



**ENTIDADE REGULADORA
DA SAÚDE**



**ANÁLISE DO IMPACTO DA DIRETIVA DOS
CUIDADOS DE SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇOS**

JUNHO DE 2017

Índice

Sumário executivo	1
1. Introdução.....	3
2. Processo de transposição da Diretiva	10
2.1. Ponto de situação em Portugal.....	11
2.2. Comparação com outros EM da UE	22
3. Problemas identificados na implementação da Diretiva	25
3.1. Constrangimentos identificados pela ERS.....	25
3.2. Ótica do ponto de contacto de Portugal.....	31
3.3. Ótica dos pontos de contacto de outros EM	31
4. Nível de informação de utentes e profissionais sobre a Diretiva	38
5. Utilização de cuidados de saúde no âmbito da Diretiva	47
5.1. Procedimentos administrativos.....	47
5.2. Procura efetiva	50
6. Conclusão.....	56
Anexo I – Questionário aos pontos de contacto nacionais	58
Anexo II – Questionário a utentes e profissionais dos serviços de saúde	60



Índice de Abreviaturas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

EFTA – Associação Europeia de Comércio Livre

EM – Estado-Membro

ERS – Entidade Reguladora da Saúde

INFARMED – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde

SINAS – Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRER – Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados

SRS – Serviços Regionais de Saúde

UE – União Europeia

TJUE – Tribunal de Justiça da União Europeia

Sumário executivo

No Plano de Atividades para 2016 previa-se que a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) realizasse um estudo sobre o impacto da Diretiva europeia dos cuidados de saúde transfronteiriços – a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011 – no sistema de saúde português, desde a sua transposição para a ordem jurídica interna em agosto de 2014. Nesse sentido, ao abrigo das atribuições e incumbências estabelecidas nos seus estatutos, aprovados pelo Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, o presente estudo tem como objetivo analisar os impactos efetivos da implementação da Diretiva em Portugal desde a sua transposição, designadamente no âmbito do acesso aos cuidados de saúde.

O estudo encontra-se estruturado em seis capítulos, sendo o primeiro dedicado à introdução do tema. No capítulo 2 procede-se à descrição da legislação na qual assentou a transposição da Diretiva para a ordem jurídica portuguesa, em contraposição com os desafios elencados pela ERS em 2012, analisando-se também a realidade de outros Estados-Membros (EM) da União Europeia (UE). Deste capítulo é possível extrair que em Portugal, à semelhança do que ocorreu na grande maioria dos países, a Diretiva não foi transposta dentro do prazo previsto (25 de outubro de 2013). Em Portugal foi introduzido um sistema de autorização prévia para reembolso de alguns cuidados de saúde, à semelhança da maioria dos EM da UE, com base numa lista estabelecida por Portaria.

No capítulo 3 descrevem-se os problemas identificados pela ERS na implementação da Diretiva, bem como as óticas do ponto de contacto português e dos pontos de contacto nacionais de outros EM, que responderam a um inquérito por questionário desenvolvido pela ERS. O baixo número de pedidos de informação rececionados pela ERS e de processos de inquérito que exigiram uma investigação mais aprofundada não deixa de denotar o desconhecimento dos utentes sobre esta temática. A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), na qualidade de ponto de contacto nacional de Portugal, referiu as dificuldades sentidas pelos cidadãos em saber os seus direitos, revelando existir confusão entre a aplicabilidade da Diretiva e dos Regulamentos dos Sistemas de Segurança Social, bem como dúvidas interpretativas sobre o seu funcionamento. Também os pontos de contacto nacionais de outros EM mencionaram que o principal constrangimento é a falta de conhecimento dos cidadãos sobre os seus direitos. Neste capítulo são também identificadas as principais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças associadas à Diretiva (análise

SWOT), na ótica dos pontos de contacto dos EM. De tal análise resulta que as principais forças da Diretiva decorrem do aumento do acesso e as fraquezas mais destacadas estão associadas a restrições financeiras dos utentes e a falta de informação disponível numa língua que não a do EM que a disponibiliza. As oportunidades para o sistema de saúde referem-se à otimização da oferta disponível, partilha de conhecimento, informação e recursos, estímulo à qualidade, integração tecnológica em saúde, melhor distribuição do investimento em saúde, acesso a tratamentos mais avançados e acesso em tempo útil. No campo das ameaças, são apontadas situações de oportunismo por parte das diversas partes envolvidas na Diretiva, bem como dificuldades de encontrar tratamento subsequente adequado, aumento dos encargos financeiros para os sistemas de saúde e impacto na utilização de cuidados dos prestadores nacionais.

O capítulo 4 teve por base os dados recolhidos no âmbito de um inquérito por questionário sobre a literacia dos direitos dos utentes de serviços de saúde – diligência desenvolvida no estudo da ERS intitulado “Literacia em Direitos dos Utentes de Cuidados de Saúde” –, de onde se retira que a grande maioria dos respondentes não revela intenção de procurar cuidados de saúde no estrangeiro, e que os utentes classificam, maioritariamente, o seu conhecimento sobre a Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços na UE como baixo ou inexistente.

No capítulo 5 procede-se à análise da utilização de cuidados de saúde no âmbito da Diretiva, incluindo os procedimentos administrativos de suporte à procura de cuidados pelos utentes portugueses no estrangeiro. Em Portugal, entre 2014 e 2016, de acordo com a informação disponibilizada pela ACSS, foram indeferidos cinco pedidos de reembolso e dois pedidos de autorização prévia, e foram deferidos dois pedidos de autorização prévia, sendo certo que, à data da resposta da ACSS, não tinha sido ainda solicitado o reembolso respetivo pelos utentes.

Nas conclusões vertidas no capítulo 6 são apontadas como prováveis causas para o diminuto recurso a cuidados de saúde no âmbito da Diretiva a falta de informação da população sobre o direito de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, a dificuldade de compreensão dos procedimentos subjacentes ao exercício desse direito, e a existência de constrangimentos financeiros que podem inviabilizar a deslocação e estadia no estrangeiro e o adiantamento do valor dos cuidados pelos utentes.

1. Introdução

A Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011 (de ora em diante Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços ou apenas Diretiva), visa estabelecer regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União Europeia (UE), para assegurar a mobilidade dos doentes de acordo com os princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça da União Europeia (TJUE) e para promover a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os Estados-Membros (EM), sempre no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde. A Diretiva aplica-se à prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, ou seja, num EM diferente do de afiliação.

Para efeitos de reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços, a Diretiva deverá abranger as situações em que o doente recebe cuidados de saúde num EM da UE diferente do EM de afiliação, bem como as situações de prescrição, de dispensa e de fornecimento de medicamentos e de dispositivos médicos caso estes sejam disponibilizados no âmbito de um serviço de saúde (podendo o doente adquiri-los quer num EM distinto do de afiliação, quer num EM diferente daquele em que a receita foi emitida) – cfr. o § 16.

A Diretiva aplica-se à prestação de cuidados de saúde aos doentes, independentemente da forma como sejam organizados, prestados ou financiados, do que resulta a inclusão de todos os prestadores de cuidados de saúde (públicos e não públicos), excluindo os cuidados de saúde continuados, a colheita e transplante de órgãos e vacinação pública.

A Diretiva não afasta ou substitui os outros mecanismos já existentes no quadro de coordenação dos regimes de segurança social, em concreto o Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004 (cujas modalidades de aplicação se encontram concretizadas no Regulamento (CE) n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009), e que igualmente regulam o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, podendo o utente optar pelo regime que mais lhe convier.

Em 2012, quando decorria o prazo para transposição da Diretiva, a ERS publicou um relatório sobre a “Análise do Impacto da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, Relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes

em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços Sobre o Sistema de Saúde Português¹, no qual identificou riscos associados à aplicação da Diretiva, bem como desafios futuros para o setor da saúde português, associados à sua implementação e operacionalização. Este relatório é descrito com mais detalhe no capítulo 2.

Tal prazo de transposição terminava a 25 de outubro de 2013, mas só naquele mês se conheceu a proposta de lei para transpor a Diretiva, submetida a consulta pública pelo Ministério da Saúde, proposta sobre a qual a ERS se pronunciou em parecer publicado no seu *website*². Nesse parecer era salientado que, em algumas matérias, o texto da proposta de lei apresentava uma redação que pouco acrescentava ao texto original da Diretiva, remetendo para instrumentos posteriores, nomeadamente para nomeação do ponto de contacto nacional, definição de eventuais medidas de restrição ao acesso, ao reembolso de tratamentos e aos cuidados sujeitos a autorização prévia, à identificação de centros de referência nacionais para diagnóstico e tratamento de doenças raras, e à definição das autoridades nacionais responsáveis pela E-Saúde e pela avaliação das tecnologias da saúde. Foi também referido pela ERS nesse relatório que a versão final do diploma a ser aprovado beneficiaria certamente de uma maior clarificação das razões subjacentes às opções do legislador, como é melhor descrito no capítulo 2.

Apesar de a Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços prever que os EM deveriam pôr em vigor as disposições legislativas, regulamentares e administrativas para dar cumprimento à Diretiva até 25 de outubro de 2013, a transposição para o ordenamento jurídico português ocorreu apenas em 25 de agosto de 2014, com a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, que veio estabelecer normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços (excluindo cuidados continuados, dádiva ou colheita de órgãos e transplante e Plano Nacional e Regional de Vacinação). Esta lei transpôs também a Diretiva de Execução 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, que estabeleceu as medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro EM.

Esta Lei não prejudica a aplicação do Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004 e do Regulamento (CE) n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, da legislação em vigor relativa à organização e ao financiamento dos cuidados de saúde, em situações

¹ Disponível no *website* da ERS, em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=484. O relatório preliminar, de 2011, pode ser consultado em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=13.

² Disponível em https://www.ers.pt/pages/64?news_id=793.

não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços, e da legislação aplicável aos subsistemas de saúde – cfr. n.º 1 e n.º 2 do artigo 2.º. Por outro lado, não “obriga a reembolsar os beneficiários das despesas decorrentes da prestação de cuidados de saúde efetuada por prestadores de cuidados de saúde estabelecidos no território nacional, que não se encontrem integrados ou contratados com o Serviço Nacional de Saúde ou com os Serviços Regionais de Saúde” – cfr. n.º 3 do artigo 2.º.

A Comissão Europeia tem sido a principal instituição a disseminar informação sobre o impacto da Diretiva e utilização da mesma, disponibilizando um *website* dedicado à temática³. Em 2014 foi publicado pela Comissão Europeia um relatório com o título “Impact of information on patients’ choice within the context of the Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council on the application of patients’ rights in cross-border healthcare – Final Report”, com o objetivo de investigar o papel da informação na decisão de procurar cuidados de saúde noutros países da UE, considerando a República Checa, a Estónia, a Dinamarca, a Alemanha, a Itália, a Polónia, a Espanha, a Suécia, a Eslovénia, a Hungria e a Finlândia. Este estudo permitiu identificar que as principais motivações da procura de cuidados transfronteiriços no âmbito da Diretiva são os custos dos cuidados de saúde e os tempos de espera, sendo certo que o grau de confiança do utente no sistema de saúde do país de destino para realização do tratamento também é importante na tomada de decisão de recorrer a tratamentos noutro EM da UE.

De acordo com este estudo, para possibilitar decisões informadas por parte dos utentes, é essencial que a informação sobre os preços e tempos de espera esteja acessível de forma fácil e rápida no *website* do ponto de contacto nacional de destino. Por outro lado, é também considerado importante que exista informação transparente sobre os prestadores de cuidados de saúde de outros EM, para apoio à construção de confiança nos sistemas de saúde de outros EM. Os resultados da implementação de inquéritos a utentes e entidades financiadoras, constantes daquele relatório, sugerem que a informação disponibilizada no *website* dos pontos de contacto pode não ser suficiente para a tomada de uma decisão totalmente esclarecida, estando, em alguns casos, disseminada de forma complexa. A este respeito os financiadores de cuidados de saúde inquiridos consideram que a inclusão de perguntas frequentes no *website*

³ Informação disponível em http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_pt.htm.

dos pontos de contacto é importante⁴. Não obstante, na ótica da maioria das entidades financiadoras inquiridas no âmbito do estudo apresentado nesse relatório, a Diretiva veio proceder à clarificação dos direitos dos utentes no que respeita ao reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços e facilitar a cooperação entre os financiadores de cuidados de saúde na UE.

No primeiro trimestre de 2015 foi publicado pela Comissão Europeia o “Evaluative study on the crossborder healthcare Directive (2011/24/EU) – Final Report”⁵, que tinha como objetivo analisar o funcionamento da Diretiva. O estudo pretendeu avaliar a ótica dos diversos *stakeholders* envolvidos, mediante entrevistas direcionadas, designadamente, aos pontos de contacto nacionais, organizações de prestadores de cuidados de saúde, entidades fiscalizadoras da saúde e grupos de utentes. Este estudo considerou os 28 EM da UE, com análise mais aprofundada numa amostra de 12 países, incluindo Áustria, Bélgica, França, Alemanha, Hungria, Itália, Lituânia, Malta, Holanda, Eslovénia, Espanha e Suécia. Todavia, este estudo teve como limitação a dificuldade de obter informação quantitativa sobre a mobilidade dos utentes, o que inviabilizou a estimação dos efeitos globais da Diretiva nos primeiros anos de implementação.

A principal conclusão do estudo aponta que a implementação da Diretiva pode beneficiar do aumento de divulgação, na medida em que os resultados evidenciaram que os cidadãos não estão adequadamente informados sobre as novas oportunidades de tratamento no âmbito da Diretiva, nem tampouco sobre a existência de pontos de contacto nacionais. Apesar de se ter constatado que estes pontos de contacto prestam informação, quando solicitada, com um nível de detalhe satisfatório, verificou-se um baixo número de pedidos de informação e de reembolso por eles recebidos, que poderá ter decorrido da falta de conhecimento dos cidadãos.

Os utentes entrevistados entenderam que as principais razões que inibem a procura de cuidados transfronteiriços se referem a questões administrativas, de que são exemplo as associadas aos pedidos de autorização prévia, tendo-se constatado, por exemplo, existirem diferentes práticas na UE relativas à autorização prévia.

⁴ A este respeito, importa referir que o ponto de contacto nacional em Portugal disponibiliza no seu *website* (<http://diretiva.min-saude.pt/faqs/geral/>) perguntas frequentes sobre a Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços.

⁵ Disponível em http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/.

Por outro lado, as entrevistas demonstraram que a qualidade dos cuidados de saúde não é um fator relevante para a decisão de procurar cuidados transfronteiriços. Porém, constatou-se que a informação sobre qualidade dos prestadores de cuidados de saúde disponibilizada nos *websites* da maioria dos pontos de contacto não apresenta detalhe suficiente. Das entrevistas aos prestadores e prescritores resultou que o direito à continuidade de cuidados após recurso a cuidados de saúde transfronteiriços (*follow-up*) se encontra garantido, pelo que não foi identificado como um problema. Também não foram identificados no estudo problemas relativos a questões de reembolso, nem foi constatado um aumento substancial da carga administrativa das entidades financiadoras.

O “Special Eurobarometer 425: Patients’ rights in cross-border healthcare in the European Union”⁶, publicado em maio de 2015, apresenta os resultados de um inquérito empreendido por entrevista nos 28 EM da UE sobre a procura de cuidados de saúde transfronteiriços, não se circunscrevendo aos cuidados prestados no âmbito da Diretiva. Neste relatório conclui-se que, apesar de cerca de metade dos respondentes (em Portugal, 34%) se revelar disposta a procurar cuidados de saúde no estrangeiro, apenas cerca de 5% dos europeus receberam tratamento médico noutra país da UE, nos 12 meses que precederam a entrevista⁷, percentagem que atingiu os 7% em Portugal. Dos utentes que receberam tratamentos noutra EM, apenas 15% tiveram dificuldade em obter o reembolso dos tratamentos. A maioria dos entrevistados apontou como principal razão para procurar cuidados de saúde no estrangeiro a existência de cuidados não disponíveis no país de origem e de cuidados com maior nível de qualidade. Foi também concluído que para 55% o principal motivo para não desejar receber tratamentos no estrangeiro se prende com a satisfação com os cuidados de saúde no país de origem.

No que se refere ao grau de conhecimento dos cidadãos sobre utilização de cuidados transfronteiriços, os resultados do inquérito indicam que a maioria dos cidadãos da UE sabe ter direito a ser reembolsada por tratamentos médicos realizados noutra país da UE, embora em Portugal apenas 41% dos indivíduos inquiridos tenham indicado ter conhecimento dessa possibilidade. Por outro lado, 40% pensavam ser necessária autorização prévia para todo o tipo de cuidados, percentagem que ascendeu a 56% em Portugal. No âmbito específico da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços,

⁶ Disponível em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_425_sum_en.pdf.

⁷ Realizada durante o mês de outubro de 2014.

apenas 10% dos cidadãos (13% em Portugal) tinham ouvido falar da existência do ponto de contacto nacional.

Em Setembro de 2015, em concretização do estipulado no n.º 1 do artigo 20.º da Diretiva, que prevê que a Comissão elaborasse um relatório sobre a sua aplicação e o apresentasse ao Parlamento Europeu e ao Conselho até 25 outubro de 2015 e, posteriormente, de três em três anos, foi publicado o “Relatório da Comissão sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços”⁸. Este relatório teve como objetivo estabelecer o ponto da situação de transposição, à data, designadamente quanto à autorização prévia, ao nível de mobilidade dos doentes, às práticas de reembolso, à informação aos doentes e à cooperação ao abrigo da Diretiva. Neste relatório concluiu-se que a mobilidade dos doentes para cuidados de saúde programados (ao abrigo da Diretiva e dos Regulamentos relativos à Segurança Social) continuava a ser reduzida. Este facto poderia estar associado à demora de transposição da Diretiva, à falta de conhecimento dos utentes e a obstáculos colocados aos doentes pelos sistemas de saúde – tais como a abrangência de situações que exigem autorização prévia e a falta de clareza quanto aos tratamentos que exigem essa autorização prévia, o reembolso tabelado por valores mais baixos do que os utilizados nos EM de origem e as exigências administrativas excessivas.

No relatório “Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU – Year 2015”⁹, elaborado pela Jonathan Olsson Consulting, e publicado pela Comissão Europeia em outubro de 2016, foram apresentados os resultados de um questionário respondido por 23 EM¹⁰. Nesse relatório conclui-se que, na maioria dos países, tanto os pedidos de informação como os pedidos de autorização prévia e de reembolso, no ano de 2015, foram diminutos.

A literatura existente em Portugal sobre esta matéria é escassa. Helena (2016)¹¹ concluiu que a Diretiva afetou positivamente os direitos dos utentes, o aumento da transparência e o potencial para estabelecer novas redes de tecnologias e cuidados de saúde, sendo certo que pode potenciar desigualdades entre cidadãos nacionais e estrangeiros e aumentar os custos dos cuidados de saúde, devido às necessidades de

⁸ Disponível em <http://ec.europa.eu/health/sites/health/>.

⁹ Disponível em <http://ec.europa.eu/health/sites/health/files/>.

¹⁰ Áustria, Finlândia, França, Islândia, Letónia, Lituânia e Portugal não responderam ao questionário enviado.

¹¹ Helena, R. (2016) “Cross-border healthcare directive: Assessing stakeholders’ perspectives in Poland and Portugal”. *Health Policy*. 120(4):369-376.

investimentos de curto-prazo. Borges e Cardoso (2013, 2014)^{12 13} avaliaram o papel das tecnologias de informação e comunicação (em particular o papel do *eHealth*) na implementação da Diretiva, enquanto Antunes (2015)¹⁴ focou questões subjacentes ao reconhecimento das prescrições médicas no quadro do regime jurídico da UE e português sobre cuidados de saúde transfronteiriços, designadamente no âmbito da Diretiva.

A Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços poderá também ter implicações noutros setores, tal como o turismo em saúde, como exposto no “Atlas de oportunidades para o turismo de saúde e bem-estar”, publicado em junho de 2014, no âmbito do Projeto Healthy’n Portugal¹⁵, na medida em que possibilita o reembolso de cuidados de saúde realizados noutros EM da UE.

No âmbito do Plano de Atividades da ERS de 2016 encontrava-se previsto “Realizar um estudo sobre o impacto da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços no sistema de saúde português desde a sua transposição para a ordem jurídica interna em agosto de 2014, focando não só o próprio processo de transposição mas também o efetivo exercício dos direitos por parte dos utentes nacionais que recorrem a outros Estados-Membros, e dos provenientes de outros Estados-Membros que procuram cuidados em Portugal”.

Assim, consideradas as análises realizadas anteriormente pela ERS, designadamente sobre os desafios da Diretiva e sobre a legislação de transposição, o presente estudo tem como objetivo analisar os impactos efetivos da implementação da Diretiva em Portugal desde a sua transposição.

¹² Borges, A.P. e Cardoso, C. (2013) “The ICT use in the implementation of Directive 2011/24/EU”. *Review of Applied Socio-Economic Research*. 5(1):44-52.

¹³ Borges, A.P. e Cardoso, C. (2014) “The relevance of ehealth on the transposition of the Directive 2011/24/EU”. *European Journal of Public Health*. 24(2):112.

¹⁴ Antunes, A. (2015) “Cuidados de Saúde Transfronteiriços: Reconhecimento das Prescrições Médicas”, apresentado na Conferência realizada na Universidade de Direito da Universidade de Lisboa, em 10 de março de 2015.

¹⁵ O Projeto Healthy’n Portugal é uma parceria para o desenvolvimento de uma oferta competitiva à escala global em matéria de cuidados médicos e turismo de saúde, em Portugal. Mais informações disponíveis em <http://www.healthyn.pt/>.

2. Processo de transposição da Diretiva

Em 2012, quando se encontrava a decorrer o prazo de 30 meses estabelecido para a transposição da Diretiva, a ERS publicou o relatório “Análise do Impacto da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, Relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços Sobre o Sistema de Saúde Português”¹⁶, onde se analisava a evolução que resultaria da transposição para o sistema de saúde e para o Serviço Nacional de Saúde (SNS), e se identificavam as alterações que deveriam ocorrer a nível nacional, de forma a adequar o quadro nacional com o exigido pela Diretiva.

Nesse relatório era identificado um conjunto de potenciais constrangimentos associados à aplicação da Diretiva, no âmbito do acesso, da liberdade de escolha, da qualidade, da concorrência e do impacto económico-financeiro, bem como desafios futuros para o setor da saúde português, associados à sua implementação e operacionalização.

Naquele âmbito, as principais exigências da Diretiva no quadro institucional do sistema de saúde português respeitavam, designadamente, à escolha do ponto de contacto nacional, aos procedimentos de autorização prévia, ao sistema de cálculo dos custos para efeitos de reembolso, à qualidade da prestação e qualificações dos profissionais de saúde na UE, às tecnologias de informação e comunicação, às regras de licenciamento e do direito de acesso ao processo clínico, à articulação com as instâncias de saúde existentes nas Regiões Autónomas, aos mecanismos de reclamação e reparação de danos e às redes de referência europeias.

De seguida, descreve-se a evolução legislativa após a transposição da Diretiva para a ordem jurídica portuguesa e analisa-se se a legislação na qual assentou a transposição deu resposta aos desafios elencados pela ERS em 2012. É também empreendida uma comparação de Portugal com outros países da UE, no que se refere ao ponto de situação da transposição da Diretiva.

¹⁶ Disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=484.

2.1. Ponto de situação em Portugal

A Lei n.º 52/2014, de 25 agosto, estabeleceu as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e a promoção da cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo para a ordem jurídica nacional a Diretiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Diretiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, que estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutra EM.

Importa, em primeiro lugar, clarificar que se excluem do âmbito desta lei os cuidados continuados integrados, nos termos do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho, e do Decreto Legislativo Regional n.º 30/2012/M, de 8 de novembro, a dádiva ou colheita de órgãos, após a morte, respetiva alocação e acesso aos mesmos para fins terapêuticos ou de transplante, e o Plano Nacional e Regional de Vacinação, nos termos da legislação em vigor. Por outro lado, a aplicação desta lei não prejudica a aplicação do Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social e do Regulamento (CE) n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CE) n.º 883/2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social, nem tampouco da legislação em vigor em situações não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços e da legislação aplicável aos subsistemas de saúde (cfr. artigo 2.º da Lei n.º 52/2014, de 25 agosto).

Os princípios gerais que norteiam todo o diploma encontram-se vertidos no artigo 4.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, de acordo com o qual os cuidados de saúde transfronteiriços são prestados de acordo com os princípios da universalidade, do acesso a cuidados de saúde de qualidade, da equidade e da solidariedade (n.º 1), devendo tais cuidados serem prestados sempre no respeito pelo direito à privacidade dos doentes (n.º 2)¹⁷. Acresce o princípio da não discriminação por razões de nacionalidade contemplado no n.º 5 do artigo 6.º. Não obstante, encontra-se prevista a possibilidade de restrição ao acesso “[...] em situações excecionais e em observância pelo princípio da proporcionalidade [...] por razões imperiosas de interesse geral,

¹⁷ Este direito é desenvolvido, numa outra vertente, pelo n.º 4 do artigo 6.º, o qual prevê que os doentes têm direito a conhecer a informação registada no seu processo clínico, a aceder-lhe à distância ou a dispor de pelo menos uma cópia do seu processo clínico, nos termos da lei.

quando justificadas pela necessidade de manter um acesso suficiente, permanente, equilibrado e planeado a todos os beneficiários a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade a nível nacional ou a um serviço médico e hospitalar”. A 30 de setembro de 2014 a ACSS publicou a Circular Normativa n.º 27/2014/DPS/ACSS, em que apresentava as linhas de orientação para a adoção de medidas de restrição ao acesso a cuidados de saúde no SNS, e se determinava que as medidas restritivas “devem ter em conta os mecanismos atualmente existentes para adequação de resposta do Serviço Nacional de Saúde”, definindo um conjunto de indicadores para medição do nível de acesso e produtividade do SNS. A este respeito, a ERS referiu, no seu parecer de 2013 sobre a proposta de lei que se encontrava em consulta pública, preocupações associadas à forma adotada, “com conteúdo marcadamente genérico e remetendo para momento ulterior a definição destas restrições e limitações”, pelo que importaria densificar melhor esta matéria e proceder a “uma melhor concretização, maior rigor e coerência conceptuais”, o que não sucedeu com a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.¹⁸

Adicionalmente, no parecer elaborado pela ERS era salientado que, relativamente a determinadas matérias, o texto da proposta de lei “apresenta uma redação genérica, que pouco acrescenta ao texto original da Diretiva, remetendo para momento posterior a concretização dos objetivos da Diretiva e prevendo a intermediação de outras entidades”, que se manteve na Lei n.º 52/2014, de 25 agosto. Com efeito, tal como a proposta de lei, a Lei n.º 52/2014, de 25 agosto, remete para instrumentos acessórios a definição do ponto de contacto nacional, a definição da autoridade nacional responsável pela avaliação das tecnologias da saúde, a definição dos cuidados sujeitos a autorização prévia e a identificação de centros de referência nacionais para diagnóstico e tratamento de doenças raras. Como se verá a seguir, tal não consubstanciou uma demora significativamente acrescida na aplicação da Diretiva, porque os diplomas de apoio à lei foram promulgados em setembro de 2014.

Para efeitos da presente lei, o ponto de contacto nacional para os cuidados de saúde transfronteiriços é designado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, de entre os serviços e organismos do Ministério da Saúde (cfr. artigo 5.º da referida lei), estabelecendo as suas competências, designadamente de

¹⁸ A ERS, a 12 de novembro de 2013, emitiu o “Parecer da Entidade Reguladora da Saúde Sobre a Proposta de Lei que Transpõe a Diretiva Europeia dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços”, aquando da submissão a consulta pública, pelo Ministério da Saúde, de uma proposta de lei que visou transpor para a ordem jurídica portuguesa a Diretiva n.º 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011 (*vide* https://www.ers.pt/pages/64?news_id=793).

salvaguardar que a informação respeitante aos cuidados de saúde transfronteiriços, aos cuidados prestados em território nacional e aos prestadores estabelecidos em território nacional está facilmente acessível, é divulgada por meios eletrónicos, e é adequada a pessoas com necessidades especiais, bem como de prestar outras informações solicitadas pelos doentes para facilitar a sua decisão de aceder a cuidados de saúde transfronteiriços (cfr. n.ºs 2 e 3 do artigo 5.º da referida lei).

Nessa sequência, o Despacho n.º 11713/2014, de 19 setembro, designou a Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) como ponto de contacto nacional para os cuidados de saúde transfronteiriços, nos termos do referido n.º 1 do artigo 5.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto. Para concretização das suas competências, no que concretamente respeita à informação aos beneficiários da Diretiva, a ACSS disponibiliza o acesso a um *website* específico¹⁹ do qual constam, designadamente, perguntas frequentes, esclarecimentos sobre o processo de reembolso e de pedido de autorização prévia, listagem dos prestadores públicos e privados sediados em território nacional e a identificação dos pontos de contacto dos outros EM.

Em termos informativos, foi ainda elaborada pela ACSS a Circular informativa n.º 5/2015/DPS/ACSS, de 16 de janeiro de 2015, direcionada aos beneficiários no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços, com o assunto “Informação sobre os direitos referentes à obtenção de cuidados de saúde transfronteiriços e condições para o reembolso dos custos”. Nesta circular, a ACSS, na qualidade de ponto de contacto nacional, remete para a informação disponível no Portal da Diretiva, clarificando alguns conceitos utilizados, bem como os procedimentos para obtenção de reembolso, e metodologia para apuramento do valor a reembolsar.

O artigo 6.º da lei portuguesa faz expressamente impender sobre os prestadores de cuidados de saúde um dever de informação na relação com os doentes, o qual abrange cinco tópicos distintos: a) as opções de tratamento e disponibilidade dos mesmos; b) os mecanismos de controlo da qualidade e segurança dos cuidados de saúde que prestam; c) os preços; d) a sua situação em termos de autorização ou de registo; e e) o seguro de responsabilidade profissional ou o regime equivalente aplicável nos termos da legislação em vigor em matéria de responsabilidade por danos resultantes da prestação de cuidados de saúde.

¹⁹ O Portal da Diretiva encontra-se disponível em <http://diretiva.min-saude.pt/inicio-4/>.

A respeito do reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços, a Diretiva prevê, no seu considerando n.º 37, que “Os Estados-Membros podem aplicar condições gerais, critérios de elegibilidade e formalidades legais e administrativas à prestação de cuidados de saúde e ao reembolso dos custos respectivos, nomeadamente prever a realização de uma consulta de clínica geral antes da consulta de especialidade ou antes da prestação de cuidados hospitalares, inclusive aos doentes que desejem obter cuidados de saúde noutro Estado-Membro, desde que essas condições sejam necessárias, proporcionadas ao seu objectivo, não discricionárias nem discriminatórias”. Por sua vez, o n.º 1 do artigo 7.º – “Princípios gerais de reembolso dos custos” – estipula que “[...] o Estado-Membro de afiliação assegura o reembolso dos custos suportados pela pessoa segurada que receba cuidados de saúde transfronteiriços se os cuidados de saúde em questão figurarem entre as prestações a que a pessoa segurada tem direito no Estado-Membro de afiliação”, dispondo os restantes números deste e dos artigos seguintes sobre os demais aspetos em matéria de reembolso dos custos dos cuidados de saúde.

Nessa sequência, a Lei n.º 52/2014, de 25 agosto, estabeleceu, no artigo 8.º e seguintes, as regras para a efetivação do direito ao reembolso, definição das prestações elegíveis para reembolso, bem como para o valor reembolsado aos utentes. Este direito ao reembolso pode ser limitado em "situações excepcionais e em observância pelo princípio da proporcionalidade, medidas de restrição ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com determinado cuidado de saúde prestado noutro Estado membro [...] por razões imperiosas de interesse geral, quando justificadas pela necessidade de garantir um acesso suficiente permanente, equilibrado e planeado a todos os beneficiários a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade a nível nacional ou a um serviço médico e hospitalar ou pela necessidade de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos no Serviço Nacional de Saúde ou nos Serviços Regionais de Saúde” (cfr. n.º 8 do artigo 8.º). Neste âmbito, a ACSS e a Direção-Geral da Saúde (DGS) figuram como entidades responsáveis para propor ao membro do Governo responsável pela área da saúde a adoção dessas medidas restritivas. No parecer sobre a proposta de lei, a ERS referiu que seria importante densificar melhor esta matéria para ser possível uma análise sobre se as restrições e impedimentos que se pretendem implementar serão conformes ao espírito da Diretiva. Porém, a Lei n.º 52/2014, de 25 agosto, manteve o que se encontrava previsto na respetiva proposta.

Por outro lado, no relatório publicado pela ERS em 2012, era referido ser essencial, em matéria de reembolso dos cuidados, “que em Portugal se determine, de forma clara, uma tabela de «preços» para cada cuidado de saúde, sendo esse preço que deverá ser aplicável independentemente de o cuidado de saúde ser prestado em território nacional ou em regime transfronteiriço”. Indo ao encontro desta questão, a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, estabeleceu que o “reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços aos beneficiários é feito de acordo com as tabelas de preços aplicadas ao Serviço Nacional de Saúde ou aos Serviços Regionais de Saúde (SRS) e com o regime geral das comparticipações do Estado ou dos Serviços Regionais de Saúde no preço dos medicamentos”, sendo certo que aos montantes a reembolsar é deduzido o valor correspondente das taxas moderadoras que seriam devidas, caso as prestações de saúde fossem realizadas no âmbito do SNS ou do Serviço Regional de Saúde, sempre que aplicável (cfr. n.ºs 1 e 2 do artigo 10.º da referida lei). Atualmente vigora a Tabela de Preços do SNS estabelecida pela Portaria n.º 234/2015, de 7 de agosto, e o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos previsto no Decreto-Lei n.º 19/2014, de 5 de fevereiro²⁰.

Neste âmbito, as prestações de saúde elegíveis para reembolso são as previstas naquelas tabelas de preço (cfr. n.º 2 do artigo 8.º), encontrando-se previsto que o “direito ao reembolso das despesas que não se encontrem sujeitas a autorização prévia [...] pressupõe a existência de uma avaliação prévia por um médico de medicina geral e familiar do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde, que determine a necessidade dos cuidados de saúde.” (cfr. n.º 4 do artigo 8.º da lei).

A lei estabelece um sistema duplo relativamente ao direito ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços prestados noutro EM. De um lado, estabelece as despesas sujeitas a um sistema de autorização prévia (cfr. artigo 11.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto), possibilidade já prevista no artigo 8.º da Diretiva; e, do outro, despesas sujeitas apenas a avaliação prévia por um médico de medicina geral e familiar do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde, que determine a necessidade dos cuidados de saúde (cfr. n.º 4 do artigo 8.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto). Quanto a esta questão, a ERS alertou para eventuais pressões adicionais sobre os estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde primários para referenciação aos cuidados de saúde transfronteiriços e para a possibilidade de discriminação inversa – ou seja,

²⁰ Decreto-lei que procede à quarta alteração ao Decreto-Lei n.º 48-A/2010, de 13 de maio, que aprova o regime geral das comparticipações do Estado no preço dos medicamentos.

discriminação dos cidadãos nacionais, que veem, no plano interno, a sua liberdade de escolha de cuidados publicamente financiados condicionada a determinados conjuntos de prestadores públicos e privados convencionados, enquanto um cidadão estrangeiro pode aceder a qualquer prestador público ou não público.

Quanto às despesas sujeitas a autorização prévia, estão em causa “cuidados de saúde transfronteiriços cirúrgicos que exijam o internamento durante pelo menos uma noite, assim como o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que exijam recursos a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente onerosos e de elevada especialização” (cfr. n.º 1 do artigo 11.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto).

Certo é que a lista de cuidados sujeitos a autorização prévia dependia de “portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a qual [seria] comunicada à Comissão Europeia no prazo máximo de 30 dias a contar da sua entrada em vigor, assim como qualquer alteração à mesma” (cfr. n.º 3 do artigo 11.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto), o que veio a suceder em 25 de setembro pela Portaria n.º 191/2014.

Está ainda sujeito a autorização prévia “o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que envolvam tratamentos que apresentem um risco especial para o doente ou para a população ou o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços que sejam prestados por um prestador de cuidados de saúde que, por decisão casuística da entidade competente para apreciação do pedido de autorização prévia, possa suscitar preocupações sérias e específicas quanto à qualidade ou à segurança dos cuidados” (cfr. n.º 2 do artigo 11.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto). Em pronúncia sobre a proposta de lei, a ERS referiu que, embora o espírito da Diretiva aponte para que a autorização prévia constitua a exceção, a redação da proposta de lei, que a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, manteve, previa que os cuidados de saúde acima descritos estivessem sujeitos à autorização prévia sem os associar, como condição cumulativa, aos requisitos de planeamento previstos na Diretiva. Segundo a ERS, tal “poderá resultar na imposição do requisito da autorização prévia e eventual recusa prévia do reembolso a cuidados que, à luz da Diretiva, nem deveriam ser sujeitos ao sistema de autorização prévia”. Assim, a ERS propôs a clarificação e eventual retificação deste ponto, o que não sucedeu.

Em termos procedimentais, “o pedido de autorização prévia depende de requerimento a apresentar através do portal do utente, junto da unidade hospitalar da área de residência do beneficiário ou da unidade competente de cada região autónoma” (n.º 1 do artigo 12.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto), dele devendo constar, entre outros elementos, o EM de tratamento e a respetiva unidade prestadora, assim como

informação clínica com a indicação da necessidade de realização da prestação dos cuidados de saúde (n.º 2 do artigo 12.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto).²¹

Por sua vez, “a informação clínica constante do requerimento do pedido de autorização prévia fica sujeita a uma avaliação clínica hospitalar da necessidade de diagnóstico ou de tratamento e de adequação cirúrgica, a realizar no prazo de 20 dias úteis a contar da data da formulação do pedido de autorização prévia, tendo em consideração situações comprovadas de maior urgência clínica” (cfr. n.º 1 do artigo 13.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto). Desta avaliação clínica “deve constar a proposta de deferimento ou indeferimento do pedido de autorização prévia” (cfr. n.º 2 do artigo 13.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto).

Posto isto, importa ainda notar que “o requerimento do pedido e o respetivo relatório da avaliação clínica são remetidos pela unidade hospitalar que emitiu o relatório à ACSS, ou aos serviços competentes das regiões autónomas, para apreciação” (cfr. n.º 1 do artigo 14.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto), que “emitem resposta ao pedido de autorização prévia no prazo de 15 dias úteis a contar da receção do relatório da avaliação clínica” (cfr. n.º 2 do artigo 14.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto).

Há lugar a indeferimento do pedido de autorização prévia nos casos previstos no n.º 3 do artigo 14.º,²² e, em caso de dúvida, a ACSS ou os serviços competentes das regiões autónomas podem solicitar o parecer da DGS, que deve ser emitido no prazo de cinco dias úteis (cfr. n.º 4 do artigo 14.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto).

No que se refere às tecnologias de informação e comunicação, a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, nos seus artigos 17.º e 18.º, prevê que quer a autoridade nacional responsável pela cooperação em matéria de saúde em linha²³, quer a autoridade nacional responsável pela avaliação das tecnologias da saúde fossem definidas por

²¹ O portal do utente refere-se à Área do Cidadão do Portal SNS (<https://servicos.min-saude.pt/utente>).

²² São os seguintes: “a) se a avaliação clínica indicar, com grau de certeza razoável, que o doente é exposto a um risco de segurança que não possa ser considerado aceitável, tendo em conta o benefício potencial para o doente dos cuidados de saúde transfronteiriços pretendidos; b) Se existir um grau de certeza razoável para se concluir que a população é exposta a um risco de segurança considerável em resultado dos cuidados de saúde transfronteiriços pretendidos; c) Se os cuidados de saúde em causa forem ministrados por um prestador de cuidados de saúde que suscite preocupações sérias e específicas quanto ao respeito pelas normas e orientações em matéria de qualidade dos cuidados de saúde e de segurança dos doentes; d) Se os cuidados de saúde em causa puderem ser prestados em Portugal num prazo útil fundamentado do ponto de vista clínico, tendo em conta o estado de saúde e a evolução provável da doença do doente”.

²³ Nos termos do artigo 14.º da Diretiva, “A União apoia e promove a cooperação e o intercâmbio de informações científicas entre os Estados-Membros no âmbito de uma rede voluntária composta pelas autoridades nacionais responsáveis pela saúde em linha designadas pelos Estados-Membros”.

despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, de entre os serviços, organismos e entidades do Ministério da Saúde. Neste aspeto foi mantido o texto do projeto de lei sobre o qual a ERS se pronunciou no seu parecer de 2013, alertando para a remissão, para momento posterior, da concretização dos objetivos da Diretiva, neste caso mediante o referido despacho. Em setembro de 2014, pelo Despacho n.º 11779/2014, de 22 de setembro, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde foram designados como autoridade nacional responsável pela cooperação em matéria de saúde em linha, tendo o Despacho n.º 11712/2014, de 19 de setembro, designado a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED) como autoridade nacional responsável pela avaliação das tecnologias da saúde.

No sentido de eliminar constrangimentos de natureza administrativa associados à emissão de receitas noutra EM que não o EM de afiliação, a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, prevê, no artigo 15.º, n.º 1, que “as receitas médicas emitidas num Estado membro da União Europeia são reconhecidas em Portugal, nos termos da legislação em vigor, caso o medicamento tenha autorização ou registo de introdução no mercado nos termos do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto”, e a receita incluía os elementos aí previstos. Para facilitar este processo, o Despacho n.º 11042-F/2014, de 29 de agosto, aprovou o modelo de receita médica passível de reconhecimento em qualquer EM da UE, nos termos do n.º 2 do artigo 15.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, e o Despacho n.º 11778/2014, de 22 de setembro, determinou que as receitas médicas de dispositivos médicos, prescritas noutra EM da UE, são reconhecidas em Portugal, caso reúnam os requisitos estipulados, nos termos da alínea b) do n.º 4 do artigo 15.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.

Um dos desafios apontados pela ERS em 2012 prendia-se com o estabelecimento de redes de referência europeias entre os prestadores de cuidados de saúde e os centros de especialização dos EM, em particular no âmbito das doenças raras. A este respeito a Diretiva n.º 2011/24/UE, de 9 de março, previa que a Comissão adotasse uma lista de critérios e condições a preencher quer pelas redes, quer pelos prestadores que as desejem integrar (cfr. artigo 12.º da Diretiva). Nesse sentido, a Decisão Delegada da Comissão n.º 2014/286/UE, de 10 de março, veio estabelecer os critérios e condições a cumprir pelas redes europeias de referência e pelos prestadores de cuidados de saúde que desejem integrar uma rede europeia de referência. No quadro jurídico nacional, a Portaria n.º 194/2014, de 30 de setembro, alterada pela Portaria n.º 195/2016, de 19 de julho e pela Portaria n.º 52/2017, de 2 de fevereiro, estabelece o conceito, processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de

Referências Nacionais para a prestação de cuidados de saúde, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras, nos termos do n.º 1 do artigo 16.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.

Relativamente à qualidade dos cuidados prestados e às qualificações dos profissionais de saúde na UE, a ERS expressou o seu entendimento, em 2012, no sentido de que a ACSS teria um papel fundamental no que respeita à formação profissional e a questões de qualidade. Atualmente, a ACSS, no *website* dedicado à Diretiva²⁴, destaca que a salvaguarda da qualidade no território nacional é promovida pela existência de normas clínicas, que são sujeitas a diferentes patamares de apreciação crítica. Por outro lado, o processo de *benchmarking* entre os hospitais do setor empresarial do Estado e os hospitais em regime de parceria público-privada do SNS, que se encontra implementado desde 2011, “tem como objetivo melhorar o acesso e qualidade dos hospitais num contexto de melhoria simultânea do desempenho económico-financeiro dos hospitais”, pretendendo “avaliar o potencial de melhoria de cada hospital em cada uma das principais áreas de atuação e identificar “melhores práticas” e estudar a implementação de programas transversais para capturar o potencial de melhoria identificado.”²⁵

Por outro lado, a ERS indicava que as Administrações Regionais de Saúde (ARS) poderiam contribuir em matéria de qualidade, no âmbito das suas atribuições estabelecidas no Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, concretamente no que se refere a “desenvolver e fomentar actividades no âmbito da saúde pública, de modo a garantir a protecção e promoção da saúde das populações”, “orientar, prestar apoio técnico e avaliar o desempenho das instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, de acordo com as políticas definidas e com as orientações e normativos emitidos pelos serviços e organismos centrais competentes nos diversos domínios de intervenção” e “licenciar as unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde e as unidades da área das dependências e comportamentos aditivos do sector social e privado”. Com as alterações a este diploma, pelo Decreto-Lei n.º 173/2014, de 19 de novembro (que alterou também o Decreto-Lei n.º 124/2011, relativo à orgânica do Ministério da Saúde, e o Decreto-Lei n.º 35/2012, de 15 de fevereiro, referente à orgânica da ACSS e 22/2012), e com Decreto-Lei n.º 126/2014, de 22 de agosto, que aprovou os estatutos da ERS, a ERS passou a ser a entidade com a competência de licenciamento das unidades de cuidados de saúde, tendo-se mantido como

²⁴ Informação disponível em <http://diretiva.min-saude.pt/inicio-4/>.

²⁵ Informação disponível em <http://diretiva.min-saude.pt/monitorizacao-e-avaliacao>.

competência das ARS o licenciamento das unidades privadas prestadoras de cuidados de saúde na área das toxicodependências.

Foi ainda destacada, naquele relatório, a intervenção da ERS na questão da qualidade da prestação de cuidados, com o desenvolvimento do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS)²⁶, um sistema de avaliação da qualidade dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, de natureza pública e não pública, que tem por base um conceito multidimensional de qualidade em saúde. Desta forma, o SINAS fornece aos cidadãos de qualquer EM informações sobre a qualidade dos cuidados de saúde, transparente e isenta.

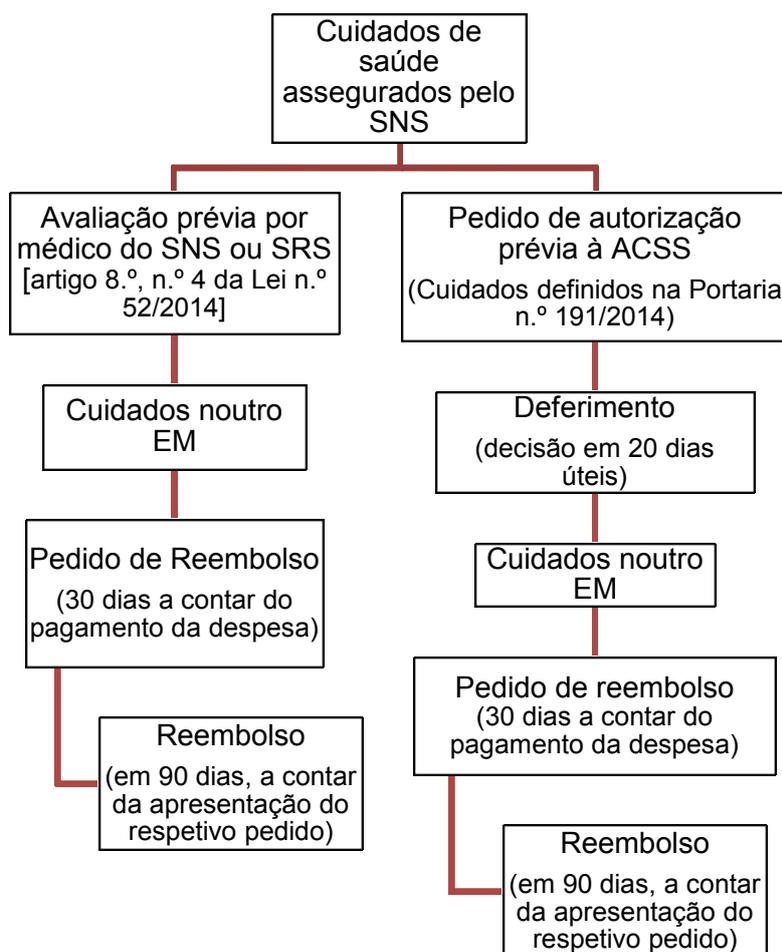
Para salvaguarda dos utentes, no que respeita aos mecanismos de reclamação e reparação de danos (uma das preocupações plasmadas no relatório da ERS), a ERS é, atualmente, a entidade responsável pelo tratamento e resposta das reclamações, ao contrário do que acontecia aquando da elaboração do referido relatório, em que havia uma separação no tratamento das reclamações entre o SIM-Cidadão (reclamações lavradas nos estabelecimentos públicos) e a ERS (reclamações realizadas em estabelecimentos hospitalares privados e sociais).

No fluxograma que de seguida se apresenta, são sintetizados os principais passos necessários para acesso e reembolso de cuidados transfronteiriços no âmbito da Diretiva, e respetivos prazos de resposta, encontrando-se no *website* da ACSS uma secção de perguntas frequentes que podem também auxiliar na compreensão dos procedimentos apresentados²⁷.

²⁶ Informação disponível em <https://www.ers.pt/pages/265>.

²⁷ Disponível em <http://diretiva.min-saude.pt/faqs/geral/>.

Fluxograma 1 – Procedimentos para acesso a cuidados transfronteiriços



Destaque-se que, para obter o reembolso de cuidados, nos termos do n.º 2 do artigo 9.º da Lei n.º 52/2014, de 25 agosto, o utente deve submeter o requerimento, através do portal do utente, à ACSS ou ao serviço competente de cada região autónoma, no prazo de 30 dias a contar do pagamento da despesa, acompanhado dos seguintes documentos: a) cópia dos documentos de despesa e respetivos comprovativos de pagamento; b) elementos identificativos do utente; c) o motivo da deslocação; d) avaliação clínica comprovativa da necessidade de diagnóstico ou de tratamento, emitida por um médico de medicina geral e familiar do SNS ou dos SRS ou o comprovativo de deferimento do pedido de autorização prévia, nos casos aplicáveis; e e) o comprovativo de deferimento desse pedido e o relatório da informação clínica relativa às prestações de saúde recebidas (com indicação expressa dos códigos e designação do diagnóstico principal, adicionais, comorbilidades, complicações, procedimentos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças CID-9-MC ou codificação equivalente em vigor no EM de tratamento, data da admissão, data da alta e destino após alta).

O reembolso dos custos dos cuidados de saúde é efetuado pela ACSS, ou pelo serviço competente de cada região autónoma, conforme se trate de um utente do SNS ou dos SRS, respetivamente, no prazo de 90 dias a contar da apresentação do respetivo pedido, nos termos do disposto nos números anteriores (cfr. n.º 4 do artigo 9.º da Lei n.º 52/2014, de 25 agosto).

Em suma, o processo formal de transposição da Diretiva, em Portugal, encontra-se concluído, apesar do desfasamento temporal entre a data prevista para o término do prazo de transposição da Diretiva (25 de outubro de 2013) e a efetiva publicação da Lei n.º 52/2014, de 25 agosto. Foram também publicados os diplomas de apoio à implementação da Diretiva, tal como previsto na Lei n.º 52/2014, de 25 agosto.

2.2. Comparação com outros EM da UE

De acordo com o “Relatório da Comissão sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços”, de setembro de 2015, tendo o prazo para transposição da Diretiva sido fixado até 25 de outubro de 2013, 26 EM foram alvo de processos de incumprimento, por notificação atrasada ou incompleta, e a 1 de julho de 2015 continuavam abertos quatro desses processos, com incumprimentos relativos à integralidade das medidas de transposição. Por outro lado, quanto à Diretiva de Execução 2012/52/UE da Comissão²⁸, cujo prazo para a transposição era igualmente 25 de outubro de 2013, 21 EM não cumpriram o prazo ou transpuseram esta Diretiva de forma incompleta. Como visto anteriormente, em Portugal iniciou-se a transposição destas duas Diretivas em agosto de 2014, complementada em setembro de 2014 com a publicação dos diplomas suplementares.

No âmbito dos procedimentos de autorização prévia, de acordo com o relatório, sete dos EM não exigem autorização prévia, um EM exige para todos os cuidados, com exceção de uma consulta por ano num especialista, por doente, e seis EM exigem autorização prévia apenas para uma lista pormenorizada de tratamentos. Portugal insere-se na categoria mais prevalente, de 14 EM que preveem procedimento de autorização prévia para internamento e cuidados altamente especializados. Nenhum destes 14 países especificou quais tratamentos estão abrangidos pelo critério

²⁸ Diretiva de Execução 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, que estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro EM.

“internamento durante pelo menos uma noite”, e nove EM, incluindo Portugal, definiram quais os tratamentos que consideram satisfazer o critério de “altamente especializado”²⁹.

Tendo em conta que o número de pessoas que solicitam autorização é bastante pequeno, e que o considerando n.º 43 da Diretiva prevê a necessidade de justificação para a autorização prévia, a Comissão concluiu no relatório que sistemas extensivos de autorização prévia não se justificam a não ser nos casos de tratamentos extremamente especializados ou dispendiosos, em que um pequeno número de pedidos de reembolso pode ter consequências significativas.

Em matéria de reembolso, não resulta claro que as disposições previstas na Diretiva tenham sido integralmente respeitadas aquando da transposição pelos EM. A Diretiva prevê que o ponto de referência para o reembolso de cuidados de saúde transfronteiriços deverá ser o montante a cargo do sistema quando esses cuidados de saúde específicos são prestados por um prestador de cuidados de saúde público ou contratado, no EM de afiliação – cfr. n.º 4 do artigo 7.º da Diretiva. Porém, de acordo com a informação vertida no relatório da Comissão, pelo menos três EM adotaram tabelas de reembolso baseadas nos custos de cuidados de prestadores privados, inferiores aos pagos pelos cuidados públicos ou privados contratados pelo Estado³⁰. Por outro lado, detetou-se que cinco EM exigiam que o encaminhamento médico devia ser feito por um médico de clínica geral ou por um médico de família do país do utente, para que este tivesse acesso a cuidados de saúde especializados noutro EM. No entanto, “de acordo com o princípio do reconhecimento mútuo das qualificações, os Estados-Membros devem reconhecer as decisões acerca da necessidade clínica e da adequação prestadas por um profissional equivalente noutro Estado-Membro”. Por último, é focada a questão da “telemedicina”, que gerou algumas dúvidas quanto ao reembolso, existindo EM que reembolsam estes cuidados e outros que não o fazem, na medida em que se encontra previsto que os cuidados de saúde transfronteiriços são reembolsados “se os cuidados de saúde em questão figurarem entre as prestações a que a pessoa segurada tem direito no Estado-Membro de afiliação” – n.º 1 do artigo 7.º.

²⁹ Através da Portaria n.º 191/2014, de 25 de setembro.

³⁰ Em Portugal, o n.º 2 do artigo 8.º da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, “[a]s prestações de saúde elegíveis para reembolso nos termos do número anterior são as previstas na tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde, bem como nos regimes jurídicos das comparticipações do Estado ou dos Serviços Regionais de Saúde no preço dos medicamentos”.

O “Relatório da Comissão sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/EU relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços” concluiu também que a mobilidade dos doentes para cuidados de saúde programados (ao abrigo da Diretiva e dos Regulamentos relativos à Segurança Social) continua a ser reduzida, o que poderá dever-se à demora de transposição da Diretiva, à falta de conhecimento dos utentes e a obstáculos colocados aos doentes pelos sistemas de saúde – tais como a abrangência de situações que exigem autorização prévia e a falta de clareza quanto aos tratamentos que exigem essa autorização prévia, o reembolso tabelado por valores mais baixos do que os utilizados nos EM de origem e exigências administrativas excessivas.

Em síntese, a transposição da Diretiva decorreu com atrasos na maioria dos países (incluindo Portugal), tendo ainda sido observada grande heterogeneidade entre EM em questões essenciais do seu funcionamento, tais como a definição dos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia ou as regras e montantes do reembolso. Em alguns casos, a legislação dos EM poderá limitar o acesso no âmbito da Diretiva, de que é exemplo um EM que fez depender todos os cuidados de saúde de autorização prévia. No enquadramento jurídico português, foi introduzido um sistema de autorização prévia para reembolso de alguns cuidados de saúde, à semelhança do que sucedeu na maioria dos EM da UE, com base numa lista estabelecida por Portaria, que inclui procedimentos cirúrgicos que exijam o internamento durante pelo menos uma noite, assim como cuidados de saúde considerados altamente onerosos e de elevada especialização.

3. Problemas identificados na implementação da Diretiva

No âmbito da atribuição da ERS de supervisionar a atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde, no que respeita “à garantia dos direitos relativos ao acesso aos cuidados de saúde, à prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes”, são analisadas as exposições e reclamações dos utentes dos cuidados de saúde. Neste capítulo é descrito o conteúdo das que se enquadram na temática da Diretiva.

É também apresentada a ótica do ponto de contacto nacional português para a Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços, bem como de pontos de contacto de outros EM. Em concreto, são descritos os principais problemas na transposição e implementação da Diretiva, identificados pela ACSS, e elencadas as principais conclusões de um inquérito por questionário, enviado pela ERS aos pontos de contacto nacionais dos outros EM.

3.1. Constrangimentos identificados pela ERS

No Plano de Atividades da ERS de 2016, no âmbito da garantia do acesso aos cuidados de saúde, definiu-se que a ERS deveria “investigar todas as participações, queixas e reclamações de utentes ou profissionais que indiciem casos graves de restrições ou desigualdades infundadas de acesso de doentes aos cuidados de saúde, atenta a recente publicação da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, que estabelece as normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços”.

A este respeito importa referir a abertura de quatro processos de inquérito sobre cuidados de saúde transfronteiriços, embora, em grande parte dos casos, os factos em causa reportem a momento anterior à entrada em vigor da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, ou seja, quando ainda estava em vigor o Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto.

A) Processo de inquérito n.º ERS/37/2011

Por intermédio de um requerimento subscrito pelos representantes legais de um utente menor, a ERS tomou conhecimento de dificuldades sentidas na obtenção de uma decisão por parte do Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, sobre o pedido de apoio financeiro para assistência médica, de grande especialização, no estrangeiro.

Foi possível concluir que aquele prestador, ao emitir um parecer clínico sem proceder ao seu envio imediato à entidade com capacidade de decisão e ao não respeitar os demais trâmites impostos pelo Decreto-Lei n.º 177/1992, de 13 de agosto, não logrou respeitar os interesses do utente na obtenção de uma informação clínica que instrísse o processo de pedido de apoio financeiro de grande especialização no estrangeiro.

Assim, deliberou a ERS instruir o Hospital de Dona Estefânia, integrado no Centro Hospitalar de Lisboa Central, EPE, no sentido de este dever garantir a execução de um procedimento administrativo objetivo, célere e transparente que, no respeito pela legislação aplicável e demais orientações das entidades competentes, promova, em tempo útil, a análise e apreciação clínica a emitir sobre todos os pedidos de assistência médica no estrangeiro que lhe sejam apresentados diretamente pelos utentes ou seus legais representantes, ou pela DGS; bem como garantir o efetivo acompanhamento por parte das estruturas próprias ou de outras instituições também existentes a nível nacional dos utentes ou seus representantes no exercício dos interesses legítimos dos utentes na obtenção de uma decisão quanto aos cuidados de saúde especializados.

B) Processo de inquérito n.º ERS/25/2014

A ERS tomou conhecimento de que o Serviço de Obstetrícia do Hospital Garcia de Orta, EPE (HGO) teria restringido o direito de acesso de uma utente aos cuidados de saúde no SNS. No caso, estava em causa, sobretudo, um problema de referenciação, só lateralmente se perfilando a questão do acesso a cuidados de saúde transfronteiriços.

A utente foi seguida no Hospital de Cascais, tendo-lhe sido aí diagnosticada uma gravidez gemelar monocoriónica com o prognóstico de morte de um ou de ambos os fetos ou conseqüentes anomalias para o sobrevivente. Porém, dado que o Hospital de Cascais não era o hospital da área de residência da utente, encontrava-se

impossibilitado de encaminhá-la para a realização da cirurgia que poderia salvar o feto saudável, no estrangeiro (dado que em Portugal, à data, a mesma não era realizada). Nessa sequência, foi efetuado pedido de transferência pelo Hospital de Cascais, em março de 2013, e dirigido ao HGO, por ser este o estabelecimento hospitalar da residência da utente.

Como não obteve qualquer informação sobre o predito pedido de transferência, a utente decidiu dirigir-se ao HGO, onde foi informada de que não existia ainda uma qualquer decisão a respeito do mesmo. Além dessa informação, foi ainda transmitido à utente que, no caso de haver uma aceitação daquele pedido e de se revelar necessário uma qualquer intervenção cirúrgica por estabelecimento prestador de cuidados de saúde no estrangeiro, tal processo seria sempre complicado e a decisão a tomar muito demorada.

Em abril de 2013, atento o agravamento da sua situação clínica, e uma vez que o HGO em momento algum lhe tinha dado uma qualquer informação sobre o pedido de transferência tal como apresentado pelo seu hospital de origem, a utente decidiu dirigir-se a Barcelona, a expensas próprias. À data da reclamação, 25 de novembro de 2013, a utente tinha já sido submetida a uma intervenção cirúrgica junto de um estabelecimento hospitalar sito no estrangeiro, que permitiu salvar um dos fetos. Até essa mesma data, não tinha sido notificada de uma qualquer decisão ou informação por parte do HGO.

O processo culminou com a emissão de instrução ao Hospital de Cascais e ao HGO, versando os problemas de referenciação identificados, bem como com a emissão de recomendação à ARS Lisboa e Vale do Tejo para que considerasse a situação da utente e averiguasse o ocorrido, monitorizasse e interviesse em colaboração com os estabelecimentos envolvidos; e, ainda, que adotasse todos os procedimentos adequados ao cumprimento das regras de referenciação definidas e aplicáveis que permitissem determinar as áreas geográficas de referenciação.

C) Processo de inquérito n.º ERS/35/2014

Em 21 de abril de 2014, a ERS tomou conhecimento do teor da reclamação subscrita pela mãe de uma utente menor, respeitante à alegada dificuldade de acesso da sua filha a cuidados especializados no estrangeiro a partir do Hospital Santa Maria, integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE.

Apurou-se que as formalidades procedimentais exigidas pelo Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto (aplicável à data dos factos), não foram cumpridas na sua integralidade; que o prazo legal de resposta de 10 dias (úteis) não foi respeitado pelo prestador nas diversas respostas aos requerimentos apresentados pela reclamante; que houve um adiamento sucessivo e exagerado no tempo de consultas à utente; que os meios de divulgação do prestador da existência do Setor de Assistência Médica no Estrangeiro deveriam ser melhorados; que se verificou uma demora anormal e injustificada no acesso dos pais ao processo clínico da sua filha.

Em face do exposto, foi emitida instrução dirigida ao Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, já em período de vigência da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto, com o intuito de este: i) proceder à atualização dos seus procedimentos internos no que respeita aos cuidados de saúde transfronteiriços, em conformidade e no respeito pela Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto e pela Portaria n.º 191/2014, de 25 de setembro, incluindo a atualização do seu Regulamento interno nesta matéria; ii) publicitar, através dos devidos suportes informativos, a existência do Setor de Assistência Médica no Estrangeiro; iii) assegurar que as consultas são realizadas em tempo adequado, útil e clinicamente aceitável, não podendo adiar sucessivamente as mesmas por períodos de tempo sucessivos e exagerados no tempo; iv) garantir, em permanência, o direito dos utentes dos serviços de saúde de acesso ao seu processo clínico e em tempo útil, de acordo com as regras e orientações a cada momento aplicáveis, designadamente, de acordo com a legislação em vigor; v) elaborar e implementar os procedimentos que se revelem necessários a garantir, de forma permanente e em qualquer situação, a transferência imediata do processo clínico dos utentes para outras unidades de saúde, sempre que tal lhe seja solicitado ou quando se tenha verificado uma referenciação ou transferência do utente.

D) Processo de inquérito n.º ERS/18/2016

Em 30 de dezembro de 2015, a ERS tomou conhecimento de uma reclamação subscrita por uma utente visando a atuação do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho EPE (CHVNG/E). Na reclamação, a utente informava ser portadora de uma doença rara – Síndrome de Rendu Osler Weber – e que há 17 anos era seguida na referida unidade hospitalar, em várias especialidades. Depois de descrever os vários tratamentos a que, ao longo deste período, foi sendo submetida, a reclamante alegou que necessitava de ser submetida a uma cirurgia específica, e que pretendia

que a mesma se realizasse numa unidade de saúde em Londres, para o que precisava de uma declaração do prestador que confirmasse que tal cirurgia não podia ser realizada em Portugal. Para justificar essa declaração, a reclamante invocava a sua condição de beneficiária da ADSE, atento o disposto na alínea a) do artigo 31.º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro.

Foi apurado que o centro hospitalar possuía capacidade para realizar a cirurgia específica de que a utente necessitava, razão pela qual a utente estaria impedida de poder recorrer à faculdade prevista na alínea a) do referido artigo 31º do Decreto-Lei n.º 118/83, de 25 de fevereiro. Acresce ainda que, no caso em apreço, se verificou que os procedimentos internos em vigor no CHVNG/E para garantia do acesso dos utentes a cuidados de saúde transfronteiriços estavam em conformidade com a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto.

Tudo convergindo para que, no caso concreto, não se revelasse necessária a adoção de outras diligências instrutórias, porquanto a atuação regulatória até aí assegurada se revelou consentânea com a prossecução das competências de supervisão da atividade e funcionamento dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde da ERS, no que respeita à garantia do direito de acesso, da prestação de cuidados de saúde de qualidade, bem como dos demais direitos dos utentes. O processo foi, por conseguinte, arquivado.

Embora só tenham sido tramitados na ERS quatro processos de inquérito nos quais estão em causa, direta ou indiretamente, matérias relacionadas com o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, a desinformação sobre as mesmas que os processos revelam, tanto por parte dos prestadores como dos utentes, sugere que possíveis limitações ao acesso a tais cuidados podem ser muito maiores do que as patentes nas concretas e pontuais situações apuradas.

A ERS presta esclarecimentos aos utentes de cuidados de saúde, no âmbito do seu Balcão do Utente, tendo sido rececionados pela ERS apenas quatro pedidos de informação sobre cuidados transfronteiriços no âmbito da Diretiva, entre 2011 e março de 2017. Três utentes solicitaram informação genérica sobre a Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços, designadamente sobre a sua entrada em vigor e o tipo de cuidados abrangidos. O outro expediente rececionado pela ERS referia-se a doentes que necessitavam de realizar hemodiálise. Em concreto, foram levantadas questões pelo utente sobre a aplicabilidade da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços

ou dos regulamentos da segurança social, através da utilização do cartão europeu de seguro de doença (de ora em diante, cartão europeu).

De acordo com a Decisão n.º 189 da Comissão Administrativa das Comunidades Europeias para a Segurança Social dos Trabalhadores Migrantes, de 18 de junho de 2003, o cartão europeu veio substituir os formulários previstos nos Regulamentos CEE n.º 1408/71 e CEE n.º 574/72, para permitir aos cidadãos beneficiar de cuidados de saúde aquando de uma estada temporária num EM que não seja o EM de residência. A Portaria n.º 1359/2009, de 27 de outubro, aprovou o modelo e as especificações do cartão europeu em vigor em Portugal³¹.

As regras no âmbito do cartão europeu preveem que, em situações de doença crónica que exija tratamentos periódicos, como é o caso da diálise, o utente pode realizar uma marcação prévia de tratamento noutro país abrangido pelos regulamentos³², tendo direito a qualquer tratamento que seja considerado necessário, tendo em conta a sua situação clínica, durante a sua estada temporária nesse país. Por outro lado, no âmbito da Diretiva encontram-se sujeitas a pedido de autorização prévia as situações clínicas que requeiram diálise renal – cfr. alínea o) do anexo à Portaria n.º 191/2014, de 25 de setembro.

Assim, o cartão europeu abrange apenas cuidados de saúde clinicamente necessários durante a estada temporária noutro EM, tendo em conta a natureza das prestações e a duração prevista dessa estada, não contemplando situações em que a pessoa segurada se desloca a outro país com o objetivo de receber cuidados de saúde. Tais situações podem, pelo contrário, ser abrangidas pela Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços.

O número de pedidos de informação rececionados pela ERS e de processos de inquérito desenvolvidos não deixa de denotar o desconhecimento dos utentes sobre esta temática, ideia reforçada pelos resultados do inquérito que se apresentará no capítulo 4.

³¹ Para mais esclarecimentos sobre o cartão europeu, pode ser consultado o *website* da DGS <http://mobilidade.dgs.pt>.

³² Na Europa: Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chipre, Dinamarca, Eslováquia, Eslovénia, Estónia, Grécia, Espanha, Finlândia, França, Hungria, Irlanda, Islândia, Itália, Letónia, Listenstaine, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Noruega, Holanda, Polónia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Roménia, Suécia e Suíça.

3.2. Ótica do ponto de contacto de Portugal

No sentido de se conhecer a posição do ponto de contacto nacional para a Diretiva, foi remetido pela ERS um ofício à ACSS, no qual foi solicitado que descrevesse aqueles que, no seu entendimento, foram os principais problemas na transposição e implementação da Diretiva, com destaque para os que ainda subsistem.

Em resposta remetida à ERS em 17 de fevereiro de 2017, a ACSS entende não terem existido dificuldades na implementação da Diretiva. No entanto, refere dificuldades sentidas por parte dos cidadãos em saber quais os seus direitos no âmbito da Diretiva, existindo confusão entre a aplicabilidade da Diretiva e dos Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social.

Por outro lado, é referido que se mantém “a incorreta interpretação [pelos utentes] da aplicação [da Diretiva] ou a falta de documentação que determina, em fase de conclusão do processo, o indeferimento do Pedido [de reembolso ou de autorização prévia]”, não obstante a existência de informação disponível no Portal da Diretiva³³, que clarifica o procedimento de reembolso e de autorização prévia, incluindo perguntas frequentes e informação sobre o mecanismo e documentos a apresentar nos formulários de requerimento.

Dada a desinformação revelada pelos utentes, identificada pela ACSS, e constatada a diminuta utilização de cuidados de saúde no âmbito da Diretiva, é de crer que os conteúdos disponibilizados no Portal da Diretiva, embora úteis, podem não ser suficientes para dotar os utentes da informação necessária para acederem a cuidados no âmbito da Diretiva.

3.3. Ótica dos pontos de contacto de outros EM

Como forma de conhecer a realidade da implementação da Diretiva em outros EM, foi realizado um inquérito por questionário³⁴, direcionado a cada ponto de contacto nacional dos EM da UE (cfr. Anexo I), e disponível para resposta entre dezembro de 2016 e março de 2017. Dos 27 EM, foram rececionadas respostas de 13, em concreto

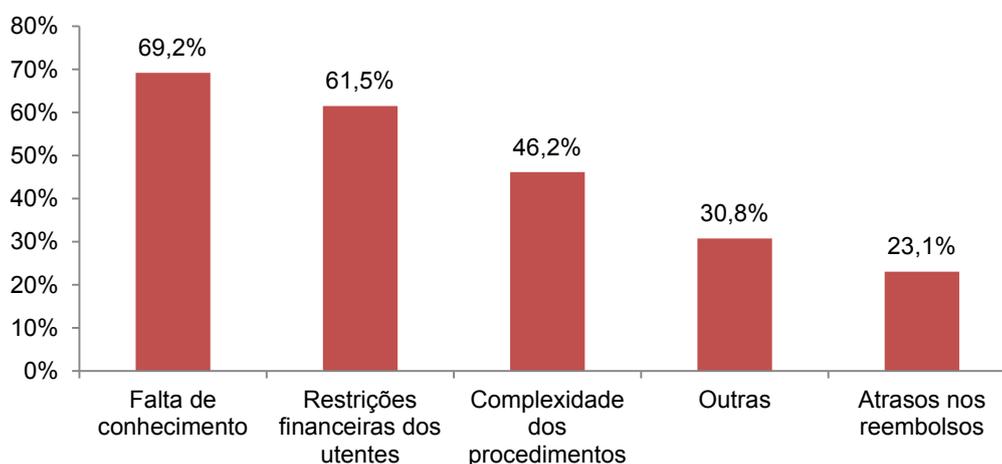
³³ *Website* da Diretiva, disponibilizado pela ACSS em <http://diretiva.min-saude.pt/home-page-2/>.

³⁴ Construído na plataforma *online LimeSurvey* e enviado por *e-mail*.

a Alemanha, Croácia, Eslováquia, Espanha, Finlândia, França, Grécia, Irlanda, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Roménia e Suécia.

Inicialmente, foi solicitado aos pontos de contacto que identificassem as principais barreiras enfrentadas pelos cidadãos que procuram cuidados no âmbito da Diretiva 2011/24/UE. Esta questão era de resposta múltipla, pelo que as percentagens apresentadas no gráfico 1 têm por base o número de EM que escolheram cada opção face ao total de EM respondentes. Dos 13 EM que responderam ao questionário da ERS, mais de 60% selecionaram como principais barreiras a falta de conhecimentos dos cidadãos sobre os seus direitos e constrangimentos financeiros dos utentes para viajar e suportar as despesas associadas (cfr. gráfico 1). Nenhum dos pontos de contacto selecionou a falta de interoperabilidade dos sistemas informáticos dos EM, 23,08% referiram atrasos nos reembolsos das despesas e 46,15% selecionaram a complexidade dos procedimentos administrativos. Foram também mencionadas as seguintes barreiras, mediante a seleção da categoria “outras”: problemas linguísticos, dificuldade de encontrar informação sobre os prestadores de cuidados de saúde, qualidade e segurança dos cuidados, e elevados montantes pagos face a baixas taxas de reembolso (devido à existência de diferentes preços entre EM).

Gráfico 1 – Barreiras ao acesso



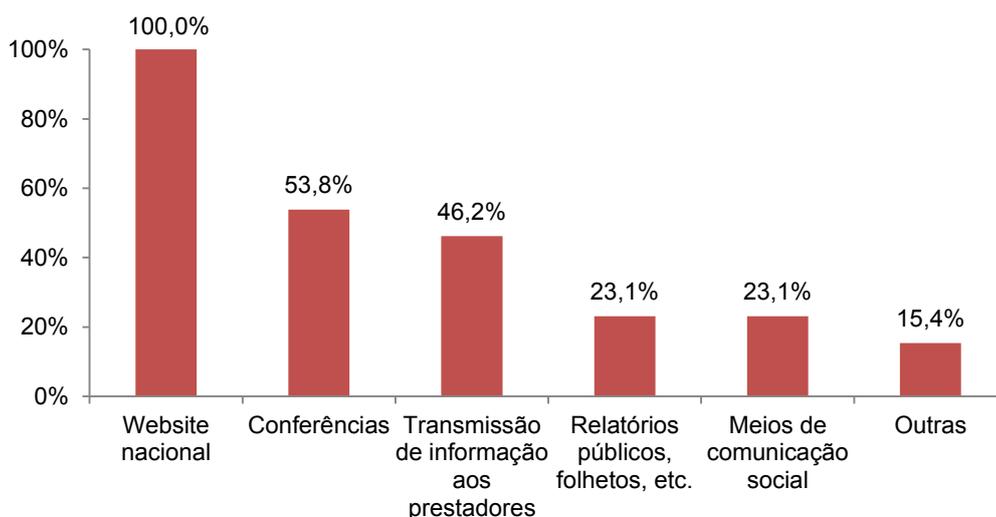
Fonte: Inquérito realizado pela ERS aos pontos de contacto nacionais.

Confrontando os resultados aqui obtidos com os desafios apresentados no estudo da ERS de 2012, constata-se que, apesar das questões orçamentais serem uma barreira do ponto de vista dos pontos de contacto de EM, certo é que a principal barreira se refere à falta de conhecimento dos cidadãos sobre Diretiva. Recorde-se que aquele

estudo previa que poderiam existir barreiras ao cruzamento entre a existência de cuidados de saúde no mercado e a obtenção dos cuidados de saúde de que os utentes necessitam, e promover desigualdades no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, designadamente financeiras, linguísticas e culturais, de mobilidade física, informacionais, de proximidade geográfica, administrativas e de capacidade do EM de afiliação para a continuidade de cuidados de saúde.

Por outro lado, os pontos de contacto foram questionados sobre os recursos utilizados para informar os utentes sobre a Diretiva. Esta pergunta permitia a seleção de mais do que uma resposta, à semelhança da anterior. Todos os respondentes selecionaram como fonte de informação a opção “*website* nacional”, e mais de 50% a realização de conferências e palestras (cfr. gráfico 2). Os pontos de contacto que selecionaram a opção “outras” acrescentaram os seguintes: serviço de atendimento telefónico e reuniões de esclarecimento individuais mediante pedido.

Gráfico 2 – Fontes de informação aos utentes



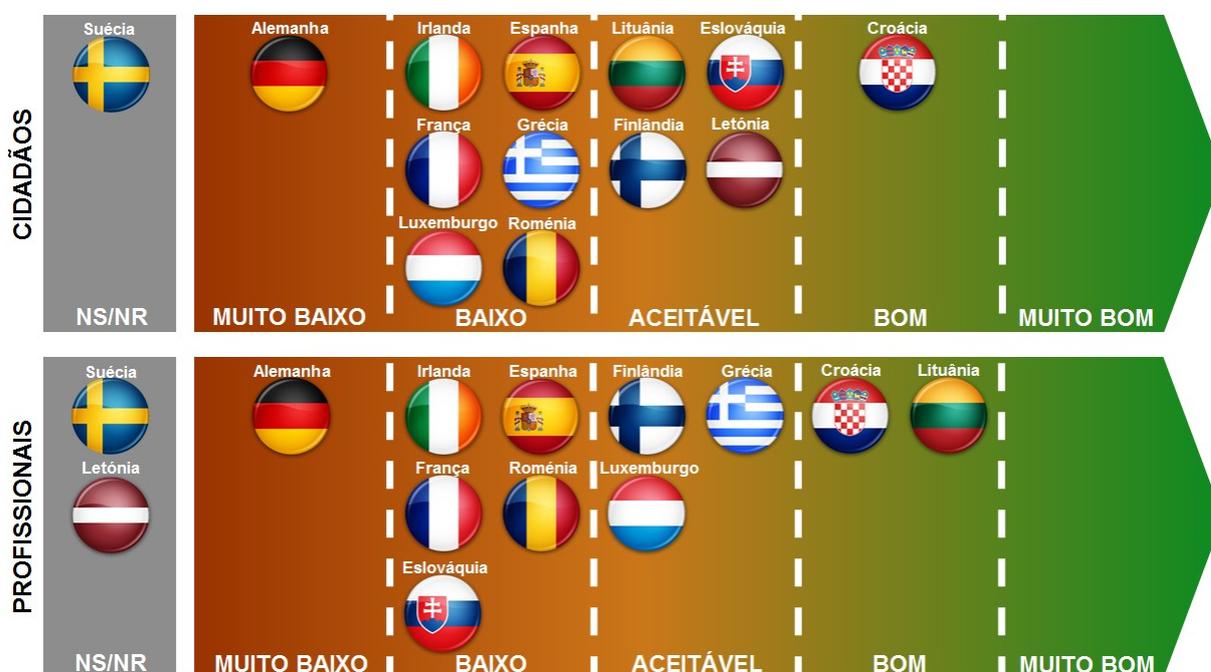
Fonte: Inquérito realizado pela ERS aos pontos de contacto nacionais.

A existência de um *website* dedicado poderá não ser suficiente para prestar informação aos utentes, na medida em que, por exemplo, em 2016 29,6% da população portuguesa com mais de 16 anos não utilizava computador e Internet³⁵. Com efeito, apesar de todos os pontos de contacto terem *website*, a maioria referiu que os utentes têm falta de conhecimento sobre os seus direitos.

³⁵ PORDATA consultado em 12 de janeiro de 2016.

Foi solicitado aos pontos de contacto que classificassem o grau de conhecimento de cidadãos e profissionais de saúde sobre os procedimentos e regras da Diretiva, com recurso à seguinte escala: muito baixo; baixo; aceitável; bom; e muito bom. Nenhum dos respondentes entendeu que os cidadãos e profissionais de saúde têm um grau de conhecimento muito bom (cfr. figura 1). A categoria “baixo” teve maior frequência absoluta (tendo sido selecionada por seis respondentes, relativamente aos cidadãos, e por cinco respondentes, relativamente aos profissionais de saúde). Por outro lado, apenas um respondente entendeu que o conhecimento dos cidadãos e profissionais era bom. Assim, é possível concluir que os pontos de contacto nacionais reconhecem existir uma lacuna de conhecimento nesta matéria.

Figura 1 – Perceção sobre o grau de conhecimento dos cidadãos e profissionais



Fonte: Inquérito realizado pela ERS aos pontos de contacto nacionais.

Quanto à forma como os pontos de contacto avaliam o nível de satisfação dos cidadãos que utilizaram cuidados de saúde ao abrigo da Diretiva, é de salientar que 46,15% selecionaram a opção “Não sabe/não responde”. Dos restantes, três selecionaram a opção “Nem satisfeito nem insatisfeito”, três entendem que os utentes que utilizaram cuidados ao abrigo da Diretiva se sentiram satisfeitos e um dos EM (a Irlanda) entende que os utentes ficaram muito satisfeitos (cfr. figura 2).

Figura 2 – Percepção sobre o nível de satisfação dos utilizadores da Diretiva



Fonte: Inquérito realizado pela ERS aos pontos de contacto nacionais.

Na presente secção apresenta-se, também, o elenco das forças e fraquezas da Diretiva para o acesso dos utentes aos cuidados de saúde, e das ameaças e oportunidades para o sistema de saúde decorrentes da sua implementação.

Usualmente, uma análise SWOT explora a relação entre as influências do meio ambiente externo – “ameaças” e “oportunidades” do ambiente em que uma organização se posiciona – e a capacidade estratégica da organização – ou seja as suas “forças” e “fraquezas” –, sendo útil para promover opções estratégicas e definir atuação futura³⁶. Neste caso, tendo por objeto a atividade de prestação de cuidados de saúde no âmbito da Diretiva, por aproximação à atividade de uma organização empresarial, foi solicitado aos pontos de contacto que indicassem “forças” e “fraquezas” da Diretiva quanto ao acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, bem como as “oportunidades” e “ameaças” dela advindas para os sistemas de saúde nacionais. As respostas dos pontos de contacto foram esquematizadas na análise SWOT que de seguida se apresenta (cfr. quadro 1).

As principais forças apresentadas referem-se ao aumento do acesso e liberdade de escolha e à existência de pontos de contacto a quem é possível recorrer para obter informação. As fraquezas abrangem, entre outras, questões do domínio financeiro (restrições orçamentais para adiantamento do valor dos cuidados e questões sobre o reembolso de custos com cuidados) e dúvidas quanto à aplicabilidade da Diretiva e problemas administrativos.

³⁶ A análise SWOT é uma ferramenta utilizada em estratégia empresarial que deriva do inglês *Strengths, Weaknesses, Opportunities Threats*. Para explicação mais detalhada poderá ser consultado Johnson, G., Scholes, K. e Whittington R. (2008) “Exploring corporate strategy” (8th Edition). *Financial Times Prentice Hall*.

As oportunidades para o sistema de saúde identificadas incluem a otimização da oferta disponível, partilha de conhecimento, informação e recursos, estímulo à qualidade, integração tecnológica em saúde, melhor distribuição do investimento em saúde, acesso a tratamentos mais avançados e acesso em tempo útil. Refira-se que o ponto de contacto nacional da Finlândia entendeu não existir qualquer oportunidade associada à Diretiva naquele país.

Por outro lado, cinco dos 13 EM que responderam ao questionário entenderam não existir qualquer ameaça para os sistemas de saúde e um deles apontou uma ameaça para o futuro, quando começar a ser discutida a prestação de cuidados de saúde oral a utentes de outros EM. Os restantes pontos de contacto referiram a possibilidade de oportunismo por parte das diversas partes envolvidas na Diretiva – tal como a cobrança de taxas pelos operadores de turismo de saúde aos utentes sem transparência quanto ao motivo das mesmas, a cobrança de valores superiores a utentes estrangeiros, por hospitais privados, a indução da procura por hospitais privados ou o comportamento inapropriado por parte de utentes e prestadores –, a dificuldade do utente encontrar tratamento subsequente adequado, o aumento das listas de espera, o aumento dos encargos financeiros e o reduzido interesse dos EM nesta temática.

Quadro 1 – Análise SWOT à Diretiva na ótica dos pontos de contacto nacionais dos EM

	FORÇAS	FRAQUEZAS
INTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Oportunidade de aceder a instituições privadas e obter o reembolso (6); - Liberdade de escolha (3); - Aumento da oferta (3); - Pontos de contacto para obtenção de informação e apoio (3); - Oportunidade de obter cuidados noutro EM sem autorização prévia (2); - Evitar ou reduzir as listas de espera do EM de origem; - Melhoria e facilidade de acesso, comparado com os regulamentos da SS; - Acesso aos cuidados de saúde com equidade face aos residentes de um EM; - Alargamento do quadro jurídico da UE (confirmação dos direitos dos utentes); - Obrigação dos EM terem sistemas de seguro de responsabilidade profissional; - Possibilidade de um cidadão que resida noutro EM aceder a cuidados no EM de onde é natural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Restrições orçamentais para adiantar o valor dos cuidados (4); - Falta de informação noutra língua que não a do respetivo país (3); - Incerteza quanto ao montante que será reembolsado (2); - Problemas administrativos (dificuldades em traduzir/descodificar os documentos recebidos de outro EM, e de obter relatórios médicos) (2); - Complexidade e incerteza quanto à aplicação da Diretiva (2); - Falta de harmonização das prescrições dos EM; - Dificuldades dos pontos de contacto no processo de reembolso (devido à variabilidade de tratamentos entre EM para a mesma situação clínica); - Lista longa de procedimentos sujeitos a autorização prévia; - Regras de reembolso da Diretiva incompatíveis com sistemas de saúde.
EXTERNO	<ul style="list-style-type: none"> - Suporte à integração tecnológica em saúde (<i>eHealth</i>) (2); - Cooperação e partilha de informação entre EM (2); - Impulso à qualidade dos cuidados de saúde prestados (3); - Aumento do negócio dos hospitais privados e do reconhecimento internacional dos prestadores de cuidados de saúde de outros EM; - Partilha de conhecimento e recursos, por criação de centros de referência; - Acesso a tratamentos de outros países no EM, através da telemedicina; - Acesso a tratamentos mais avançados não disponíveis no EM de origem; - Otimização da oferta disponível; - Contributo para as políticas de saúde dos EM (<i>eHealth</i>, CR, qualidade); - Mais utentes tratados e mais rendimento por pagamentos diretos; - Melhor distribuição de investimentos em infraestruturas onerosas; - Incentivo à mobilidade de prestadores de cuidados de saúde; - Aumento do acesso, e acesso em tempo útil. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento das listas de espera; - Encargos financeiros e impacto na utilização de cuidados em prestadores nacionais; - Dificuldade de limitar o valor do reembolso pelos cuidados de saúde no estrangeiro ao tratamento equivalente que teria sido prestado no EM de origem (assim, as despesas com cuidados de saúde aumentam); - Dificuldade de encontrar tratamento subsequente adequado; - Comportamento inapropriado por parte dos prestadores privados e de utentes; - Possível aproveitamento por parte dos operadores de turismo de saúde (cobrança de taxas aos utentes sem transparência quanto ao motivo das mesmas); - Cobrança de valor superior a utentes estrangeiros, por hospitais privados; - Indução da procura por hospitais privados; - Reduzido interesse dos EM nesta temática.
	OPORTUNIDADES	AMEAÇAS

Legenda: Estado-Membro (EM); Centros de Referência (CR); Segurança Social (SS). No quadrante relativo a “Forças” e “Fraquezas” as frases a negrito identificam as questões referidas por mais do que um ponto de contacto. Número de EM que indicaram cada opção entre parênteses.

4. Nível de informação de utentes e profissionais sobre a Diretiva

O presente capítulo tem por base os dados recolhidos no âmbito do inquérito por questionário sobre a literacia dos direitos dos utentes de serviços de saúde, diligência desenvolvida no estudo da ERS intitulado “Literacia em Direitos dos Utentes de Cuidados de Saúde”.³⁷ Para avaliação da literacia sobre os direitos dos utentes foram empreendidos dois inquéritos por questionário – um dirigido aos cidadãos, que pretendia aferir o seu nível de conhecimentos sobre os seus direitos enquanto utentes do sistema de saúde, e outro aos profissionais de saúde e profissionais com funções administrativas. A relevância de avaliar a literacia dos profissionais justifica-se por serem os principais veículos de informação aos utentes, no momento em que esses acedem aos serviços de saúde.

Os questionários disseminados junto de utentes e profissionais eram similares, apenas com pequenas adaptações de redação para facilitar a compreensão de alguns conceitos por parte dos utentes.

A recolha de respostas foi realizada com recurso a dois métodos distintos, adaptados ao público-alvo a que se dirigiam. Aos profissionais de saúde e administrativos, foi aplicado um inquérito por questionário, construído em formulário *web*, enviado por *e-mail* para todos os prestadores públicos e privados registados no Sistema de Registo de Estabelecimentos Regulados (SRER) da ERS. Foi solicitada a disseminação do questionário junto dos profissionais, informando-se que a participação era voluntária e anónima.

Para recolha de respostas por parte dos utentes, o inquérito por questionário foi implementado através de entrevista direta e pessoal. As entrevistas foram realizadas em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde³⁸, dentro do horário normal de funcionamento dos mesmos, por entrevistadores de uma empresa especializada contratada pela ERS para o efeito. Os inquiridos foram esclarecidos de que as respostas ao questionário eram confidenciais e se destinavam a ser utilizadas exclusivamente pela ERS.

³⁷ Disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=1557.

³⁸ A escolha dos estabelecimentos teve por base o número de habitantes de cada região de jurisdição das ARS, tendo sido selecionados, em cada região, dois estabelecimentos públicos prestadores de cuidados de saúde e dois privados/sociais, com o intuito de se captar eventuais assimetrias regionais e maior cobertura populacional.

No presente capítulo apresenta-se a descrição da procura potencial, extraída da resposta à pergunta “*Tenciona, nos próximos 12 meses, recorrer a cuidados de saúde fora de Portugal?*”, incluída nos questionários referidos anteriormente, considerando as características sociodemográficas dos respondentes. Avalia-se também o nível de conhecimento dos utentes e profissionais de saúde e administrativos sobre o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, tendo por base as respostas às perguntas dedicadas a essa temática, também integradas nos questionários mencionados. No tratamento dos dados foram aplicadas estatísticas descritivas adequadas à classificação das variáveis, bem como estatísticas inferenciais para explorar as diferenças estatísticas entre grupos de respondentes.

Para classificação do conhecimento nas questões analisadas, foi utilizado o seguinte índice: “inadequado” – que compreende uma classificação entre 0 e 50% – “problemático” – entre 51% e 66% – “suficiente” – entre 67% e 84% – e “excelente” – entre 85% e 100%.³⁹

Breve descrição das amostras⁴⁰

A amostra relativa aos profissionais inclui 3.491 respostas válidas, das quais 1.987 se referem a profissionais que exercem funções em prestadores privados ou sociais, 953 em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 551 em prestadores públicos de cuidados de saúde primários. Quanto ao tipo de respondente, 2.501 (71,6%) informaram ser profissionais de saúde e 990 (28,4%) profissionais administrativos. Na amostra recolhida relativa aos profissionais de saúde, 56,5% encontravam-se a realizar funções em prestadores privados ou sociais, 27,8% em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 15,7% em prestadores públicos de cuidados de saúde primários e, da amostra dos profissionais administrativos, 58,0% exerciam funções em prestadores privados ou sociais, 26,0% em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 16,0% em prestadores públicos de cuidados de saúde primários.

³⁹ De acordo com a definição estabelecida pelo *European Health Literacy Survey* (HLS-EU), um projeto da Universidade de Maastricht em parceria com várias universidades e instituições. Toda a informação pode ser consultada em <http://www.maastrichtuniversity.nl/>.

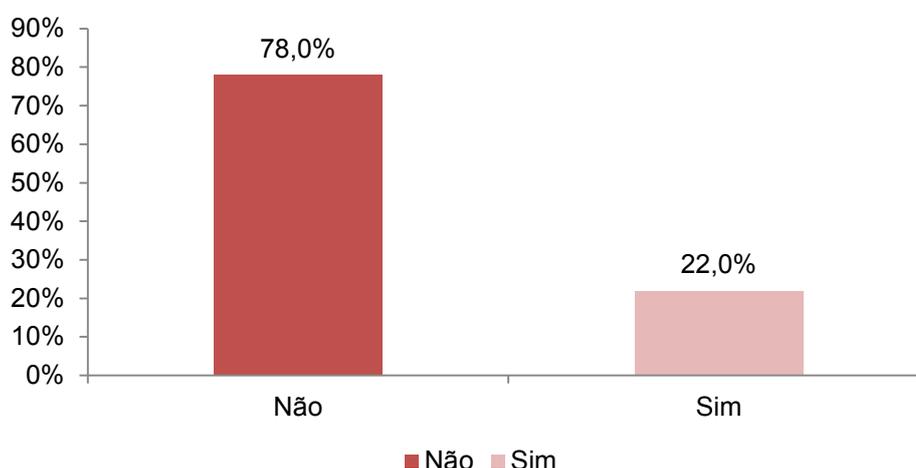
⁴⁰ Para um maior detalhe na descrição das amostras relativas aos questionários aplicados aos profissionais de saúde e administrativos e utentes poderá ser consultado o estudo “Literacia em Direitos dos Utentes de cuidados de saúde” disponível no *website* da ERS.

A amostra dos utentes incluía 1.011 respostas válidas, das quais 252 foram recolhidas em prestadores públicos de cuidados de saúde primários, 254 em prestadores públicos de cuidados de saúde hospitalares e 505 em prestadores privados ou sociais. Em termos regionais, constatou-se que o número de entrevistados se distribuía da seguinte forma: 373 da região Norte, 369 da região de Lisboa e Vale do Tejo, 173 da região do Centro, 52 da região do Alentejo, e 44 da região do Algarve.

Procura potencial relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços

Analisando as respostas à questão “*Tenciona, nos próximos 12 meses, recorrer a cuidados de saúde fora de Portugal?*”, incluída nos questionários anteriormente referidos, constata-se que a maioria dos respondentes não pretende procurar cuidados no estrangeiro. Note-se que, nesta questão, a amostra não foi subdividida entre utentes e profissionais de saúde e administrativos por não estar em causa o conhecimento revelado sobre matérias relacionadas com a Diretiva, mas sim a predisposição individual para procurar cuidados transfronteiriços na qualidade de utente dos serviços de saúde.

Gráfico 3 – Procura potencial relativa cuidados de saúde transfronteiriços⁴¹



Nota: A base inclui 2.501 profissionais de saúde, 990 profissionais administrativos e 955 utentes.

⁴¹ No questionário aplicado aos utentes, para a questão “*Tenciona, nos próximos 12 meses, recorrer a cuidados de saúde fora de Portugal?*” foi adicionada a opção de resposta “não sei”, não considerada no questionário realizado aos profissionais de saúde e administrativos. Para ser possível a comparação das respostas entre os três grupos, na análise dos utentes considerou-se somente uma subamostra de 955 respondentes (os que responderem “Sim” e “Não”, retirando da análise as 56 respostas dos utentes que optaram por “não sei”).

Para identificação de eventuais diferenças na procura potencial relativa a cuidados de saúde transfronteiriços, foi implementado o teste não paramétrico qui-quadrado, com base nas seguintes características: idade, género, nível de educação e estado civil. No teste qui-quadrado procede-se à análise da relação estatística entre duas variáveis, em que a hipótese nula corresponde à independência entre essas variáveis. Neste caso, o teste é aplicado entre a variável binária que assume o valor 1, se o indivíduo revelou estar disposto a procurar cuidados no estrangeiro, e cada uma das variáveis relativas às características dos respondentes.

Do resultado dos testes (cfr. tabela 3), verificou-se a existência de correlações estatisticamente significativas entre cada uma das características dos respondentes e a concordância em procurar cuidados transfronteiriços, mediante a rejeição da hipótese nula, em todas as variáveis consideradas. Como se viu anteriormente, a procura potencial relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços por parte dos respondentes é muito baixa. Consideradas as características pessoais, tudo o resto igual, respondentes com idade entre os 26 e os 55 anos e respondentes com o ensino superior apresentaram maior intenção de procurar cuidados de saúde fora de Portugal.

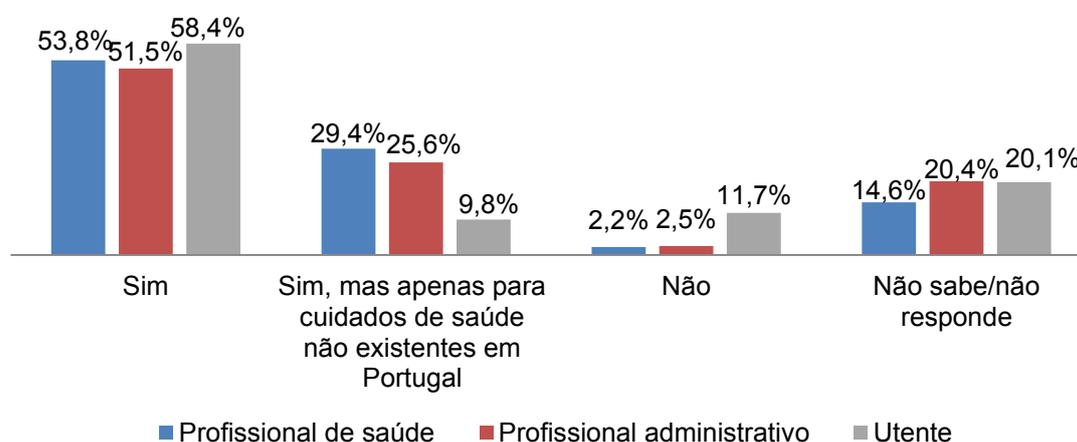
Tabela 3 – Segmentação da procura potencial relativa às características sociodemográficas dos respondentes, teste Qui-quadrado

Variáveis	Sim	Não	Qui-quadrado (p-value)
Idade			14,984 (0,020)**
Inferior ou igual a 25 anos	20,3%	79,7%	
26-35 anos	23,0%	77,0%	
36-45 anos	22,5%	77,5%	
46-55 anos	23,1%	76,9%	
56-65 anos	21,6%	78,4%	
66-75 anos	16,4%	83,6%	
Superior ou igual a 76 anos	7,7%	92,3%	
Género			2,967 (0,085)*
Feminino	20,5%	79,5%	
Masculino	22,7%	77,3%	
Nível de educação			86,803 (0,000)***
Ensino básico	7,1%	92,9%	
Ensino secundário	16,0%	84,0%	
Licenciatura	25,6%	74,4%	
Mestrado ou Doutoramento	25,8%	74,2%	
Estado Civil			6,961 (0,073)*
Casado/União de Facto	21,9%	78,1%	

Variáveis	Sim	Não	Qui- quadrado (p-value)
Solteiro	22,5%	77,5%	
Divorciado	23,2%	76,8%	
Viúvo	10,6%	89,4%	

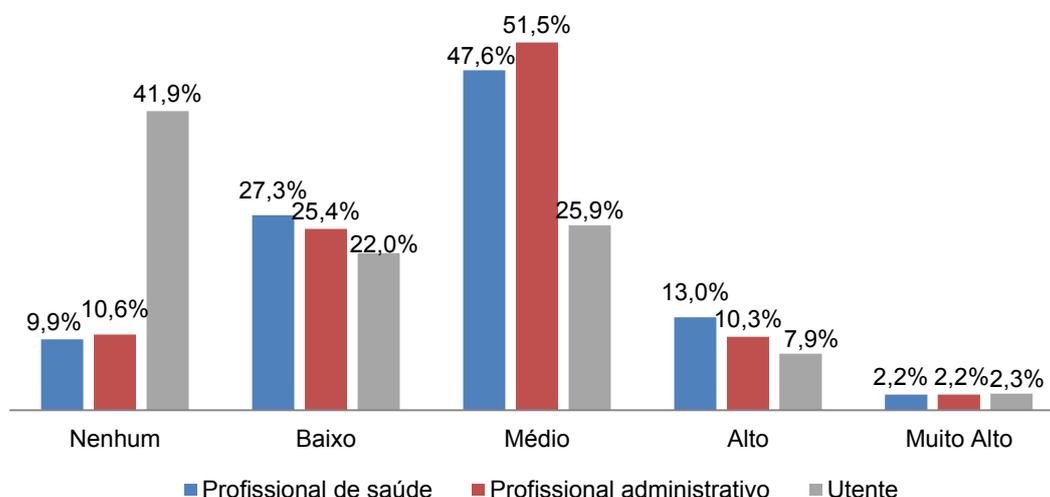
Em relação à possibilidade de um cidadão português ter cuidados de saúde publicamente financiados nos países da UE, 53,8% dos profissionais de saúde, 51,5% dos profissionais administrativos e 58,4% dos utentes responderam acertadamente (“Sim”) (cfr. gráfico 4).

Gráfico 4 – “Um cidadão português pode receber, noutros países membros da União Europeia, cuidados de saúde financiados pelo Estado português?”



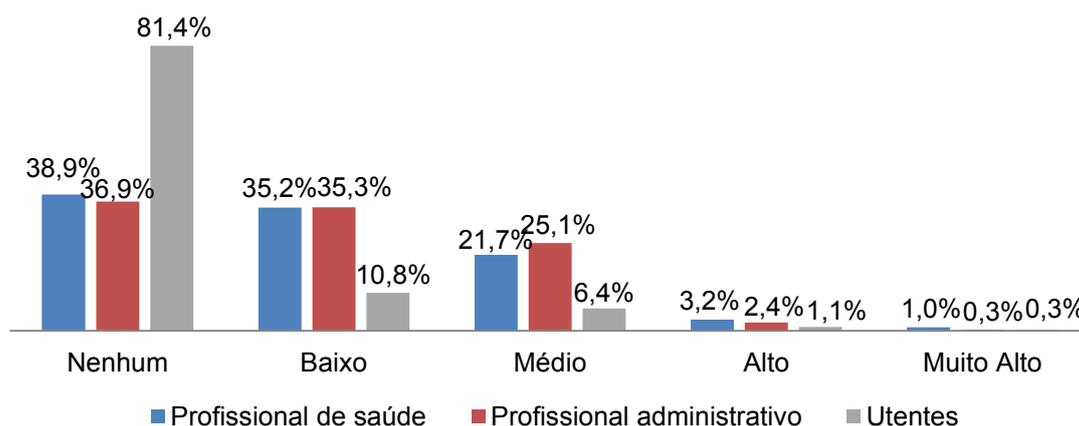
O grau de conhecimento autoavaliado acerca do conceito de cartão europeu de seguro de doença é médio para, respetivamente, 47,6% e 51,5% dos profissionais de saúde e administrativos, e baixo ou inexistente para 63,9% dos utentes (cfr. gráfico 5).

Gráfico 5 – “Avalie o seu grau de conhecimento sobre o cartão europeu de seguro de doença”



Quanto ao grau de conhecimento sobre a Diretiva n.º 2011/24/UE de cuidados de saúde transfronteiriços na UE, constatou-se que 74,1% dos profissionais de saúde, 72,2% dos profissionais administrativos e 92,2% dos utentes avaliaram o seu conhecimento como baixo ou inexistente (cfr. gráfico 6).

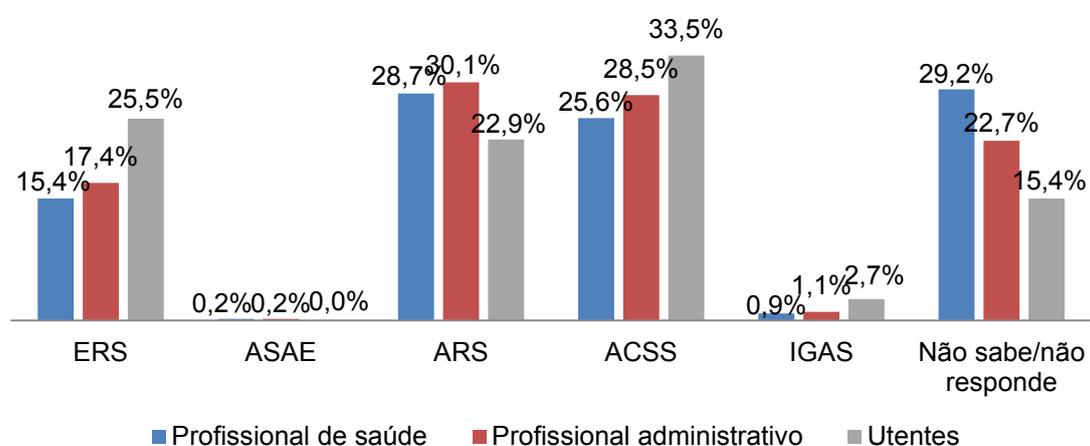
Gráfico 6 – “Avalie o seu grau de conhecimento sobre a Diretiva n.º 2011/24/UE de cuidados de saúde transfronteiriços na União Europeia”



Os respondentes que admitiram não ter “nenhum” conhecimento sobre a Diretiva n.º 2011/24/UE de cuidados de saúde transfronteiriços na UE não são considerados nas questões seguintes. Nesse sentido, a subamostra inclui 1.528 profissionais de saúde, 625 profissionais administrativos e 188 utentes.

Dos respondentes questionados sobre “*Que instituição deve contactar em Portugal (Ponto de Contacto Nacional) para ter cuidados de saúde noutra país da União Europeia ao abrigo da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?*” (cfr. gráfico 7), a maioria não selecionou a opção correta (ou seja, ACSS). Refira-se que tanto os profissionais de saúde como os profissionais administrativos revelaram um conhecimento inferior ao dos utentes.

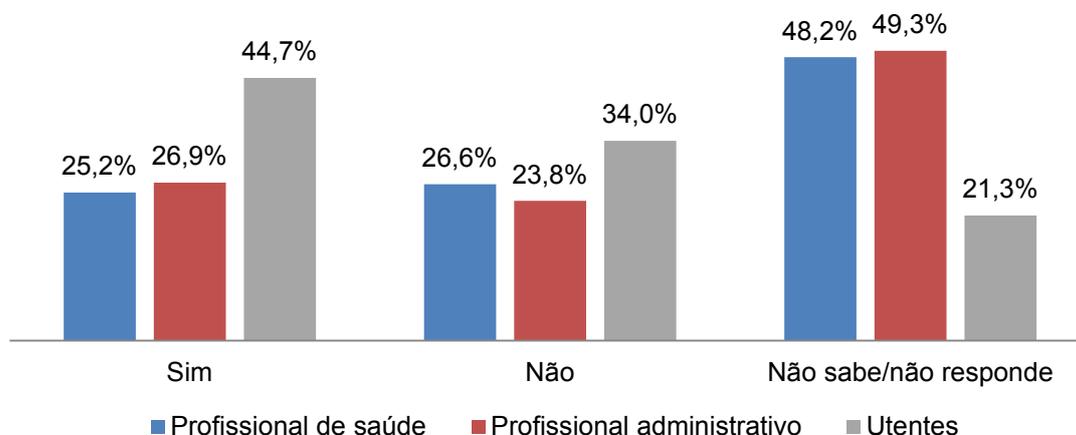
Gráfico 7 – “Que instituição deve contactar em Portugal (Ponto de Contacto Nacional) para ter cuidados de saúde noutra país da União Europeia ao abrigo da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?”



Nota: A base inclui apenas 1.528 profissionais de saúde, 625 profissionais administrativos e 188 utentes.

Foi também questionado se “*Todos os tipos de cuidados de saúde estão abrangidos pela Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?*” (cfr. gráfico 8), e somente 26,6% dos profissionais de saúde, 23,8% dos profissionais administrativos e 34,0% dos utentes responderam acertadamente à questão (“não”).

Gráfico 8 – “Todos os tipos de cuidados de saúde estão abrangidos pela Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?”



Nota: A base inclui apenas 1.528 profissionais de saúde, 625 profissionais administrativos e 188 utentes.

Os respondentes que, na pergunta anterior, selecionaram a resposta errada (“sim”) ou selecionaram a opção “não sabe/não responde”, não foram questionados sobre “Que cuidados não estão incluídos na Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?”. Da subamostra de respondentes avaliados, a maioria não deu a resposta correta (cfr. gráfico 9), que consistia na seleção das seguintes opções (de um conjunto de hipóteses constantes do anexo I): “Cuidados de saúde continuados” e “Plano Nacional de Vacinação”. Assim, a maior parte dos respondentes tem conhecimento classificado como “inadequado”.

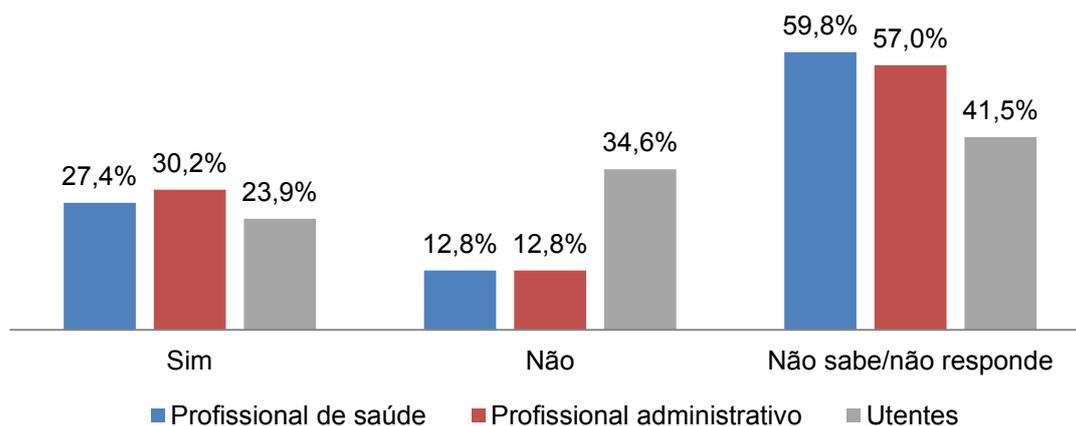
Gráfico 9 – “Que cuidados não estão incluídos na Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?”



Nota: A base inclui apenas 407 profissionais de saúde, 149 profissionais administrativos e 64 utentes.

Quando questionados sobre se as despesas de transporte e alojamento, no âmbito da Diretiva, são reembolsadas, somente 12,8% dos profissionais de saúde e dos profissionais administrativos e 34,6% dos utentes responderam acertadamente à questão, indicando que “não” (cfr. gráfico 10).

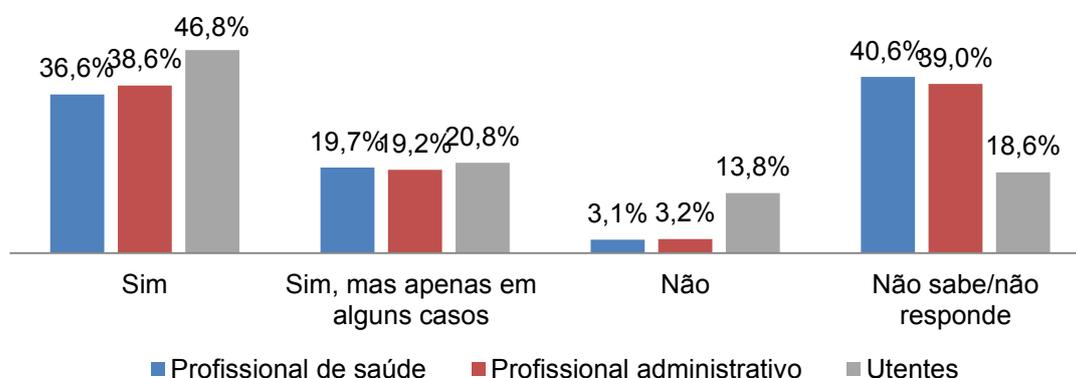
Gráfico 10 – “As despesas de transporte e alojamento são reembolsadas ao utente, no âmbito da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?”



Nota: A base inclui apenas 1.528 profissionais de saúde, 625 profissionais administrativos e 188 utentes.

Por último, questionou-se se “É necessária uma autorização prévia do Estado para aceder aos tratamentos no âmbito da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?”, tendo 19,7% dos profissionais de saúde, 19,2% dos profissionais administrativos e 20,8% dos utentes respondido acertadamente (“sim, mas apenas em alguns casos”) (cfr. gráfico 11).

Gráfico 11 – “É necessária uma autorização prévia do Estado para aceder aos tratamentos no âmbito da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços?”



Nota: A base inclui apenas 1.528 profissionais de saúde, 625 profissionais administrativos e 188 utentes.

5. Utilização de cuidados de saúde no âmbito da Diretiva

No presente capítulo procede-se à análise da utilização de cuidados de saúde no âmbito da Diretiva, incluindo os procedimentos administrativos de suporte à procura de cuidados pelos utentes portugueses no estrangeiro. Concretamente, é apresentado o fluxo de saídas e entradas de utentes em Portugal, ao abrigo da Diretiva, bem como informação sobre os procedimentos administrativos *ex-ante* e *ex-post*, designadamente pedidos de informação, pedidos de autorização prévia, quando aplicável, solicitação de reembolsos e acompanhamento subsequente de utentes portugueses que realizaram cuidados de saúde noutra EM da UE.

5.1. Procedimentos administrativos

Para aceder a cuidados de saúde transfronteiriços, os cidadãos devem estar informados sobre os seus direitos e deveres, pelo que foi solicitado à ACSS, na qualidade de ponto de contacto nacional, que indicasse o número e conteúdo dos pedidos de informação feitos pelos utentes, nos anos de 2014, 2015 e 2016. Na sua resposta, de 17 de fevereiro de 2017, a ACSS mencionou ter rececionado 10 pedidos de informação diretamente relacionados com os processos da Diretiva, dos quais dois visavam informação geral sobre o procedimento para obtenção de cuidados através da Diretiva e três focavam o processo de autorização prévia (cfr. tabela 4).

O escasso número de pedidos de informação rececionados pela ACSS, compaginado com os resultados do inquérito apresentado no capítulo 4 e com o também reduzido número de pedidos de informação recebidos pela ERS, poderá dever-se ao desconhecimento dos utentes sobre a existência e aplicabilidade da Diretiva.

Tabela 4 – Pedidos de informação rececionados pela ACSS

Data	Assunto
Setembro 2014	Solicitar segunda opinião em outro EM - Tratamento de menor de idade
Out 2014	Informação sobre PCN de outros EM
Mar 2015	Solicitar segunda opinião em outro EM - Tratamento de menor de idade
Mar 2015	Comparticipação de medicamento sobre prescrição emitida noutra EM e dispensada em Portugal
Ago 2015	Confirmação de diagnóstico
Ago 2015	Informação geral sobre procedimento para obtenção de cuidados através da Diretiva
Set 2015	Informação sobre o processo de Autorização Prévia para obtenção de cuidados de oncologia
Jan 2016	Informação sobre o processo de Autorização Prévia
Set 2016	Informação geral sobre procedimento para obtenção de cuidados através da Diretiva
Out 2016	Informação sobre o processo de Autorização Prévia para obtenção de cuidados - Tratamento de menor de idade

Fonte: Ofício de resposta da ACSS.

Por outro lado, no que se refere aos procedimentos de reembolso e de autorização prévia realizados entre 2014 e 2016, de acordo com a informação disponibilizada pela ACSS, foram indeferidos cinco pedidos de reembolso e dois pedidos de autorização prévia (cfr. tabela 5), e foram deferidos dois pedidos de autorização prévia, sendo certo que, à data da resposta da ACSS, não tinha sido ainda solicitado o reembolso respetivo pelos utentes. O indeferimento dos pedidos de reembolso assentou na falta de apresentação do pedido de autorização prévia em procedimentos que dela careciam, e o indeferimento dos pedidos de autorização prévia resultou da não apresentação de avaliação clínica hospitalar.

Tabela 5 – Pedidos de reembolso e de autorização prévia indeferidos

Natureza do pedido	Data de entrada	Parecer final	Fundamentação	Despesa (em EUR)
Reembolso	10-12-2014	Indeferido	Sujeito a autorização prévia - Não apresentou pedido	24.698,9
	19-11-2014	Indeferido	Sujeito a autorização prévia - Não apresentou pedido	1.540,0
	27-01-2015	Indeferido	Sujeito a autorização prévia - Não apresentou pedido	19.266,0
	07-04-2016	Indeferido	Sujeito a autorização prévia - Não apresentou pedido	22.640,0
	29-07-2016	Indeferido	Sujeito a autorização prévia - Não apresentou pedido	4.000,0
Autorização prévia	24-11-2014	Indeferido	Sujeito a autorização prévia - Não apresentou pedido	
	07-06-2015	Indeferido	Sujeito a autorização prévia - Não apresentou pedido	

Fonte: Ofício de resposta da ACSS.

As situações que geraram os pedidos de indeferimento expressos não deixam de denotar que existe uma falta de conhecimento dos cidadãos sobre os procedimentos que devem respeitar para serem reembolsados por cuidados recebidos noutra EM da UE ao abrigo da Diretiva.

No ofício remetido pela ERS à ACSS, já referido, era solicitado que indicasse a demora média de resposta aos pedidos de autorização prévia deferidos e indeferidos, bem como a demora média de resposta aos pedidos de reembolso. Foi referido na resposta que a análise inicial ao processo, que resulta na solicitação de informação adicional ou informação obrigatória para a emissão de parecer final, “[...] reflete-se no prazo de resposta final ou de conclusão dos processos, não sendo por isso viável a indicação de um tempo de demora médio em termos de resposta”. Certo é que, à data da resposta, não tinha havido qualquer pedido de reembolso.

Foi ainda solicitado à ACSS que procedesse à descrição dos procedimentos previstos para o acompanhamento do estado de saúde, em território nacional, de utentes que receberam cuidados noutra EM, ao abrigo da Diretiva. Em resposta, a ACSS referiu ter sido emitida a Circular Conjunta n.º 2/2015/DPS/ACSS, da ACSS e DGS, de janeiro de 2015, que clarifica o procedimento de acompanhamento clínico no SNS após a obtenção dos cuidados e regresso ao território nacional. Nos termos da referida circular, caso seja necessário assegurar o acompanhamento clínico posterior, em Portugal, de um beneficiário do SNS que tenha recebido cuidados de saúde transfronteiriços noutra EM da UE, o “Serviço Nacional de Saúde disponibiliza-lhe o acompanhamento clínico adequado à condição clínica apresentada nas mesmas

condições em que teria sido disponibilizado, se os cuidados de saúde tivessem sido prestados em Portugal”. Aquela circular clarifica ainda que o procedimento para acesso a cuidados subsequentes se processa da seguinte forma: em procedimentos sujeitos a autorização prévia, o beneficiário do SNS será direcionado para o hospital que realizou a avaliação clínica que determinou a autorização prévia; em procedimentos não sujeitos a autorização prévia, o beneficiário do SNS deverá ser direcionado para a unidade de cuidados de saúde primários que procederam à avaliação clínica da necessidade de diagnóstico ou de tratamento.

Certo é que, segundo a ACSS, “os procedimentos autorizados não originaram até à data necessidade de acompanhamento do processo no SNS, no entanto e se tal for necessário deverá cumprir-se as orientações emanadas na Circular referida”.

5.2. Procura efetiva

No ano de 2014, de acordo com o “Relatório da Comissão sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços”, que incidiu sobre 26 dos 28 EM da UE⁴², os fluxos de doentes para cuidados de saúde no estrangeiro eram baixos. No mesmo ano, os EM registaram 109.223 pedidos de informação, distribuídos de forma desequilibrada: cinco EM tiveram menos de 100 pedidos de informação; dez EM registaram mais de 1.000 pedidos de informação, dos quais três EM (Alemanha, Finlândia e Áustria) representaram perto de 75% dos pedidos registados. O ponto de contacto nacional de Portugal rececionou apenas seis pedidos de informação.

Relativamente aos pedidos de autorização prévia, os 17 EM⁴³ que forneceram dados (dos 21 que introduziram um regime de autorização prévia⁴⁴) receberam 560 pedidos de autorização (dos quais 360 foram concedidos). Porém, desses 17, Polónia e Grécia não tiveram qualquer pedido, Portugal e Croácia tiveram apenas um, e apenas Itália e

⁴² Os dados foram fornecidos à Comissão Europeia por 26 dos 28 EM (exceto pela Letónia e por Malta).

⁴³ Para além de Letónia e Malta, que não responderam ao pedido de dados, a Alemanha não enviou dados sobre este ponto, e a França não conseguiu enviar dados desagregados para autorização concedida ao abrigo dos Regulamentos relativos à Segurança Social e da Diretiva.

⁴⁴ Áustria, República Checa, Estónia, Finlândia, Lituânia, Holanda e Suécia não introduziram este regime.

Eslováquia tinham mais de 100 pedidos. Dos 20 EM⁴⁵ que conseguiram fornecer dados desagregados relativos a reembolsos de tratamentos não sujeitos a autorização prévia, no âmbito da Diretiva, foram contabilizados 39.826 reembolsos, dos quais 31.032 foram registados pela Dinamarca. Dos restantes EM, apenas quatro reportaram mais de 1.000 reembolsos e 14 EM menos de 100 reembolsos, dos quais seis (Portugal, Áustria, Bulgária, Chipre, Estónia, e Grécia) não realizaram nenhum⁴⁶. Tendo em consideração o dado apontado por aquele relatório de que 85% dos pedidos de reembolso foram concedidos, o baixo número de reembolsos parece dever-se mais a uma reduzida procura do que a um elevado número de pedidos de reembolso indeferidos. Estes indicadores também revelam uma procura bastante distinta entre EM, que pode decorrer quer de diferentes prazos de transposição da Diretiva para o ordenamento jurídico nacional, quer de diferentes níveis de informação dos utentes sobre esta matéria.

O relatório da Comissão apresenta também os tempos médios de resposta a pedidos de autorização prévia e reembolso de alguns EM. Dos 16 EM que receberam pedidos de autorização prévia e que enviaram dados sobre tempos de resposta, nove (Bulgária, Croácia, Dinamarca, Irlanda, França, Luxemburgo, Eslováquia, Espanha e Reino Unido) referiram tempos médios de 20 ou menos dias para tratamento dos pedidos, e três (Hungria, Chipre e Eslovénia) apresentaram tempos médios iguais ou superiores a 30 dias. Dos 19 EM que indicaram ter recebido pedidos de reembolso de cuidados⁴⁷, 15 forneceram dados relativos aos tempos médios para o tratamento dos pedidos⁴⁸. Nos extremos encontravam-se quatro (Dinamarca, Hungria, Luxemburgo e Reino Unido) com uma média inferior a 20 dias, e três (Finlândia⁴⁹, Eslováquia e Suécia) com tempos médios superiores a 80 dias.

O relatório “Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU – Year2015” inclui alguns dados relativos ao ano de 2015, embora

⁴⁵ Para além de Letónia e Malta, a Alemanha e a Holanda não puderam fornecer dados sobre este ponto, a Bélgica não apresentou dados completos, e a Finlândia, a França e o Luxemburgo forneceram dados agregados da Diretiva e dos Regulamentos relativos à Segurança Social.

⁴⁶ Comissão Europeia (2015) “Relatório da Comissão sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços”.

⁴⁷ Áustria, Bulgária, Chipre, Estónia, Grécia e Portugal não registaram nenhum reembolso nos termos da Diretiva.

⁴⁸ Bélgica, Lituânia, Grécia e Roménia não forneceram esses dados.

⁴⁹ Os tempos apresentados pela Finlândia referem-se aos Regulamentos da Segurança Social e à Diretiva conjuntamente

Portugal não tenha respondido ao questionário aplicado⁵⁰. Em 2015, os países que responderam ao questionário receberam 59.559 pedidos de informação, dos quais 31.736 foram rececionados pela Polónia. O número de pedidos de autorização prévia foi reduzido em 2015, à semelhança do que tinha sido constatado em 2014, tendo a maioria de EM recebido menos de 100 pedidos. Em média, foram autorizados 50,2% dos cuidados, com uma demora média de resposta que variou entre 3 dias úteis na Roménia e 3,4 meses na Grécia. O valor total dos reembolsos de cuidados com autorização prévia foi, em 2015, inferior a 500.000 euros em cada EM, com tempo de processamento de reembolsos que variou entre quatro dias na Dinamarca e 10 meses na Bulgária.

Por seu turno, o número de pedidos de reembolso de cuidados que não necessitam de autorização prévia também foi baixo, com exceções como a Bélgica e a Dinamarca a receber mais de 30.000 pedidos. No total dos EM, foram rececionados 90.290 pedidos de reembolso⁵¹, em 2015, tendo cerca de 78% dos pedidos de reembolso sido concedidos, com uma média de valor total de reembolso por EM de aproximadamente um milhão de euros. A demora média no processamento de pedidos de reembolso variou entre 11 dias em Inglaterra e 10 meses na Bulgária⁵².

Apesar de Portugal não ter respondido ao questionário cujos resultados se apresentam no “Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU. Year2015”, é possível identificar o fluxo de utentes para Portugal a partir dos países que responderam⁵³.

A ACSS não dispunha de informação relativa à entrada de utentes de outros países no território nacional, tendo referido que, ao abrigo do direito da liberdade de escolha previsto na Diretiva, os cidadãos de outros EM da UE podem recorrer a unidades do setor privado nacional, não existindo obrigatoriedade das referidas unidades em prestar essa informação ao ponto de contacto nacional. A ACSS referiu também que

⁵⁰ Áustria, Finlândia, França, Islândia, Letónia e Lituânia também não responderam, pelo que não são considerados nestes resultados.

⁵¹ Alemanha, Luxemburgo e Holanda responderam ao questionário, mas não a esta questão, e a Suécia não tinha dados disponíveis.

⁵² Holanda, Gibraltar, Escócia, Bélgica, Dinamarca e Suécia responderam ao questionário mas não tinham dados disponíveis para responder a esta questão.

⁵³ Os países incluem alguns EM e dois países da Associação Europeia de Comércio Livre (EFTA), a Islândia e a Noruega. Áustria, Finlândia, França, Islândia, Letónia e Lituânia não responderam ao questionário enviado. Alemanha, Luxemburgo e Holanda responderam ao questionário mas não dispunham de dados para responder a esta questão.

não dispõe de informação sobre “cuidados de saúde prestados nas unidades do SNS a cidadãos provenientes da União Europeia”.

Nesse sentido, optou-se por apresentar a informação referida no relatório “Member State data on cross-border healthcare following Directive 2011/24/EU – Year2015” da Comissão Europeia, embora apenas seja possível identificar o fluxo de utentes de países que responderam ao inquérito descrito nesse relatório, pelo que a informação poderá não ser completa. Assim, em 2015 foram registados, de acordo com o relatório, 153 pedidos de reembolso na Suécia, 68 na Dinamarca, 30 na Bélgica, 14 na Noruega e sete no Reino Unido, de cuidados prestados em Portugal (cfr. tabela 6).

Tabela 6 – Fluxo de entradas de utentes em Portugal ao abrigo da Diretiva

Data	País de origem	País de destino	Número de utentes
2015	Suécia	Portugal	153
2015	Dinamarca	Portugal	68
2015	Bélgica	Portugal	30
2015	Noruega	Portugal	14
2015	Reino Unido	Portugal	7

Fonte: Elaboração própria com base na informação da Comissão Europeia.

Da análise da tabela anterior constata-se que o fator proximidade geográfica não é determinante na decisão de utentes estrangeiros procurarem cuidados em Portugal ao abrigo da Diretiva. Pelo contrário, o poder de compra pode impactar na decisão de procurar cuidados em Portugal, na medida em que o valor dos cuidados é adiantado pelos utentes, sendo posteriormente apenas reembolsado o valor correspondente ao custo do tratamento no país de origem, e não sendo as despesas de alojamento ou de viagem, em regra, reembolsadas ao utente, a menos que o país de origem assim o determine no âmbito do seu quadro jurídico nacional.

No que se refere a fluxos de saída, entre 2014 e 2016 foram deferidos dois pedidos de autorização prévia, que culminaram na deslocação de dois utentes portugueses a Itália e ao Reino Unido, respetivamente (cfr. tabela 7)⁵⁴. Cinco outros utentes pediram reembolso para cuidados que realizaram no estrangeiro, mas os pedidos foram indeferidos.

⁵⁴ De acordo com a resposta da ACSS de 17 de fevereiro de 2017.

Tabela 7 – Fluxo de saídas de utentes portugueses

Data de entrada	Parecer final	País de destino	Diagnóstico principal	Especialidade	Tipo de cuidados
26-02-2016	Deferido ⁵⁵	Itália	Reconstrução mamária pós-mastectomia	Cirurgia Plástica	Hospitalar
11-05-2016	Deferido	Reino Unido	Hiperinsulinismo congénito grave	Genética Médica	Não Hospitalar
10-12-2014	Indeferido	Espanha	Neoplasia maligna da região etmóido-esfenoidal esq.	Oncologia	Hospitalar
19-11-2014	Indeferido	França	-	-	Hospitalar
29-07-2016	Indeferido	Espanha	Hemiparesia Lateral Direita Espática	Ortopedia	Hospitalar
24-11-2014	Indeferido	Espanha	Neoplasia - Linfoma Não Hodgkin Difuso de Grandes Células B	Oncologia	Não Hospitalar
07-06-2015	Indeferido	França	Fístula arteriovenosa Frontal Direita	Neurologia	Hospitalar

Fonte: Ofício de resposta da ACSS.

Em 2012, na altura em que decorria o prazo para transposição da Diretiva para o ordenamento jurídico português, a ERS analisou o potencial impacto económico-financeiro do aumento dos cuidados transfronteiriços pós-Diretiva. De acordo com este estudo, que traçou o cenário para Portugal com base em relatórios que projetavam a procura potencial nos EM, cerca de 32.000 utentes não teriam as suas necessidades de cuidados de saúde satisfeitas e 10% desses utentes estariam dispostos a procurar cuidados no estrangeiro⁵⁶. Nesse sentido, a procura potencial representaria cerca de 3.200 utentes portugueses, cenário bastante longe da procura efetiva.

A reduzida procura de cuidados transfronteiriços por utentes portugueses pode ser motivada por várias razões: (i) os utentes podem desconhecer a existência da Diretiva; (ii) os utentes podem não dispor de informação suficiente para tomar a decisão de procurar cuidados no estrangeiro; (iii) os cuidados publicamente financiados prestados em Portugal satisfazem as necessidades dos seus utentes; e (iv) é necessário o adiantamento do valor dos cuidados, e não estão abrangidas despesas de deslocação e permanência noutro EM. Efetivamente, recuperando a informação da tabela 5, o valor médio pago pelos cuidados foi de 14.428,98 EUR, aos quais se somam despesas de deslocação, estadia e permanência noutro país, a cargo do utente. Adicionalmente, a possibilidade de indeferimento dos pedidos de reembolso desses

⁵⁵ Os dois utentes que tiveram pedidos de autorização prévia deferidos, ainda não solicitaram o reembolso dos cuidados.

⁵⁶ Relatório “Análise do impacto da Diretiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, Relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços”, disponível em https://www.ers.pt/pages/18?news_id=13.

valores introduz incerteza na decisão, o que pode desincentivar a procura de cuidados.

A decisão dos utentes pode também ser afetada por custos associados à existência de assimetria de informação no setor da saúde, tais como os custos de prospeção (*search costs*)⁵⁷ para encontrar um prestador adequado, e custos de mudança de prestador (*switching costs*)⁵⁸, que decorrem da relação de confiança que os utentes estabelecem com o prestador de cuidados de saúde a que recorrem mais frequentemente, e que neste caso se admite que sejam relevantes, dado o desconhecimento do utente face ao sistema de saúde de outro país.

⁵⁷ Pauly, M. e Satterthwaite, M. (1981) The pricing of primary care physicians' services: a test of the role of consumer information. *Bell Journal of Economics*. 12: 488-506.

⁵⁸ Grytten, J. e Sørensen, R. (2000) Competition and dental services. *Health Economics*. 9(5):447-461.

6. Conclusão

Da análise do impacto da implementação da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços em Portugal, desde a sua transposição, é possível concluir o seguinte:

1. O processo de transposição da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, encontra-se concluído, sendo ainda assim de assinalar que, tal como na maioria dos EM da UE, tal não aconteceu dentro do prazo estabelecido;
2. Do inquérito por questionário empreendido pela ERS junto de utentes e profissionais do setor da saúde, decorre que a grande maioria dos respondentes não tenciona recorrer a cuidados de saúde fora de Portugal, e que o nível de conhecimento dos utentes sobre esta matéria é inadequado;
3. Os pedidos de informação sobre a Diretiva rececionados pela ERS e pela ACSS têm sido escassos, o que pode justificar a escolha de formas alternativas de divulgação de informação;
4. A maioria dos pontos de contacto nacionais dos EM, incluindo o português, admite que os cidadãos têm falta de conhecimento sobre os seus direitos, embora todos os países que responderam ao inquérito da ERS disponibilizem um *website* dedicado à Diretiva;
5. Tudo indica que os utentes têm insuficiente conhecimento quanto aos procedimentos administrativos associados à Diretiva, designadamente no que se refere a pedidos de reembolso e de autorização prévia, o que terá levado ao indeferimento dos pedidos de reembolso realizados até ao momento;
6. A reduzida procura de cuidados transfronteiriços poderá também decorrer do facto das despesas associadas à deslocação e estadia não estarem cobertas, dos utentes terem que adiantar o valor dos cuidados, e de ser apenas reembolsado o valor que os cuidados teriam custado em Portugal, de acordo com as regras previstas para utilização da Diretiva;
7. Na medida em que as despesas associadas à deslocação e estadia não são cobertas, que os utentes têm de adiantar o valor dos cuidados, e que apenas é reembolsado o valor que os cuidados teriam custado no país de origem, a Diretiva

pode ainda condicionar a decisão quanto ao país de destino com base nos custos associados e não na qualidade dos cuidados a receber, e potencia a existência de iniquidades com base na capacidade financeira dos utentes;

8. As regras de acesso estabelecidas na Diretiva podem suscitar mais interesse a utentes de países com poder de compra mais elevado. De facto, dados da procura de cuidados em Portugal de outros EM revelaram que os utentes provêm de países com rendimentos médios mais elevados, e não necessariamente com cariz de proximidade de Portugal.

Em suma, resulta do presente estudo que o impacto da Diretiva tem sido bastante reduzido em Portugal, não figurando assim como um mecanismo que efetivamente aumenta de forma significativa o acesso aos cuidados de saúde. Os dados analisados e descritos neste estudo sugerem como causas para a reduzida procura a falta de informação sobre a possibilidade de recurso a cuidados de saúde transfronteiriços, a dificuldade de compreensão dos procedimentos subjacentes à utilização da Diretiva, e a existência de constrangimentos financeiros que inviabilizam a deslocação e estada no estrangeiro e o adiantamento do valor dos cuidados.

Anexo I – Questionário aos pontos de contacto nacionais

The Portuguese Health Regulation Authority (Entidade Reguladora da Saúde – ERS) is the independent public body responsible for regulating the activity of health care providers in Portugal. Currently, we are carrying out a study on the implementation of the Directive 2011/24/EU across the European Union (EU). In this context, ERS invites you to respond to a short questionnaire that requires about 3 minutes.

We ask that you consider your perception, as National Contact Point, about the implementation of the Directive in your country and its effects for your national citizens.

Please feel free to add any comments, at the end of this questionnaire, whenever you think it is important to contextualize the answers. If any doubt or difficulty occurs, please send an e-mail to aborges@ers.pt and areis@ers.pt.

We thank you for your collaboration.

Respondent identification:

Country: _____.

Name: _____

E-mail: _____

Position at the National Contact Point: _____

1. What are the main barriers facing citizens seeking treatment abroad under the Directive 2011/24/EU? (Allow more than one answer).

- a) Citizens do not have knowledge of their rights
- b) Citizen's budget constraints to travel and support related expenditures
- c) Delay in reimbursement of expenses
- d) Complexity of the bureaucratic procedures
- e) Weak eHealth interoperability between EU members
- f) Other(s): _____

2. What resources do you use to inform the citizens about the Directive? (Allow more than one answer).

- a) National *website*. Please insert link: _____
- b) National media campaigns
- c) Conveying information to health care providers
- d) Conferences and similar events
- e) Published reports, brochures and similar documents
- f) Other(s): _____

2.1 If you answered national website, please insert the link:

3. How would you evaluate the degree of citizens' knowledge on Directive's procedures and rules:

- a) Very Poor
- b) Poor
- c) Acceptable
- d) Good
- e) Very Good
- f) Do not know/Refuse to answer

4. How would you evaluate the degree of health professionals' knowledge on Directive's procedures and rules:

- a) Very Poor
- b) Poor
- c) Acceptable
- d) Good
- e) Very Good
- f) Do not know/Refuse to answer

5. How would you evaluate the level of satisfaction of the citizens that used health services abroad, under the Directive 2011/24/EU:

- a) Very dissatisfied
- b) Dissatisfied
- c) Neither
- d) Satisfied
- e) Very satisfied
- f) Do not know/Refuse to answer

6. Please indicate strengths of the Directive to the citizens' access to healthcare:

7. Please indicate weaknesses of the Directive to the citizens' access to healthcare:

8. Please indicate opportunities created by the Directive to the health system:

9. Please indicate threats created by the Directive to the health system:

10. Do you know any studies that allow the evaluation of the implementation of the Directive 2011/24/EU in your country?

- a) Yes. Please, upload: _____
- b) No

If you know any studies, please upload (.pdf or .docx) them or indicate their links:

11. Additional comments: _____

Anexo II – Questionário a utentes e profissionais dos serviços de saúde

Legenda: assinala-se a resposta correta em sombreado.

Cuidados de Saúde no Estrangeiro

1. Tenciona, nos próximos 12 meses, recorrer a cuidados de saúde fora de Portugal?

a) Sim b) Não c) Não sei

2. Um cidadão português pode receber, noutros países membros da União Europeia, cuidados de saúde financiados pelo Estado português?

a) **Sim** b) Sim, mas apenas para cuidados de saúde não existentes em Portugal c) Não
d) Não sabe/não responde

3. Avalie o seu grau de conhecimento sobre o cartão europeu de seguro de doença:

a) Nenhum b) Baixo c) Médio d) Alto e) Muito alto

4. Avalie o seu grau de conhecimento sobre a diretiva (n.º 2011/24/UE) de cuidados de saúde transfronteiriços na União Europeia:

a) Nenhum b) Baixo c) Médio d) Alto e) Muito alto

[* se respondeu “nenhum” o questionário acabou]

5. Que instituição deve contactar em Portugal (Ponto de Contacto Nacional) para ter cuidados de saúde noutro país da União Europeia ao abrigo da diretiva de cuidados de saúde transfronteiriços?

a) Entidade Reguladora da Saúde (ERS) b) ASAE c) Administração Regional de Saúde (ARS) d) **Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS)** e) Inspeção-Geral das Atividades em Saúde (IGAS) f) Não sabe/não responde

6. Todos os tipos de cuidados de saúde estão abrangidos pela diretiva de cuidados de saúde transfronteiriços?

a) Sim b) **Não** c) Não sabe/não responde

[* se respondeu “sim ou Não sabe/não responde” passe para a questão 48]

7. Que cuidados não estão incluídos na diretiva de cuidados de saúde transfronteiriços? (nota: pode selecionar mais que uma opção)

- Cuidados de saúde prestados em Portugal nos centros de saúde ou hospitais do SNS
- Cuidados de saúde continuados
- Plano Nacional de Vacinação
- Medicamentos e dispositivos médicos
- Não sabe/não responde

8. As despesas de transporte e alojamento são reembolsadas ao utente, no âmbito da diretiva de cuidados de saúde transfronteiriços?

a) Sim b) Não c) Não sabe/não responde

9. É necessária uma autorização prévia do Estado para aceder aos tratamentos no âmbito da diretiva de cuidados de saúde transfronteiriços?

a) Sim b) Sim, mas apenas em alguns casos c) Não c) Não sabe/não responde



ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE

Rua S. João de Brito, 621 L32, 4100-455 PORTO
e-mail: geral@ers.pt • telef.: 222 092 350 • fax: 222 092 351 • www.ers.pt