în măsura în care aceste prestații reprezintă o continuare a tratamentului care a început în statul membru respectiv.

Termenul „continuare a tratamentului” înseamnă continuarea investigației, diagnosticării și tratamentului unei boli.

5. Formularul E 104 - Atestat privind totalizarea perioadelor de asigurare, de muncă sau de reședință⁵:

Formularul E 104 totalizează perioadele de asigurare realizate pe teritoriul a două sau mai multe state membre. Atunci când o persoană asigurată începe o activitate sau își stabilește reședința într-un stat membru al Uniunii Europene sau al Spațiului Economic European și nu îndeplinește condițiile de deschidere de drepturi la prestații de boală și maternitate în acel stat, pentru a putea beneficia de aceste prestații prezintă instituției din noul stat de muncă sau de domiciliu formularul E104 care specifică perioadele de asigurare realizate sub incidența legislației la care a fost supus ultima dată. Totalizarea poate interveni indiferent de durata scursă între două perioade de asigurare, cu excepția lucrătorului sezonier, pentru care perioada scursă între două perioade de asigurare nu poate fi mai mare de 4 luni.

Pentru a beneficia de totalizarea perioadelor de asigurare, persoana interesată trebuie să solicite formularul E 104, înainte de plecare, de la instituția la care este asigurată pentru boală și maternitate. Dacă persoana interesată nu și-a procurat formularul înainte de plecare, noua instituție competentă se adresează direct fostei instituții la care a fost asigurată persoana, prin transmiterea a două exemplare ale formularului.

a) Procedura emiterii formularului E 104 de către casele de asigurări

Casele de asigurări, instituții competente la un anumit moment pentru un asigurat, eliberează formularul E 104 la solicitarea persoanei interesate sau a instituției competente din noul stat de muncă ori de domiciliu, care trebuie să afle care este perioada de asigurare realizată conform legislației pe care o aplică instituția de care aparține înainte asiguratul în ceea ce privește prestațiile de boală sau maternitate.

Dacă formularul E 104 este întocmit la solicitarea instituției competente din noul stat de muncă sau de domiciliu, casele de asigurări confirmă perioadele respective de asigurare prin completarea părții B a formularului și transmit un exemplar instituției solicitante.

⁵ Ordinul președintelui CNAS nr. 592/2008 pentru aprobarea Normelor metodologice privind utilizarea în cadrul sistemului de asigurări sociale de sănătate din România a formularelor emise în aplicarea Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 al Consiliului privind aplicarea regimurilor de securitate sociale în raport cu lucrătorii salariați, cu lucrătorii independenți și cu familiile acestora care se deplasează în cadrul Comunității, precum și a Regulamentului (CEE) nr. 574/72 de stabilire a normelor de aplicare a Regulamentului (CEE) nr. 1408/71 – Secțiunea a 5-a

Dacă formularul E 104 este întocmit la solicitarea persoanei interesate, casa de asigurări completează partea A pct. 2 și partea B și înmânează sau transmite formularul persoanei interesate.

b) Persoanele care solicită formularul E 104 vor depune la sediul caselor de asigurări o cerere însoțită de următoarele documente:

- copie de pe cartea/buletinul de identitate sau de pe certificatul de naștere, după caz;
- copie de pe cartea de muncă sau, în cazul lucrătorilor independenți, declarația de asigurare pentru concedii și indemnizații;
- orice alte documente care atestă perioade de asigurare pentru boală sau maternitate.

6. Prestatiile in bani pentru incapacitate de munca in cazul sederii sau resedintei intr-un alt stat membru decat statul membru competent⁶

In conformitate cu prevederile art. 21 din Regulamentul (CE) nr. 883/2004, persoana asigurata si membrii familiei sale care isi au resedinta sau au drept de sedere intr-un alt stat membru decat statul membru competent, beneficiaza de prestatii in numerar acordate de institutia competenta in temeiul legislatiei pe care acesta o aplica.

Daca legislatia statului membru competent prevede ca persoana asigurata sa prezinte un certificat pentru a avea dreptul la prestatiile in bani pentru incapacitate de munca, persoana asigurata solicita medicului din statul membru de resedinta sau de sedere, care i-a evaluat starea de sanatate, sa ii certifice incapacitatea de munca si durata probabila a acesteia.

Persoana asigurata trimite certificatul institutiei competente in termenul stabilit de legislatia statului membru competent.

In cazul in care medicii care efectueaza tratamentul in statul membru de resedinta nu elibereaza certificate de incapacitate de munca, iar astfel de certificate sunt solicitate in temeiul legislatiei statului membru competent, persoana in cauza se adreseaza direct institutiei de la locul de resedinta care procedeaza imediat la evaluarea, din punct de vedere medical, a incapacitatii de munca a respectivei persoane si la

⁶ Regulamentul (CE) nr. 987/2009 de stabilire a procedurii de punere in aplicare a Regulamentului (CE) nr. 883/2004 privind coordonarea sistemelor de securitate sociala – art. 27

intocmirea certificatului de incapacitate de munca. Acest certificat este transmis imediat institutiei competente.

În situația în care casa de asigurări primește un certificat de incapacitate de munca emis de statul membru de reședință sau sedere, pentru o persoană care este asigurată pentru concedii și indemnizații în sistemul de asigurări sociale de sănătate din România, se procedează astfel:

- casa de asigurări efectuează demersurile necesare traducerii în limba română a raportului medical și a certificatului de incapacitate de muncă/avizului de încetare a muncii;

- în urma analizării documentelor primite de la instituția de la locul de ședere sau de reședință, casa de asigurări transmite angajatorului certificatul de incapacitate de muncă, al cărui model este prevăzut în anexa nr. 11A la norme metodologice aproate prin Ordinul președintelui CNAS nr. 592/2008;

- după primirea certificatului de incapacitate de munca emis de casa de asigurări de sanatate, angajatorul efectuează calculul și plata indemnizației, luând în considerare legislația internă privind concediile și indemnizațiile de asigurări sociale de sănătate;

- în cazul persoanelor asigurate direct la casa de asigurări, calculul și plata indemnizației se efectuează de către casa de asigurări;

SUBCAPITOLUL 2

Servicii medicale acordate pe teritoriul statelor membre UE/SEE, in baza Directivei nr. 2011/24/UE privind aplicarea drepturilor pacientilor in cadrul asistentei medicale transfrontaliere

Directiva nr. 2011/24/UE prevede instaurarea unui cadru general pentru clarificarea drepturilor pacientilor cu privire la accesul acestora la asistenta medicala transfrontaliera, garantarea calitatii si a sigurantei primite intr-un alt stat din cadrul UE si promovarea cooperarii in materie de asistenta medicala intre statele membre.

Directiva nr. 2011/24/UE a fost transpusa in legislatia interna prin:

- Legea nr. 95/2006 – *privind reforma in domeniul sanatatii, republicata,*
 - Titlul XIX – Asistenta medicala transfrontaliera
- HG nr. 304/2014 – *pentru aprobarea Normelor metodologice privind asistenta medicala transfrontaliera*

Responsabilitatile statelor membre, potrivit directivei

1. Puncte nationale de contact.

Fiecare stat membru trebuie sa desemneze unul sau mai multe **puncte de contact nationale** pentru asistenta medicala transfrontaliera. Aceste puncte de contact sunt relationate cu asociatiile de pacienti, cu furnizorii de asistenta medicala si cu asiguratorii serviciilor de sanatate. Acestia au obligatia de a oferi pacientilor informatii cu privire la drepturile lor in momentul in care acestia decid sa beneficieze de asistenta medicala transfrontaliera, precum si coordonatele altor puncte de contact din celelalte state membre.

Persoanele asigurate pot obtine informatii despre dreptul la asistenta medicala in alte tari din Uniunea Europeana, de la punctul national de contact din statul unde este asigurata persoana. Astfel, informatiile pe care le pot obtine sunt despre dreptul de a beneficia de acoperirea totala sau partiala a costurilor, tipurile de tratamente pentru care se fac rambursari su cuantumul rambursarilor, cazurile in care este nevoie de autorizatie prealabila si inaintarea unei cereri de autorizare prealabila, precum si caile de apel disponibile in situatia in care drepturile pacientilor nu sunt respectate.

De asemenea, persoanele asigurate pot solicita informatii de la punctul national de contact din tara in care doreste sa urmeze tratamentul, cu privire la:

-**sistemul de sănătate** din țara respectivă, inclusiv detalii despre garantarea calității și siguranței:

- cine elaborează standardele și ce acoperă acestea;
- cine monitorizează respectarea lor;
- ce se întâmplă când furnizorii de servicii medicale nu aplică standardele;
- **dacă un furnizor este înregistrat** și autorizat să ofere anumite tratamente și ce sistem de calitate și siguranță este valabil în cazul furnizorului respectiv;
- ce **drepturi au pacienții** în țara respectivă și ce opțiuni au la dispoziție dacă lucrurile nu merg cum ar trebui sau nu sunt mulțumiți de tratamentul primit.

2. Furnizori de servicii medicale

Furnizorii de servicii medicale au obligația să ofere persoanele asigurate informații despre:

- toate aspectele relevante pentru a lua o decizie în cunoștință de cauză (diferite opțiuni de tratament, calitate și siguranță, statutul autorizării/înregistrării);
- costul tratamentului (mai întâi o estimare, iar ulterior o factură clară pentru a facilita rambursarea);
- asigurarea de răspundere civilă pe care o dețin sau echivalentul acesteia
- diferitele opțiuni de plată (acolo unde este cazul).

Modalități de rambursare a asistentei medicale tranfrontaliere

Statul membru de afiliere trebuie să asigure rambursarea cheltuielilor contractate de o persoană asigurată care primește asistența medicală transfrontalieră. Suma rambursărilor este echivalentă cu cea care ar fi fost rambursată prin sistemul de asigurări sociale de sănătate obligatorii, dacă asistenta ar fi fost furnizată pe teritoriul propriu. Aceasta sumă nu poate depăși costul real al asistentei medicale primite.

Statul membru de afiliere are posibilitatea de a rambursa și cheltuielile conexe (cheltuielile cu cazarea sau deplasarea), dacă acestea sunt prevăzute de legislația pe care o aplică.

O persoană asigurată poate, de asemenea, să beneficieze de rambursări în cadrul prestațiilor de servicii la distanță sub formă de telemedicină.

Cooperarea în materie de sănătate

Statele membre sustin crearea unor rețele europene de referință ale furnizorilor de asistență medicală, recunosc valabilitatea prescripțiilor medicale emise în alte state membre, dacă acestea cuprind medicamente autorizate pe teritoriul propriu, sunt încurajate să colaboreze pentru a îmbunătăți diagnosticarea și tratamentul bolilor rare, în principal folosind baza de date Orphanet.

CAPITOLUL II

SERVICIILE MEDICALE ACORDATE PERSOANELOR ASIGURATE PE TERITORIUL STATELOR TERTE

(DIN AFARA UE/SEE):

Persoanele asigurate pot beneficia de servicii medicale pe teritoriul statelor terțe, numai în situația în care există acorduri bilaterale încheiate între România și aceste state.

În prezent, există 5 acorduri încheiate în domeniul securității sociale, acorduri ce au în domeniul material de aplicare și legislația privind prestațiile în natură în caz de boală și maternitate.

Acorduri bilaterale încheiate de România sunt după cum urmează:

1. România – Turcia

- Legea nr. 551/2002 pentru ratificarea Acordului dintre România și Republica Turcia în domeniul asigurărilor sociale, semnat la Ankara la 06 iulie 1999;
- Decizia nr. 119/2003 pentru aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Acordului dintre România și Republica Turcia în domeniul securității sociale;
- H.G. nr. 1311/2003 privind aprobarea Aranjamentului administrativ, semnat la București la 30 mai 2003, pentru aplicarea Acordului dintre România și Republica Turcia în domeniul securității sociale, semnat la Ankara la 6 iulie 1999.

Serviciile medicale care se acordă în baza acordului încheiat în România și Republica Turcia sunt:

- Servicii medicale de urgență în sedere temporară (Formular R/TR 3 – privind dreptul la prestații pe durata sederii temporare);

- Servicii medicale acordate pensionarilor care au domiciliul pe teritoriul celeilalte parti contractante (Formular R/TR 4) si a pensionarilor care primesc pensie conform legislatiei ambelor parti (Formular R/TR 5);
- Servicii medicale acordate membrilor de familie pe teritoriul partii contractante unde isi au domiciliul (Formular R/TR 6);

In baza acordului nu se acorda tratament planificat.

2. Romania – Moldova

- Legea nr. 130/2011 *pentru ratificarea Acordului dintre Romania si Republica Moldova in domeniul securitatii sociale, semnat la Bucuresti la 27 aprilie 2010;*
- H.G. nr. 752/2012 – *privind aprobarea Aranjamentului administrativ, semnat la Iasi la 3 martie 2012, pentru aplicarea Acordului dintre Romania si Republica Moldova in domeniul securitatii sociale, semnat la Bucuresti la 27 aprilie 2010;*

In prezent formularele utilizate in aplicarea Acordului si Aranjamentului administrativ, fac obiectul unei corespondente electronice in vederea agrearii formei finale de catre ambele parti.

Servicii medicale acordate in baza acordului incheiat intre Romania si Republica Moldova, sunt:

- Servicii medicale de urgenta in sedere temporara – se acorda pana cand a fost inlaturat pericolul pentru viata persoanei si este posibila transportarea;
- Servicii medicale acordate pensionarilor in caz de sedere temporara sau domiciliu.
- Transportul cu ambulanta sau cu avionul se va efectua numai cu autorizare prealabila a institutiei competente.

In baza acordului nu se acorda tratament planificat.

3. Romania – Macedonia

- Legea nr. 326/2007 *pentru ratificarea Acordului dintre Romania si Republica Macedonia in domeniul asigurarilor sociale, semnat la Bucuresti la 27 februarie 2006; Acordul a intrat in vigoare incepand cu 01 martie 2008;*
- *Aranjamentul administrativ de punere in aplicare a prevederilor Acordului a fost negociat, dar nu s-a semnat pana in prezent.*

Servicii medicale care se pot acorda in baza acordului incheiat intre Romania si Republica Macedonia:

- Servicii medicale de urgenta in sedere temporara;

- Servicii medicale acordate persoanelor asigurate și membrilor de familie care au reședința pe teritoriul celeilalte părți contractante;
- Servicii medicale acordate pensionarilor și membrilor de familie.

In baza acordului nu se acorda tratament planificat.

4. Romania – Quebec

- Legea nr. 5/2015 pentru ratificarea *Intelegerii in domeniul securitatii sociale dintre Guvernul Romaniei si Guvernul Quebecului, semnata la Quebec la 19 noiembrie 2013;*
- H.G. nr. 346/2015 pentru aprobarea *Aranjamentului administrativ pentru aplicarea Intelegerii in domeniul securitatii sociale dintre Guvernul Romaniei si Guvernul Quebecului si a Protocolului la Aranjamentul administrativ, semnate la Quebec la 19 noiembrie 2013;*

Intelegerea, aranjamentul si protocolul nu au intrat in vigoare pana in prezent.

Acordul reglementeaza conditiile acordarii serviciilor medicale pentru persoanele asigurate, in situatia stabilirii reședinței pe teritoriul celuilalt stat.

5. Romania – Serbia, Bosnia, Hertegovina si Muntenegru

- Decretul nr. 217/1976 de ratificare a *Acordului intre Guvernul Republicii Socialiste Romania si Guvernul Republicii Socialiste Federative Iugoslavia pentru colaborarea in domeniul asistentei medicale a asigurarilor, incheiat la 20 martie 1976;*
- *Notele verbale nr. 240 din 14 mai 1958, respectiv nr. 61441 din 19 mai 1958 – cu prevederi aplicabile in cazul personalului diplomatic;*
- *A fost negociat Acordul dintre Romania si Republica Serbia in domeniul securitatii sociale, precum si Aranjamentul administrativ de punere in aplicare a acestuia, iar in prezent se fac demersuri pentru semnarea acestora.*

In baza Acordului incheiat intre Guvernul Republicii Socialiste Romania si Guvernul Republicii Socialiste Federative Iugoslavia, se pot acorda doar servicii medicale de urgenta in caz de sedere temporara.

CONCLUZII

Unul dintre obiectivele urmarite in prezent de Romania, ca stat membru UE, consta in dezvoltarea unui sistem de finantare a sanatatii care sa garanteze tuturor



INTELIGENȚĂ
ÎN SĂNĂTATE
SMART IN HEALTH

cetățenilor accesul la servicii de sănătate în mod universal și echitabil și, totodată, să îi protejeze pe aceștia de dificultățile financiare care se asociază plății serviciilor medicale.

Astfel, procedurile administrative asociate acordării asistenței medicale în străinătate și rambursarea costurilor acestora, sunt bazate pe criterii obiective și nediscriminatorii care sunt necesare și proporționale cu obiectivul urmărit.