

A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
TRANSFRONTEIRIÇOS AO ABRIGO DA LEI n.º 52/2014  
DE 25 DE AGOSTO

Um estudo de caso no British Hospital XXI

Cláudia Sofia da Silva Fontes Azevedo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor José António Filipe, Professor Auxiliar com Agregação  
Departamento de Matemática, ISCTE IUL

Lisboa, 30 Outubro 2016



A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE  
TRANSFRONTEIRIÇOS AO ABRIGO DA LEI n.º 52/2014  
DE 25 DE AGOSTO

Um estudo de caso no British Hospital XXI

Cláudia Sofia da Silva Fontes Azevedo

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de  
Mestre em Gestão de Serviços de Saúde

Orientador:

Professor Doutor José António Filipe, Professor Auxiliar com Agregação  
Departamento de Matemática, ISCTE IUL

Lisboa, 30 Outubro 2016



## RESUMO

O Turismo de Saúde apresenta-se atualmente como uma área em franco desenvolvimento, com um potencial de crescimento considerável, estando muito distante de estar totalmente explorado em muitas das suas vertentes.

Mudanças recentes a nível legislativo em território da União Europeia, com a transposição da Diretiva 24/11/UE e o fraco conhecimento e perceção da população relativamente ao Turismo de Saúde conduziram a uma investigação neste âmbito. Em Portugal a transposição para legislação nacional ocorreu em 2014 com a Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto. Considerou-se importante entender as potencialidades desta Lei, avaliar o seu impacto, que possibilidades oferece e qual o conhecimento e intenção dos utentes e profissionais de saúde relativamente à utilização dos seus serviços.

A amostra deste estudo é constituída por 152 profissionais de saúde e por 347 utentes, do British Hospital XXI e a recolha de dados foi efetuada através de um questionário elaborado com vista ao desenvolvimento deste trabalho.

Os resultados mostraram que:

1. Existe um fraco conhecimento quer sobre Turismo de Saúde quer relativamente à Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto, com maior expressão nos utentes;
2. Relativamente à intenção ou apresentação de disponibilidade para utilizar os serviços ao abrigo da referida Lei, tanto os profissionais de saúde como os utentes referem não saber se, caso a questão se venha a colocar, estarão dispostos para utilizar os serviços aí referidos;
3. Os gastos que as pessoas de ambos os grupos populacionais estão dispostos a ter são inferiores no caso de haver despesas não reembolsáveis comparativamente com as situações em que as despesas têm reembolso total.

Concluiu-se que o conhecimento dos serviços de saúde transfronteiriços é fraco quer por parte dos utentes quer dos profissionais de saúde do British Hospital XXI e que uma parte considerável das pessoas em ambos os grupos populacionais não sabe se está na disposição de recorrer à utilização desses serviços.

**Palavras-chave:** Turismo de Saúde, Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto, Utentes, Profissionais de saúde.



## **ABSTRACT**

Today, health tourism is itself an area in considerable development, with a substantial growth potential because it is not yet significantly exploited in many of its aspects.

Recent changes in legislation in the European Union, with the transposition of Directive 24/11/EU, and low awareness and perception by people in general for health tourism, led to this investigation. In Portugal it was adopted by national law in 2014 with the Law No. 52/2014, 25<sup>th</sup> August. It was considered important to understand the potential of this recent legislation, to assess its impact, to see which possibilities it offers and what is the knowledge and the intention of using the services covered by the Law by users and healthcare professionals.

The sample consists of 152 health professionals and 347 users from British Hospital XXI and data collection was conducted through an inquiry developed for this work.

The results showed that:

1. Generally there is a weak knowledge of health tourism and the Law No. 52/2014, 25<sup>th</sup> August, more expressive in users;
2. Regarding intention or willingness to use the services under this Law both health professionals and users refer not know whether, in case of need, will be willing to use the services referred on this law;
3. The level of spending that many of people of both population groups are willing to pay, are lower in the case of non-refundable expenses compared to fully reimbursed expenses.

It was concluded that there is a weak knowledge of cross-border healthcare services by users and healthcare professionals in British Hospital XXI and that many of people of these both population groups do not know if they are willing to use these services.

**Key-words:** Health Tourism, Law No. 52/2014, 25<sup>th</sup> August, Users, Healthcare professionals.





## **AGRADECIMENTOS**

Existem pessoas sem o apoio das quais a sua concretização final não teria sido possível, e a elas quero manifestar o meu agradecimento particular.

- Ao Dr. António Atalaia, pela sugestão do tema e por possibilitar a coordenação entre o trabalho e faculdade, de forma a conseguir ter êxito.

- Ao Professor Doutor José António Filipe, pela orientação, disponibilidade, persistência e pelas suas ideias e críticas.

- Aos meus pais e irmã pelo apoio de sempre, pela educação e oportunidades que me proporcionaram e pelas palavras de motivação nos momentos oportunos.

- À direção clínica do British Hospital XXI.

- Aos amigos.

A todos um enorme Bem-hajam!



## **LISTA DE SIGLAS**

**AP** – Autorização prévia

**BHXXI** – British Hospital XXI

**CE** – Comissão Europeia

**CRP** – Constituição da República Portuguesa

**EM** – Estados membros

**ERS** – Entidade Reguladora da Saúde

**EUA** – Estados Unidos da América

**FMI** – Fundo Monetário Internacional

**ISO** - *International Standards Organization*

**JCI** – *Joint Commission International*

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PCN** – Pontos de Contacto Nacional

**PIB** – Produto Interno Bruto

**PNS** – Plano Nacional de Saúde

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**SPS** – Serviço Privado de Saúde

**TS** – Turismo de Saúde

**UE** – União Europeia



## ÍNDICE

<b>RESUMO .....</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>III</b>
<b>AGRADECIMENTOS.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTA DE SIGLAS .....</b>	<b>VII</b>
<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>5</b>
2.1. ECONOMIA DA SAÚDE .....	5
2.2. UNIVERSALIDADE DE ACESSO E EQUIDADE EM SAÚDE.....	7
2.3. SAÚDE EM PORTUGAL .....	12
2.4. GLOBALIZAÇÃO DA SAÚDE.....	15
2.5. TURISMO DE SAÚDE.....	17
2.5.1. <i>Definição e considerações gerais.....</i>	<i>17</i>
2.5.2. <i>História do Turismo de Saúde.....</i>	<i>19</i>
2.5.3. <i>Motivações e benefícios.....</i>	<i>21</i>
2.6. DIRETIVA 2011/24/UE .....	24
2.7. LEI N.º 52/2014 DE 25 DE AGOSTO .....	27
2.8. RELATÓRIO DA COMISSÃO EUROPEIA AO PARLAMENTO EUROPEU E AO CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA .....	29
2.8.1. <i>Ponto de situação da transposição.....</i>	<i>29</i>
2.8.2. <i>Mobilidade dos doentes.....</i>	<i>29</i>
2.8.3. <i>Pontos de Contacto Nacional e Informação aos doentes .....</i>	<i>31</i>
2.8.4. <i>Conclusão do Relatório .....</i>	<i>33</i>
<b>3. METODOLOGIA .....</b>	<b>35</b>
3.1. OBJETIVOS.....	35
3.2. UNIVERSO E AMOSTRA .....	36
3.3. INSTRUMENTO, MÉTODO E RECOLHA DE DADOS.....	36
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>39</b>
<b>5. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....</b>	<b>61</b>
5.1. CONCLUSÃO .....	61
5.2. LIMITAÇÕES .....	63
5.3. INVESTIGAÇÕES FUTURAS.....	64

<b>6. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>67</b>
<b>7. ANEXOS.....</b>	<b>75</b>
ANEXO I - DIRETIVA 2011/24/UE.....	75
ANEXO II - LEI N.º 52/2014 DE 25 DE AGOSTO.....	96
ANEXO III – QUESTIONÁRIO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	103
ANEXO IV – QUESTIONÁRIO AOS UTENTES.....	107
ANEXO V – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO E DESPACHO.....	112
ANEXO VI - TESTES DE <i>MANN-WHITNEY</i> .....	113
ANEXO VII - COEFICIENTE V DE <i>CRAMER</i> .....	114
ANEXO VIII - COEFICIENTE V DE <i>CRAMER</i> .....	115
ANEXO IX - COEFICIENTE V DE <i>CRAMER</i> .....	116
ANEXO X - TESTES DE <i>MANN-WHITNEY</i> .....	117
ANEXO XI - TESTES DE <i>KRUSKAL-WALLIS</i> .....	119
ANEXO XII - TESTES DE <i>MANN-WHITNEY</i> .....	121

## ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Cuidados de saúde sujeitos a AP definidos na Portaria n.º 121/2014, de 25 de setembro (Diário da República, 1.ª série — N.º 185 — 25 de setembro de 2014).</i>	28
<i>Figura 2. Utilização de uma AP (Comissão Europeia 2015).</i>	30
<i>Figura 3. Canais de comunicação dos PCN (Comissão Europeia 2015).</i>	32
<i>Figura 4. Conhecimento dos cidadãos em matéria de reembolsos (Comissão Europeia 2015).</i>	32
<i>Figura 5. Conhecimento dos cidadãos acerca da existência dos PCN (Comissão Europeia 2015).</i>	33
<i>Figura 6. Distribuição por género.</i>	39
<i>Figura 7. Distribuição por grupos etários.</i>	39
<i>Figura 8. Distribuição por grupos profissionais.</i>	40
<i>Figura 9</i>	40
<i>Figura 10. Satisfação com o Serviço Nacional de Saúde e Serviço Privado de Saúde.</i>	41
<i>Figura 11. Satisfação com o Serviço Nacional de Saúde e Serviço Privado.</i>	41
<i>Figura 12</i>	42
<i>Figura 13. Recorre mais ao SNS/SP.</i>	42
<i>Figura 14</i>	42
<i>Figura 15. Motivo que conduz à procura do Serviço Privado de Saúde.</i>	43
<i>Figura 16</i>	43
<i>Figura 17. Recorreu anteriormente ao Serviço Nacional de Saúde.</i>	44
<i>Figura 18</i>	44
<i>Figura 19. Conhecimento prévio de Turismo de Saúde.</i>	44
<i>Figura 20</i>	45
<i>Figura 21. Caso não tenha resposta adequada em Portugal, pondera recorrer a assistência médica no estrangeiro.</i>	46
<i>Figura 22</i>	46
<i>Figura 23. Considera procurar assistência médica no estrangeiro vantajoso.</i>	47
<i>Figura 24</i>	47
<i>Figura 25. Onde considera mais vantajoso o recurso a assistência médica.</i>	47
<i>Figura 26</i>	48
<i>Figura 27. Conhece alguém que tenha recorrido a assistência médica no estrangeiro, previamente planeada.</i>	48
<i>Figura 28</i>	48
<i>Figura 29. Tem conhecimento de participação do estado em tratamentos efetuados no estrangeiro.</i>	49
<i>Figura 30</i>	49

<b>Figura 31. Tem condições financeiras para recorrer a assistência médica fora de Portugal, incluindo despesas de deslocação e alojamento.</b>	50
<b>Figura 32</b>	50
<b>Figura 33. Conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto.</b>	51
<b>Figura 34</b>	52
<b>Figura 35. Como considera a Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto como alternativa à assistência médica em Portugal.</b>	52
<b>Figura 36</b>	53
<b>Figura 37. Acha provável, agora ou no futuro, recorrer aos serviços referidos na Lei n.º 52/2014.</b>	54
<b>Figura 38</b>	55
<b>Figura 39. Se considerar a procura de assistência médica no estrangeiro, qual o montante que admitiria gastar.</b>	56
<b>Figura 40. Relação entre opção de gastos e categoria de profissionais de saúde. 1(até 1000 €); 2(1000€ a 2500€); 3(2500€ a 5000€); 4(5000€ a 10000€); 5(mais de 10000€).</b>	57
<b>Figura 41. Se considerar a procura de assistência médica no estrangeiro, qual o montante que admitiria gastar.</b>	58
<b>Figura 42</b>	59
<b>Figura 43. Consideraria efetuar tratamentos no estrangeiro noutros países, fora da UE.</b>	59



## 1. INTRODUÇÃO

A saúde é um direito de todos, é um direito de cidadania. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), define-se como “ um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”<sup>1</sup>.

Na Constituição desta organização, em vigor desde 1946, está também evidente o princípio da igualdade, ao defender que todos os padrões elevados de saúde devem estar ao alcance de todos, sem distinção de raça, religião, crenças políticas, condições sociais ou económicas (Dahlgren & Whitehead, 2006a). Cada indivíduo, independentemente da sua condição social, ou qualquer outra condicionante, deve ter o direito a usufruir de um nível mais elevado possível de saúde, e as políticas de saúde governamentais devem ser regidas pelos princípios que assegurem esse direito, que é de todos e para todos, que garantam tratamento igualitário, e que garantam também a universalidade do acesso (Dahlgren & Whitehead, 2006a).

A saúde constitui um valor em si mesmo. É uma condição prévia para a prosperidade económica uma vez que um indivíduo saudável representa capital humano e, conseqüentemente, maior produtividade e maior oferta de trabalho (Keckley & Underwood, 2008b).

Na Europa, por exemplo, conforme refere Marmot (2003), os sistemas de saúde têm como valores fundamentais a universalidade, o acesso a cuidados de saúde de qualidade, a equidade e a solidariedade. Há contudo, ainda hoje, desigualdades provocadas por diversos fatores, nomeadamente sociais, económicos, culturais, entre outros.

As iniquidades em saúde têm origem nas desigualdades sociais das populações, como as desigualdades na educação, no trabalho e no rendimento. Além destes determinantes sociais, existem ainda outros fatores que também afetam o estado de saúde, como é o caso do acesso aos cuidados de saúde, os estilos de vida das populações ou as atitudes perante os serviços de saúde (Dahlgren & Whitehead, 2007; Marmot *et al*, 2008).

---

<sup>1</sup> Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/>. Consultado a 6 Junho de 2015.

Uma possível resposta conducente à diminuição dessas desigualdades passa por uma análise pormenorizada das necessidades e pela conseqüente implementação de políticas, no intuito de reverter situações desfavoráveis aos cidadãos, o que passará nomeadamente pelo desenvolvimento socioeconómico dos países e por melhorar o acesso aos cuidados de saúde.

Nos anos 80, Segundo Silva (2012), com o objetivo principal de diminuir a despesa e garantir a sustentabilidade dos serviços de saúde em toda a Europa, foram introduzidas reformas nas políticas de saúde. Também segundo este autor e citando Wendt (2009, p. 442), estas reformas centrar-se-iam na “redefinição do papel do Estado no financiamento, no pagamento, na regulação e na prestação de cuidados de saúde”.

Apesar da evolução verificada, com o desenvolvimento de muitos aspetos positivos, em pleno século XXI persistem ainda muitas lacunas na acessibilidade aos cuidados de saúde. O aumento das necessidades da população no que se refere à qualidade e à prontidão de resposta por parte dos prestadores de cuidados de saúde, e o crescente envelhecimento da população, assim como o aparecimento de patologias crónicas têm conduzido à procura de alternativas (Giannakouris, 2008, Norman, 2013).

Paralelamente às reformas políticas que têm sido introduzidas em muitas nações, como forma de garante de sustentabilidade, também os utentes têm procurado alternativas para garantir a sua sobrevivência e manutenção de qualidade de vida. A livre circulação de pessoas a nível global, mais particularmente no espaço da União Europeia (UE), na procura de tratamentos na área da saúde, tem sido uma das formas que os utentes têm encontrado para colmatar falhas nos países de origem. Esta procura de cuidados de saúde transfronteiriços está em crescendo mas existe ainda um largo potencial de crescimento (Braveman, 2003; Connell, 2011b; Keckley & Underwood, 2008b).

O Turismo de Saúde (TS), ou turismo médico, como é também vulgarmente conhecido, é globalmente aceite como uma área em franca expansão nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos (Larocco & Pinchera, 2011).

O crescente aumento do custo da prestação de cuidados de saúde nos Estados Unidos da América (EUA) e na UE em conjunto com os tempos de espera para

tratamentos eletivos ou urgentes, têm sido fatores impulsionadores desta procura além-fronteiras.

Em 2015 estimava-se serem cerca de 6 milhões as pessoas que terão viajado para outro país para recorrerem a tratamentos médicos (Youngman, 2015).

O presente trabalho foi desenvolvido tendo como objetivo principal avaliar o impacto da Diretiva 2011/24/UE<sup>2</sup> (de ora em diante “a Diretiva”), relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços (ANEXO I), a vigorar desde abril de 2011 e que deveria ter sido transposta para legislação nacional em todo o território da UE até 25 de outubro de 2013, embora a maioria dos países não tenha cumprido esse prazo, conforme se poderá ver mais à frente neste trabalho.

Não só pela escassez de informação nesta área, mas também pela sua complexidade e multidimensionalidade, assim como ainda pelo interesse inerente que existe na área de Política, Economia e TS, achou-se legítimo desenvolver uma pesquisa que possa esclarecer factos e informações dúbias.

Outro facto impulsionador deste trabalho foi a conjuntura de crise económica sentida atualmente, não só em território nacional português mas à escala global, o que, consequentemente, tem conduzido a cada vez mais constrangimentos na prestação de cuidados de saúde por parte das instituições públicas.

Esta alternativa de tratamentos noutros países da UE, com o apoio dos governos nacionais, poderá constituir uma forma de atenuação ou minimização das dificuldades sentidas pelos utentes no acesso aos cuidados de saúde. No entanto, considerando que esta alternativa apresentada aos utentes é muito recente e cujo funcionamento é ainda pouco claro, considerou-se oportuno aprofundar conhecimentos sobre este assunto.

Os dados quantitativos relativos a este tema são ainda muito escassos, pelo que esta investigação poderá ser uma interessante contribuição nesta temática, assim como pode igualmente constituir um ponto de partida para eventuais projetos futuros.

---

<sup>2</sup> 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 (JOUE nº 88/45, de 4.4.2011).

Tendo em conta os objetivos deste trabalho, este estudo iniciar-se-á com uma abordagem descritiva desta temática através de uma pesquisa e análise teórica na área da economia da saúde; ver-se-á a seguir o panorama da saúde em Portugal, a sua evolução, a situação atual e a equidade e universalidade do acesso aos cuidados de saúde. Será igualmente efetuado um enquadramento teórico sobre o TS, sua evolução histórica, motivações e benefícios. Posteriormente serão definidos os conteúdos desta Diretiva e da sua transposição para legislação nacional portuguesa com a Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto, através de uma análise exaustiva de ambos os documentos. Será realizada uma pesquisa aprofundada da legislação nacional e internacional como fundamento e apoio à análise desta temática.

Para finalizar o enquadramento teórico, será também desenvolvido um subcapítulo sobre o relatório da Comissão Europeia (CE) para o Parlamento Europeu e Conselho sobre a aplicação da Diretiva nos países da UE durante o ano de 2014.

No terceiro capítulo será apresentada a análise metodológica com a descrição da população-alvo e amostra, definição das hipóteses para estudo e exposição do método de recolha e tratamento de dados.

Neste trabalho os desenvolvimentos serão feitos no sentido de, no final:

- ✓ Perceber se os profissionais de saúde e utentes do BHXXI têm um bom conhecimento da Lei n.º 52/2014 e se admitem recorrer à sua utilização;
- ✓ Perceber se existem diferenças no conhecimento da Lei n.º 52/2014 entre profissionais de saúde e utentes.
- ✓ Perceber se existem diferenças no conhecimento da Lei n.º 52/2014 entre as diversas categorias dos profissionais de saúde.

No quarto capítulo serão apresentados resultados dos dados recolhidos e respetiva discussão.

No quinto capítulo são tiradas as conclusões do estudo, apresentadas as suas limitações assim como contribuições, pistas e sugestões para análises futuras nesta área.

## **2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

Nos capítulos seguintes, para um enquadramento do tema em questão que irá ser desenvolvido ao longo deste trabalho, será efetuada uma revisão teórica que será iniciada com uma abordagem à economia da saúde, uma descrição e análise de alguns conceitos relativos a questões de ética, acessibilidade, universalidade e equidade em saúde. Será efetuado também um enquadramento sobre a saúde em Portugal e a evolução do Serviço Nacional de Saúde (SNS); uma contextualização sobre globalização e Turismo de Saúde; e um resumo das características da Diretiva, da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto e do relatório da CE sobre a sua aplicação nos países da UE no ano de 2014.

### **2.1. Economia da Saúde**

A economia da saúde para Drummond *et al* (1997) é uma área que tem vindo a ganhar cada vez mais importância, a qual, resumidamente, consiste na aplicação da economia à área da saúde. Tem vindo a suscitar cada vez mais interesse não só nos profissionais no ramo económico mas igualmente nos profissionais de saúde. Segundo Pereira (1993), citado por Barros (2013, p.13), este facto deve-se ao desafio que constitui a aplicação e alocação de recursos limitados às necessidades ilimitadas das populações.

Enquanto a economia é uma área focada no bem social, a saúde foca-se no bem individual. Daí surgirem algumas divergências nestas duas áreas. Por um lado, os profissionais de saúde valorizam a sobrevivência e qualidade de vida dos utentes. Por outro, os economistas dão prioridade à viabilidade financeira do sistema. Apesar desta divergência de pensamento, a economia da saúde é fundamental para a organização, administração e planeamento dos serviços de saúde (Aday, 1975).

A manifesta necessidade de coordenação entre a oferta e procura na saúde, a escassez de recursos, o aumento da exigência das populações, o surgimento de novas doenças e os avanços tecnológicos são apenas alguns dos elementos que tornaram este ramo da economia muito importante (Barros, 2013; Feldstein, 2013).

As avaliações económicas fornecem uma estrutura de tomada de decisão em que os benefícios e os custos são avaliados para várias opções alternativas. Foram desenvolvidas há mais de meio século para ajudar os responsáveis pela alocação de

recursos a dar prioridade a alternativas que tenham o máximo benefício e o menor custo, em virtude dos recursos de saúde serem escassos (McLaughlin *et al.*, 2014).

Desde 2007, todos os países da UE sofreram uma recessão económica. Todas as nações foram afetadas não necessariamente na mesma altura mas todos os países foram envolvidos num clima de turbulência financeira. Muitas das políticas adotadas pelos governos envolveram alavancas financeiras à banca que resultaram em maiores dívidas no sector público (Cylus *et al.*, 2012; Reeves *et al.*, 2014).

A melhor forma de responder a quebras de produção, ao desemprego e dívidas crescentes tem sido alvo de intensos debates à escala global e muito particularmente no território da UE. Segundo Hall *et al* (2008), citado por Reeves *et al* (2013, p. 2), não existe uma relação inevitável entre as recessões económicas iniciadas em 2007 e os cortes orçamentais na saúde que alguns países sofreram.

Reeves *et al* (2014), num estudo sobre a mudança das despesas nacionais em 27 países da UE entre 1995 e 2011, conclui que grande parte da carga de cortes no orçamento foi concentrada no sector da saúde, especialmente nos países expostos a acordos de empréstimo do Fundo Monetário Internacional (FMI). Segundo o mesmo autor, esta não é uma consequência obrigatória das recessões, nem mesmo com a variação anual do Produto Interno Bruto (PIB) *per capita*. No entanto, de acordo com antecedentes históricos de recessões mais antigas, os empréstimos do FMI estão significativamente relacionados com cortes no sector da saúde.

Em Portugal, esses cortes foram verificados em muitas áreas, mas muito significativamente na área da saúde. É importante investigar os efeitos na saúde de reduções orçamentais, ou os seus efeitos, a jusante, sobre os gastos de saúde pública. Esta redução afeta, conseqüentemente, os gastos do utilizador, que neste caso, corresponde ao utente dos serviços de saúde. Em território nacional e segundo dados da OMS, as despesas *out-of-pocket*<sup>3</sup> dos utentes têm vindo a crescer entre 1995 e 2014<sup>4</sup>.

Estas despesas que podem incluir, por exemplo, medicações básicas, meios complementares de diagnóstico, tratamentos ou até mesmo cirurgias eletivas, são

---

<sup>3</sup> Valor a cargo não reembolsável.

<sup>4</sup> Disponível em: <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS?locations=PT>. Consultado a 30 de Maio de 2016.

privadas, e contribuem para uma melhoria do estado de saúde dos indivíduos, mas são muitas vezes despesas que seriam da responsabilidade do Estado português mas que, ou tardam em chegar, ou a participação do Estado deixou de existir ou foi reduzida. Face a estas situações, os utentes que têm capacidade financeira continuam a usufruir delas, pagando do seu próprio bolso, para manter ou melhorar a sua qualidade de vida, enquanto os restantes, os que não possuem essa capacidade, não o fazem.

Os efeitos da crise económica e social prolongada podem ter reflexos a médio e longo prazo nos indicadores de saúde dos portugueses (DGS, 2016). Até que ponto valores como a igualdade, o direito e o acesso à saúde estão a ser garantidos ou retirados aos utentes?

## **2.2. Universalidade de acesso e equidade em saúde**

A equidade em saúde é um valor de justiça distributiva e consiste “na ausência de disparidades sistemáticas na área da saúde entre grupos que têm diferentes níveis de vantagens/desvantagens sociais, isto é, têm posições diferentes numa hierarquia social”. Entre os grupos sociais menos privilegiados estão, por exemplo, pessoas mais pobres, grupos raciais, étnicos ou religiosos e residentes em áreas rurais (Braveman & Gruskin, 2003a, p. 254).

Os princípios éticos de equidade e solidariedade encontram-se inerentes ao conceito de justiça distributiva, que pretende assegurar o direito de acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde (Aday *et al*, 2004; Guichard, 2004).

O direito à proteção da saúde é fundamental no que respeita à prática de uma igualdade de oportunidades de carácter efetivo, incluída numa sociedade solidária, transparente, inclusiva e democrática, atribuindo um carácter operacional a critérios de justiça determinantes para uma política atenta às necessidades básicas dos indivíduos (Braveman, 2003; Braveman *et al.*, 2001).

A equidade é então um princípio e um objetivo político que visa a justa distribuição de oportunidades e recursos pela população para que todos possam atingir o seu potencial em saúde ou bem-estar. A defesa do princípio da equidade no sector da saúde decorre do reconhecimento de que algumas das diferenças existentes são expressão das desigualdades sociais que se verificam na sociedade. As diferenças entre indivíduos

têm a capacidade de determinar as vivências, as oportunidades e os resultados diferentes em saúde, pelo que interessa conhecer a dimensão destes fatores (Horton *et al.*, 2015; Hosseinpoor *et al.*, 2015).

Num sistema de saúde equitativo é possível responder às necessidades de todos e garantir um conjunto de direitos transversais a todos os indivíduos, independentemente da sua naturalidade, género, raça e religião (Parkin, 2009).

Ao nível mais básico, o acesso depende apenas da oferta de cuidados, isto é, da sua disponibilidade. Havendo oferta adequada a população tem oportunidade de usufruir dos serviços e poder-se-á dizer que tem acesso aos cuidados de saúde. No entanto, o acesso efetivo aos cuidados de saúde dependerá também de eventuais barreiras à utilização apropriada de cuidados de saúde, sejam elas económicas, sociais, organizacionais ou culturais. A utilização apropriada é, por sua vez, instrumental relativamente à manutenção, garantia e melhoria do estado de saúde de cada um. Nesse sentido, o acesso aos cuidados de saúde é essencialmente uma questão de permitir o acesso das pessoas ao seu potencial de saúde e, conseqüentemente, deve ser analisado à luz das necessidades em saúde e dos contextos económicos e culturais dos diferentes grupos da sociedade. A equidade é dos mais importantes objetivos seguidos pelos sistemas de saúde modernos (Buss & Pellegrini Filho, 2007; Hosseinpoor *et al.*, 2015).

Para a OMS, todas as pessoas devem poder atingir o seu potencial máximo de saúde, sem que as circunstâncias económicas e sociais de cada um determinem a consecução desse objetivo. Assim, a equidade em saúde pode ser definida como a ausência de diferenças sistemáticas, e potencialmente evitáveis, em um ou mais aspetos da saúde, entre grupos populacionais caracterizados social, geográfica ou demograficamente. Neste contexto, um aspeto fundamental é o acesso a cuidados de saúde de qualidade em função das necessidades clínicas dos cidadãos (World Health Organization, 2010a).

Em Portugal, embora esta temática da garantia de equidade na saúde e no acesso aos cuidados de saúde esteja presente nos principais documentos de política de saúde em Portugal não se desenvolveu ainda uma estratégia coordenada destinada a promover a sua consecução. No âmbito da elaboração do Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 foi solicitada, numa perspetiva de melhoria da equidade em saúde, uma análise das



desigualdades no acesso aos cuidados de saúde sendo que, à luz da teoria, a pessoa mais doente não teria qualquer tipo de apoio (Pereira, 1989).

Segundo este autor a maximização da saúde representa um conceito que emergiu da Economia da Saúde, defendendo que uma distribuição será equitativa apenas se maximizar o potencial de saúde da comunidade. Neste conceito, a comunidade incorpora o sentido de justiça social e *fairness* e contribui ativamente para a redistribuição de recursos, de forma a maximizar o estado de saúde da comunidade.

Para avaliar a equidade é necessário comparar a saúde e os determinantes de saúde entre as diferentes classes socioeconómicas sendo importante para avaliar as políticas nacionais e internacionais que promovem a justiça social. Os governos devem implementar medidas que promovam a redução das disparidades sociais entre as classes socioeconómicas (Baum, 2007; Braveman & Gruskin, 2003b).

Num estudo realizado em 22 países europeus, as taxas de mortalidade para diversas doenças (cancro, obesidade, doenças cardiovasculares) são mais elevadas junto das classes socioeconómicas mais desfavorecidas (Mackenbach *et al.*, 2008).

A pobreza crescente a nível mundial e o aumento do fosso entre os ricos e pobres fazem com que a implementação de medidas sobre os determinantes sociais de saúde seja fulcral para promover a equidade em todas as vertentes da sociedade. Por exemplo, 20% dos mais pobres a nível mundial apresentam dez vezes mais probabilidade de falecer antes dos 14 anos do que a restante população (World Health Organization, 2010a).

De referir ainda que no relatório *The state of world's children* apresentado pela UNICEF em 2016 podemos salientar, por exemplo, o caso de Portugal como o quarto país europeu com a taxa de risco de pobreza mais elevada. Neste relatório foi também referido que esse risco de pobreza é mais acentuado nas crianças, com valores a rondar os 25%, enquanto nos adultos o risco de pobreza aproxima-se dos 18%<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Disponível em: [http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf) Consultado a 28 de outubro de 2016.

O financiamento dos sistemas de saúde interfere na forma como são prestados os cuidados, em que o combate às desigualdades em saúde deve ser um objetivo central nas políticas de saúde e dos governos europeus. Os sistemas de saúde que são financiados por contribuições públicas ou impostos, como o caso de Portugal, por exemplo, tentam promover valores de igualdade de acesso a cuidados para todos, o que pode fazer com que as pessoas com menor nível socioeconómico tenham igualdade de acesso aos cuidados de saúde (Barros & Gomes 2002).

Os sistemas de saúde são financiados exclusivamente pelo Estado (impostos/recursos públicos) ou fundos privados (copagamento, desembolsos diretos, etc.). Barros & Gomes (2002) referem que existem quatro formas de financiamento: impostos, contribuição para esquemas sociais de seguro, subscrições voluntárias de esquemas privados de seguro e pagamentos diretos dos doentes.

Or *et al* (2008) examinaram o impacto das características dos sistemas de saúde sobre as desigualdades sociais no uso de cuidados de saúde na Europa. Referem que o financiamento público pode aumentar a probabilidade dos utentes, com menor nível socioeconómico, de aceder aos cuidados de saúde, contribuindo assim para a redução das desigualdades em saúde. No entanto, um sistema de saúde universal não impede as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, uma vez que as disparidades em saúde estão presentes na maioria dos sistemas de saúde europeus.

Referindo-se novamente a Portugal, Guichard (2004) afirma que apesar do seu sistema de saúde ser universal, continuam a persistir as desigualdades de acesso aos cuidados de saúde, nomeadamente, na distribuição dos equipamentos médicos e profissionais de saúde.

A redução das desigualdades em saúde tem atualmente uma posição de relevo nas agendas de saúde governamentais, tendo aumentado nos últimos anos o interesse sobre o impacto dos determinantes socioeconómicos na saúde e a resposta do sistema de forma a garantir uma prestação de cuidados de acordo com as necessidades dos indivíduos. As desigualdades socioeconómicas em saúde avaliadas pela educação, rendimento e ocupação laboral são um problema grave da saúde pública a nível mundial (Kunst *et al.*, 2005).

Estas desigualdades são um desafio para os políticos responsáveis pela saúde a nível internacional mas no entanto é desconhecido em que medida essas desigualdades são modificáveis. Estes autores acrescentam que na Europa, as pessoas com menor escolaridade apresentam maiores taxas de mortalidade para todas as causas exceto para o cancro da mama (Mackenbach *et al.*, 2008).

Para Looper & Lafortune (2009) a associação entre as desigualdades no estatuto socioeconómico e as disparidades na saúde é persistente, colocando questões de iniquidade na saúde que deveriam ser evitadas.

Do ponto de vista de cada indivíduo, a necessidade situa-se ao nível dos cuidados de saúde. A sua satisfação depende das formas pelas quais os governos intervêm na sua provisão, no seu financiamento e na sua regulação. Na verdade, o mercado dos cuidados de saúde caracteriza-se por informação imperfeita e risco moral, o que claramente induz a existência de falhas no seu mecanismo de funcionamento (Casas-Zamora & Ibrahim, 2004).

Furtado & Pereira (2010) defendem que as iniquidades em saúde têm origem nas desigualdades sociais das populações, como é o caso das desigualdades na educação, no trabalho, ou no rendimento, por exemplo. Para além dos determinantes sociais existem ainda outros fatores que afetam o estado de saúde, tal como o acesso aos cuidados de saúde, os estilos de vida das populações ou as atitudes perante os serviços de saúde. A diminuição das desigualdades em saúde obtém-se atuando nos fatores determinantes, entre os quais o acesso aos cuidados de saúde. Ou seja, a equidade no acesso aos cuidados de saúde é apenas um dos fatores que promove a equidade no estado de saúde.

Como referem Furtado & Pereira (2010) dentro das características dos indivíduos que podem afetar a utilização dos cuidados de saúde, podemos distinguir os fatores de predisposição e os fatores capacitantes. Nos fatores de predisposição insere-se o nível educacional e cultural, a ocupação, a etnia, e as redes sociais e familiares. Por sua vez estes fatores influenciam as convicções em saúde (atitudes e valores perante a saúde e cuidados de saúde), as quais podem condicionar a subsequente perceção de necessidade e utilização de serviços de saúde. Ou seja, determinam o *empowerment* do indivíduo para utilizar os cuidados de saúde disponíveis.

Os mesmos autores acrescentam ainda que os determinantes sociais influenciam também a literacia e as atitudes perante os serviços de saúde, os quais podem condicionar a utilização dos cuidados de saúde. Ao nível do sistema de prestação de cuidados destacam-se fatores como a disponibilidade de recursos, os aspetos organizacionais, os custos e a qualidade do serviço prestado. De acordo com este enquadramento, as medidas destinadas a promover o acesso aos cuidados de saúde devem ser avaliadas não só pelo nível de serviços disponíveis, mas também pela capacitação do indivíduo.

Marmot *et al* (2008) defendem que as estratégias de redução da iniquidade e melhoria do acesso devem ser integradas em políticas e programas de desenvolvimento da saúde da população. Estes autores referem também que a dimensão social destas políticas deve ser sempre considerada, tal como hoje acontece com a idade e o género que são elementos fundamentais na definição de planos e estratégias de saúde. Os preceitos gerais usados na transformação de planos de saúde em ação devem também ser aplicados no desenvolvimento, implementação e avaliação de estratégias de redução da iniquidade em saúde.

### **2.3. Saúde em Portugal**

A saúde é um direito universal e fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade justa. Em termos éticos, a saúde apresenta um duplo valor moral, uma vez que é essencial para a vida e para a qualidade de vida (Chen & Berlinguer, 2001).

O “direito ao acesso aos cuidados de saúde só será garantido em pleno se não se verificarem desigualdades significativas entre as populações das diversas regiões do continente, ao nível do acesso” (Entidade Reguladora da Saúde, 2008, p. 11).

A saúde é um conceito abrangente que engloba o estado de saúde, os seus determinantes e intervenções na população mundial e que se sobrepõe aos interesses e perspetivas individuais dos países. Segundo a OMS, e como já referido anteriormente, a saúde consiste num “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença”<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Disponível em: <http://www.who.int/about/mission/en/> Consultado a 30 Outubro de 2015.

Em Portugal, desde 1979 como referido na Lei n.º 56/79 de 15 de setembro, o Estado português permitiu a salvaguarda do direito à proteção da saúde através da criação e instituição de uma rede de órgãos e serviços portadores de cuidados globais de saúde a toda a população, através da criação do SNS (Diário da República, 1.ª série, N.º 214, 15 de setembro de 1979). Até essa data, a prestação de cuidados de saúde era assegurada pelas famílias, instituições privadas e serviços médico-sociais da Previdência.

Após a sua criação, o SNS esteve em constante mutação devido, não só, a um conjunto de políticas governamentais, como também às partes envolventes da sua estrutura, os profissionais de saúde e os utentes. Com 37 anos, o SNS é formado por uma rede conjunta de instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde, acessível a toda a população e cujo financiamento é efetuado via impostos e permite a salvaguarda, por parte do Estado português, ao direito à proteção na saúde artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa (CRP) independentemente da condição económica e social (DGS, 2016).

O SNS, de acesso gratuito, estaria assim constituído por todos os cuidados integrados de saúde, envolvendo a promoção, prevenção e vigilância na saúde, o diagnóstico e tratamento dos utentes e também a reabilitação médica. Contudo existia a possibilidade da aplicação de taxas moderadoras para racionalizar a utilização dos serviços (DGS, 2016).

Em 1989, naquela que foi a 2.ª Revisão Constitucional, foi realizada uma alteração no artigo 64.º baseada no princípio da justiça social e racionalização dos recursos e estabeleceu-se que o direito à proteção da saúde é realizado pelo SNS de forma “universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”<sup>7</sup>.

Em 1990 foi aprovada a Lei de Bases da Saúde em que foi definido que “pela primeira vez, a proteção da saúde é perspectivada não só como um direito, mas também como uma responsabilidade conjunta dos cidadãos, da sociedade e do Estado, em liberdade de procura e de prestação de cuidados” (DGS, 2016). Nesta altura o Estado português passaria também a agir através de acordos com instituições privadas.

---

<sup>7</sup>Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/> Consultado a 15 de outubro de 2015.

Presentemente o SNS (que oferece uma cobertura universal e funciona sob a tutela do Ministério da Saúde), os subsistemas de saúde de determinadas profissões (que abrangem cerca de 25% da população) e os seguros privados de cerca de 10% dos indivíduos constituem o sistema de saúde em Portugal. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS) é a responsável pela administração de todos os serviços prestadores de cuidados de saúde independentemente do seu estatuto (Barros *et al.*, 2011).

O regime de prestação de assistência no estrangeiro aos beneficiários do SNS foi estabelecido em 1992. O Decreto-Lei n.º 177/92, de 13 de agosto, estabelecia o regime de assistência médica nas situações cujas carências tecnológicas ou humanas não o possibilitassem em território nacional português (DGS, 2016).

Foi só em 2014 que foram instituídas normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, com a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto (ANEXO II), que transpôs para a legislação 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.

Resumidamente, a Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto representa a possibilidade da procura de assistência médica noutro Estado Membro (EM) da UE, mediante uma autorização prévia (AP), se necessária, podendo não ser, em que o país de origem será responsável pelos custos totais ou parciais dos procedimentos (DGS, 2016). As características mais específicas desta Lei serão abordadas mais à frente neste trabalho.

Desde a sua constituição, o SNS tem sofrido algumas modificações paralelamente às evoluções económicas, sociais e tecnológicas. Atualmente, o país encontra-se submerso num clima de crise económica que tem penalizado o SNS, tanto os utentes como os profissionais de saúde. Em 2012, Portugal era um dos países da UE que mais gastava em saúde, correspondendo esses valores a aproximadamente 9,7 % do PIB<sup>8</sup>.

O clima de incerteza e instabilidade económica atualmente existente constitui uma ameaça séria à sustentabilidade do SNS e pode também condicionar o acesso dos utentes aos cuidados necessários. Além disso, “a imprudente ausência de medidas de controlo e

---

<sup>8</sup> Disponível em: [http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/c/cb/HEALTHCARE\\_EXPEN\\_DITURE.jpg](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/c/cb/HEALTHCARE_EXPEN_DITURE.jpg). Consultado a 15 de outubro de 2015.

de monitorização dos impactos da crise e das restrições a ela associadas, no domínio da saúde, representa um elemento fortemente perturbador na medição dos efeitos e na minoração das consequências sobre as pessoas” (Fernandes, 2013 p. 971).

Por um lado, perante estes factos e tendo em conta a situação atual, considera-se importante analisar o impacto da presente crise económico-social nas políticas de saúde e nos direitos dos utentes, além de averiguar se o direito à saúde, tal como previsto na CRP, está a ser salvaguardado. Por outro lado, decorrente da análise do impacto resultante desta possibilidade de aceder a cuidados de saúde noutro país da UE, permitimo-nos verificar de que forma alternativa os utentes podem reivindicar o seu direito aos cuidados de saúde e qual o nível de conhecimento que a população nacional e os próprios profissionais de saúde têm sobre esta possibilidade e respetiva aplicação.

## **2.4. Globalização da Saúde**

As organizações de saúde têm a obrigação de compreender as interdependências inerentes às suas cadeias de fornecimento, assim como de examinar as suas práticas na cadeia de suprimentos através de uma “lente” estratégica focada em saúde pública (Herrick, 2007).

A globalização é definida como um conjunto de transformações de ordem económica e política que possibilita a integração de países e pessoas. Está diretamente relacionada com o aumento da rapidez e facilidade das comunicações e dos transportes através de países e continentes (Carrera & Bridges, 2006).

Segundo Pocock & Phua (2011), a globalização da saúde é marcada por fluxos transfronteiriços, pelo crescente comércio internacional de produtos e serviços de saúde. Com efeito, no caso particular da saúde, a globalização tem proporcionado oportunidades para muitas instituições desenvolverem rapidamente os seus produtos e expandirem a sua rede de utentes. Mas paralelamente é também necessário perceber que existe uma série de importantes preocupações a ter com o sector económico e com a saúde pública (McNamara, 2015).

As perspetivas futuras para o bom fornecimento de serviços de saúde dependem, cada vez mais, dos processos de globalização e até mesmo do impacto das mudanças ambientais globais. O sector da saúde era um sistema mais fechado, mais centrado a nível

nacional. Contudo, atualmente, após uma transformação deste sector a nível económico e político, verificou-se um crescimento e uma globalização que resultam de fatores como a crescente mobilidade de profissionais de saúde, a privatização dos serviços de saúde, os seguros de saúde, o desenvolvimento tecnológico, entre outros fatores (World Health Organization, 2010b).

Todavia, a globalização económica tem vindo a ser controlada por um comércio desregulado e por um investimento, ele próprio com consequências que podem ser positivas ou negativas. Se por um lado, o crescimento económico e a disseminação de novas tecnologias reforçam amplamente a melhoria da expectativa de vida, por outro, existe um distanciamento maior entre ricos e pobres assim como se verifica o agravamento de determinado tipo de situações sociais e ambientais. A título de exemplo, a saúde pública tem vindo a ser afetada por fatores como a degradação dos solos, o esgotamento de aquíferos terrestres, a perda de biodiversidade, entre muitos outros fatores (McMichael & Beaglehole, 2000).

Nas últimas décadas, o crescimento do fluxo de utentes e de prestadores de cuidados de saúde conduziu a novos padrões de consumo e utilização dos recursos disponíveis (Lunt *et al.*, 2014).

Tal como em muitas outras etapas da evolução humana, também a globalização da saúde trouxe vantagens e desvantagens.

A livre circulação de bens e serviços, da tecnologia e do conhecimento destacou-se como uma vantagem considerável. Por outro lado, agentes infecciosos viajam muito mais facilmente, provocando um maior e mais rápido risco de contaminação e propagação à escala global (McMichael & Beaglehole, 2000).

A mudança de estilos de vida, a aumento do sedentarismo ou até mesmo a alteração dos alimentos com maior utilização de produtos embalados com aditivos pouco recomendáveis também constitui uma possível desvantagem. A título de exemplo, para referir Pang & Guindon, (2004), a obesidade é uma patologia que tem vindo a aumentar nos últimos anos.

A crescente procura por serviços de saúde é, cada vez mais, um fenómeno global. As próprias alterações demográficas como o envelhecimento da população, ou as



alterações epidemiológicas como o aumento de doenças crónicas são impulsionadores da procura de mais e de melhores serviços de saúde. Neste processo, os tempos de espera, a qualidade de serviço e o acréscimo de custos associados são alguns dos fatores que direcionam os consumidores na procura de alternativas além-fronteiras (Pocock & Phua 2011).

O TS é um dos fenómenos decorrentes da globalização da saúde e com consideráveis implicações, nomeadamente políticas, nas sociedades.

## **2.5. Turismo de Saúde**

Nos últimos anos, o interesse académico e profissional relativo ao TS tem vindo a crescer consideravelmente (Carrera, 2006; Keckley & Underwood, 2008a; Kumar *et al.*, 2012; Larocco & Pinchera, 2011).

### **2.5.1. Definição e considerações gerais**

Diversos autores têm vindo a pronunciar-se sobre este conceito, apresentando diferentes definições relativas ao TS ou turismo médico, como também é conhecido. Segundo a *American Medical Association* (2008), TS consiste em viagens previamente planeadas fora da jurisdição de saúde do utente, com a finalidade de melhorar ou restaurar a sua saúde, mediante qualquer tipo de assistência médica.

Segundo Keckley & Underwood (2008a), no *Survey of Health Care Consumers* o TS é definido como um conceito abrangente relativo à procura de tratamentos médicos, de recuperação ou de bem-estar, fora do território nacional. Por outro lado, Bookman & Bookman (2007) referem que as principais causas da procura de meios alternativos vão desde a redução de custos médicos, a procura de melhor qualidade de serviços e a fuga aos tempos de espera que, em caso de tratamentos urgentes, podem significar um risco de vida. Estes autores dividem esta forma de turismo em 3 categorias (tratamentos invasivos, diagnóstico e estilos de vida).

Este fenómeno desenvolve-se numa indústria que está em expansão e que consiste na prática de sair do país de origem, com a finalidade de receber tratamentos médicos e efetuar pagamento *out-of-pocket* (Adams *et al.*, 2013). O tipo de tratamentos procurados pode ir desde a procura de cuidados estéticos ou de bem-estar, passando por cirurgias

eletivas ou tratamentos obrigatórios em casos de patologias mais graves ou urgentes (Adams *et al.*, 2013; Bookman & Bookman, 2007; Nguyen, 2009).

Segundo Keckley & Underwood (2008b), este é um nicho de turismo recente com o rápido crescimento das deslocações internacionais na procura de cuidados médicos e que favorece não só as instituições que proporcionam estes tratamentos mas também a economia local e a indústria do turismo.

O elevado custo de certos tratamentos eletivos, as longas listas de espera e a facilitação da mobilidade internacional está a tornar mais apelativo a procura de tratamentos noutros países (Carrera & Bridges, 2006).

Acompanhando a evolução global tecnológica da medicina existem variadas opções de tratamentos na saúde em todo o mundo. Os utentes têm à sua disposição cada vez mais procedimentos obrigatórios ou eletivos desde a prevenção, manutenção ou triagem em saúde (Eissler & Casken, 2013).

A gestão eficiente dos recursos disponíveis cada vez mais escassos, para dar resposta a um volume crescente da procura de cuidados de saúde, não inverte a necessidade de um nível cada vez mais elevado de qualidade da prestação de cuidados de saúde, mesmo considerando que vivemos uma época de enormes desafios para os gestores dos sistemas de saúde e para os profissionais que neles trabalham (Herrick, 2007).

O fenómeno do TS assume, cada vez mais, uma maior relevância contudo, ainda existe um conhecimento científico e prático limitado no que se refere a esta temática.

Os utentes que se estão a deslocar do seu país para um outro para acederem a cuidados de saúde, podem não estar a ser adequadamente informados acerca da segurança e ética utilizada nas instituições que procuram (Freyer & Kim, 2014). A informação disponível é, por vezes, escassa ou tendenciosa. Existem por exemplo em alguns países agentes mediadores que são responsáveis por transmitir os riscos e benefícios de determinados tratamentos, em determinados sítios (Adams *et al.*, 2013; Penney *et al.*, 2011).

Para Hadi (2009), o TS não constitui um processo nem positivo nem negativo mas uma consequência natural da evolução contínua da sociedade, mais particularmente na área da prestação de cuidados de saúde.

### **2.5.2. História do Turismo de Saúde**

O conceito de TS não é um conceito novo. Contudo, tem adquirido recentemente um maior relevo na dinâmica das sociedades. Historicamente remonta a tempos muito longínquos e a civilizações como a grega ou romana. Alguns autores defendem que é um conceito tão antigo quanto a própria medicina (Hanefeld *et al.*, 2014; Leahy, 2008).

O TS envolve a mobilidade internacional de utentes na procura de tratamentos médicos mas também inclui a busca de tratamentos de corpo e mente com a finalidade de melhorar o seu bem-estar e saúde. Esta forma de procura de tratamentos médicos, que podem ser eletivos ou urgentes, começou por ser atribuída à movimentação de utentes de zonas mais desfavorecidas para países desenvolvidos com maior capacidade de oferta (Connell, 2011b).

O crescente fluxo de utentes e profissionais de saúde e melhoria da tecnologia médica originou novos padrões de consumo e produção de serviços nas últimas décadas (Crooks *et al.*, 2013; Lunt *et al.*, 2014).

Durante o século XIX, as classes médias europeias, baseadas nas crenças de qualidade de vida física e emocional, viajavam em busca de tratamentos de bem-estar. No século XX os indivíduos mais abastados das regiões menos desenvolvidas deslocavam-se para os países desenvolvidos em busca de melhores instalações, profissionais e tratamentos mais modernos. Contudo, atualmente, o fluxo de utentes sofreu uma reversão a nível qualitativo e quantitativo, passando a haver uma significativa procura desses serviços em países com custos mais baixos. Esta procura é impulsionada por tratamentos de baixo custo, deslocações mais baratas, fontes de informação mais abundantes e fidedignas e um investimento do sector privado em países subdesenvolvidos, na área da saúde, que conduziu a uma inversão do fluxo e a uma deslocação dos países desenvolvidos para os subdesenvolvidos, contrariamente às tendências do século XX (Herrick, 2007; Horowitz *et al.*, 2007; Lunt *et al.*, 2014).

Algumas ideias pré concebidas podem conduzir a uma relutância na procura de assistência médica em países subdesenvolvidos. Porém, o crescente aumento destas deslocações, agora motivadas não só pela escassez de recursos no país de origem, como também por motivos financeiros, assume uma maior importância nas políticas nacionais e internacionais (Horowitz & Rosensweig, 2007).

A terceirização de procedimentos médicos não é nova. A competição global está a emergir na área da prestação de cuidados de saúde e enquanto há alguns anos os EUA e a Europa foram basicamente os países procurados para prestação de cuidados, hoje esta procura alargou-se aos países menos desenvolvidos (Horowitz *et al.*, 2007; Leahy, 2008).

Este é um conceito que tem vindo a ganhar território na área da prestação de cuidados de saúde, tendo-se tornado cada vez mais aliciante, estando a aumentar anualmente.

A crescente necessidade de melhores cuidados de saúde, um aumento nos custos nos países europeus e nos EUA, têm sido fatores condicionantes no sentido do aumento da procura de tratamentos médicos fora dos países de origem e, conseqüentemente, um aumento na oferta de tais serviços (Horowitz *et al.*, 2007).

O Acordo Geral sobre Comércio de Serviços permite a livre circulação de bens e serviços, sob proteção da Organização Mundial do Comércio estando em vigor desde Janeiro de 1995. Este acordo foi fulcral para o crescimento e desenvolvimento da economia mundial e veio, de certa forma, agilizar a liberalização do comércio de serviços de saúde<sup>9</sup>.

Quais são então os benefícios e vantagens do turismo em saúde? Quais os motivos que levam as pessoas a procurar este tipo de alternativa? Estas são apenas duas das questões importantes a perceber entre as muitas questões que se podem colocar nesta área sobre Turismo de Saúde. Nesse sentido, exploremos a questão da motivação associada a essa procura, no sentido de melhor entender este fenómeno.

---

<sup>9</sup> Disponível em: [https://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/26-gats\\_01\\_e.htm](https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26-gats_01_e.htm). Consultado a 15 Outubro 2015.

### **2.5.3. Motivações e benefícios**

Os utentes estão cada vez mais atentos às possibilidades e aos benefícios de explorar o TS. Existe hoje um maior e melhor conhecimento das possíveis alternativas ao país de origem e das ofertas mais baratas, sem comprometer a qualidade essencial dos serviços prestados.

Restrições a tratamentos no país de origem, o aparecimento de novos tratamentos que não estão disponíveis no país, o elevado custo no país de origem, são exemplos de algumas das mais variadas motivações que originam uma procura de tratamentos no estrangeiro. Um fator principal é a não existência dos cuidados adequados nos países de origem ou a espera demasiado longa para o acesso aos determinados cuidados considerados imperativos para manutenção da saúde (Connell, 2011b, Masoud *et al.*, 2013).

Adicionalmente, em países sem SNS nem sempre os seguros cobrem um determinado procedimento e mais importante ainda é o facto de pessoas com possibilidades financeiras darem prioridade a um nível elevado de saúde e bem-estar sem preocupações com os gastos. Mais ainda, os custos de saúde nos países desenvolvidos têm aumentado consideravelmente e nem sempre é possível fazer face a esse tipo de despesas, considerando também o clima de crise económica que se arrasta há alguns anos, e que atinge nações em todo o mundo (Lunt *et al.*, 2013; Masoud *et al.*, 2013).

Avanços tecnológicos e novas descobertas em medicina tornam estas soluções atrativas quando as soluções oferecidas no país de origem não parecem promissoras ou são muito morosas (Masoud *et al.*, 2013).

Relativamente a deslocações, existem também cada vez mais oportunidades competitivas e preços muito aceitáveis nas deslocações para o estrangeiro. Existem inclusivamente agências de viagens com vertentes direcionadas para o TS e com criação de pacotes especializados. Os meios de comunicação internacional também estão cada vez mais facilitados neste sentido e é cada vez mais fácil o acesso a informação no exterior (Bookman & Bookman, 2007).

Por sua vez, no que se refere à situação dos seguros de saúde existem algumas limitações que condicionam uma procura alternativa. Em Portugal, a prestação de cuidados de saúde é assegurada na sua maioria pelo SNS que assegura o direito à proteção da saúde e também pelos seguros privados (Barros *et al.*, 2011). Contudo, as apólices nos seguros privados têm um determinado limite (*plafond*), o leque de tratamentos abrangidos está muitas vezes limitado, e as franquias a pagar poderão ser bastante elevadas. Também por este motivo há por vezes a procura de uma alternativa no estrangeiro (Connell, 2011a, Masoud *et al.*, 2013).

Atualmente existe uma grande variedade de tratamentos disponíveis, mas os mais procurados englobam cirurgia estética, cirurgia cardíaca, cirurgia ortopédica, transplantação de órgãos e tratamentos de estomatologia. Tratamentos na área da medicina reprodutiva também estão em crescendo na procura dos utentes, nomeadamente para barrigas de aluguer ou fertilizações *in vitro*. Para além das facilidades existentes na procura de cuidados de saúde transfronteiriços, existem também benefícios que conduzem a esta procura (McNamara, 2015; Wendt, 2009).

Um dos principais impulsionadores desta opção é o custo dos procedimentos. Dependendo do país de origem, comparativamente a outros países, existe uma oferta no exterior com preços mais competitivos nos procedimentos médicos. A título de exemplo, para a população dos EUA, existe uma poupança que oscila entre os 30% e os 80% dependendo do tipo de intervenção. Existe um grande mercado em países menos desenvolvidos com preços muito mais acessíveis (Feldstein, 2013).

Alguns autores defendem que, em conjunto com a preocupação com o bem-estar pessoal, o encargo financeiro é um dos principais fatores considerados pelos utentes. Em países como os EUA, os custos na saúde são muitos altos e o turismo médico está a ser considerado não só individualmente mas também por empregadores e seguradoras como uma forma de subsistência. Para responder a estas necessidades, existem cada vez mais países a criar e disponibilizar alternativas à população (Feldstein, 2013; Hanefeld *et al.*, 2014).

Apesar de uma grande diferença em termos de custos existe, simultaneamente, uma preocupação relativamente à qualidade dos serviços prestados. Muitas vezes um preço inferior é associado a qualidade inferior. Uma das razões que permite a muitos

países praticar preços mais baixos está intimamente relacionado com a situação económica de cada país e com a mão-de-obra bastante mais barata mas não necessariamente de nível inferior. Nos últimos anos, países com a Tailândia, Índia, Singapura, Malásia e Filipinas são muito procurados pelos utentes e têm à disponibilidade entre 20 a 40 unidades de saúde direcionadas para estas especificidades (Woodhead, 2013).

A expansão económica e demográfica na Ásia é a principal razão para o aumento de infraestruturas médicas no passado recente. Devido ao desenvolvimento tecnológico e médico, os serviços médicos são extremamente avançados (Woodhead, 2013).

Os tratamentos são muitas vezes mais acessíveis mas, na sua maior parte, são efetuados por profissionais de saúde de mais elevada competência, em centros específicos e com protocolos criados para este tipo de situações. Paralelamente, os profissionais envolvidos nestes procedimentos são certificados em países da Europa ou EUA e os centros médicos possuem creditações internacionais reconhecidas por instituições como a JCI (*Joint Commission International*) e ISO (*International Standards Organization*) (Youngman, 2015).

Outro motivo que leva a população à procura desta alternativa são as listas de espera no seu país, para determinados tratamentos ou cirurgias, e cuja espera pode significar um agravamento considerável do estado de saúde ou até mesmo um maior risco de vida. Nos centros que oferecem esta possibilidade estes utentes podem fazer parte da lista prioritária e ter acesso aos cuidados necessários num tempo útil muito mais reduzido (Woodhead, 2013).

Para finalizar, uma outra vantagem no TS, principalmente no que se refere à procura de tratamentos de bem-estar ou cirurgia estética, é a possibilidade de aceder a esses tratamentos com condições vantajosas mas, concomitantemente, ter oportunidade de viajar e conhecer outro país (Sarwar, Manaf, & Omar, 2012).

Considerando estas motivações e vantagens descritas anteriormente é possível afirmar que o TS poderá constituir uma alavanca financeira na manutenção de serviços de saúde mas também uma mais-valia na manutenção da qualidade de vida.

Até ao ano de 2011, no âmbito da assistência médica dentro da UE, os beneficiários do SNS tinham apenas a hipótese de recorrer a essa assistência, fora do território nacional, por via de Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social – Regulamento CE n.º 884/2004 e n.º 987/2009. Este procedimento engloba obrigatoriamente um pedido de AP para cuidados de saúde programados e a responsabilidade financeira dos serviços prestados é do SNS como definido no regulamento<sup>10</sup>.

Igualmente no ano de 2011 foi publicada a Diretiva pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho da União Europeia, relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços. Esta Diretiva procura facilitar a mobilidade dos cidadãos, no âmbito do acesso a cuidados de saúde de elevada qualidade, dentro da UE.

## **2.6. Diretiva 2011/24/UE**

Segundo Legido-Quigley (2011), a aceitação de uma nova Diretiva no que se refere aos cuidados de saúde entre países da UE poderia clarificar todos os intervenientes desde profissionais de saúde até aos utentes sobre a prestação de cuidados de saúde fora do seu país de origem. Já nessa altura, no início de 2011, era defendida uma tomada de posição e esclarecimento relativamente à mobilidade dos cidadãos em território da UE face à prestação de cuidados de saúde. Estava em debate pelo Parlamento Europeu e pelo Conselho de Saúde de Ministros a proposta de uma Diretiva relativamente à prestação de cuidados de saúde num país que não o de afiliação.

A importância de criar legislação clara sobre este tema ia ao encontro da crescente mobilidade e, até mesmo, ao interesse dos cidadãos na procura dos melhores cuidados de saúde.

Foi em Março de 2011 que a Diretiva, relativa à aplicação dos direitos dos doentes em cuidados de saúde transfronteiriços, foi oficialmente definida e apresentada. Estava assim estabelecido um enquadramento legal para o acesso a serviços de saúde dentro da UE e a cooperação mútua entre os países. Esta nova lei, para além de esclarecedora em termos de mobilidade dos cidadãos, estabelece direitos e atenta na qualidade e segurança dos serviços prestados (Peeters, 2012).

---

<sup>10</sup> Disponível em <http://diretiva.min-saude.pt/home-page-2/> consultado a 30 de Maio de 2015.



Comparativamente à situação anterior, e sem prejuízo dos benefícios já estabelecidos, esta peça legislativa trouxe alguns benefícios aos cidadãos, nomeadamente, um maior leque de escolhas ao envolver todos os prestadores de cuidados de saúde na UE, redução da burocracia neste processo de procura de assistência médica previamente planeada, informação facilitada aos utentes sobre, por exemplo, segurança e qualidade dos serviços e garantias processuais com direito a reclamação e reparação de danos (Comissão Europeia, 2013).

Esta Diretiva surgiu tendo como um dos objetivos principais o fornecimento de informação esclarecedora sobre os cuidados de saúde transfronteiriços referindo os direitos e deveres dos cidadãos dos EM e dos serviços prestadores de assistência médica.

Este documento tem como base os sistemas de saúde da UE como um todo e com níveis elevados de proteção, coesão e justiça social. Contudo, e apesar da sua existência e da consequente possibilidade dos utentes receberem cuidados de saúde fora do país de origem, os EM continuam a ser responsáveis pela prestação desses mesmos cuidados da mais alta qualidade, eficientes e em número suficiente aos cidadãos nacionais. Adicionalmente, a CE reforça também que este documento não deve constituir um incentivo à procura de cuidados de saúde transfronteiriços (JOUE n.º 88/45, de 4 de abril de 2011).

Apesar da crescente evolução da UE e da prestação de cuidados de saúde nesta zona, persiste ainda um nível elevado de desatenção e negligência, por parte dos utentes, face aos seus direitos e sobre como exercê-los dentro da UE. A diretiva não tem a pretensão de criar novos direitos mas sim de elucidar para os já existentes e estabelecidos anteriormente pelo Tribunal de Justiça Europeu. Define as regras pelas quais os utentes têm acesso a cuidados de saúde noutros países.

Esta nova lei amplia o campo de soluções e aumenta a liberdade de escolha para os cidadãos da UE. Por outro lado, pretende igualmente estreitar a cooperação entre os EM de acordo com o interesse dos utentes, além de ir ao encontro das suas expectativas e exigências. Estas novas regras contribuem com a sustentabilidade de cada SNS e protegem os direitos dos doentes.

Para permitir o acesso a toda esta informação foram estabelecidos pontos de contacto nacional (PCN) em cada país, que devem desempenhar um papel fundamental no esclarecimento da situação de cada um sobre o acesso aos cuidados e sobre o respetivo reembolso das despesas. Esta informação possibilita uma escolha mais fundamentada e mais assertiva por parte dos utentes.

Sem prejuízo de consagrar o princípio geral do direito ao reembolso, na Diretiva estão também patentes as situações que permitem ao EM de afiliação prever um sistema de AP para o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços. As autoridades nacionais têm 3 situações em que podem exigir essa autorização ao utente:

1. Cuidados de saúde que englobem internamento de uma noite no mínimo;
2. Cuidados de saúde altamente especializados e onerosos;
3. Casos graves e específicos relacionados com a segurança ou qualidade dos cuidados dispensados pelo prestador em causa.

Por outro lado, e relativamente ao acompanhamento médico dos utentes pós tratamentos, o país de origem tem a obrigação de assegurar esse acompanhamento, com a melhor qualidade possível, independentemente do EM de afiliação onde o utente efetuou os procedimentos anteriores.

Para finalizar, as receitas médicas também devem ser reconhecidas no país de residência e vice-versa.

Estes são os princípios da Diretiva e foi estabelecido um prazo de 30 meses, dado aos EM, para a sua transposição para o direito nacional, mas a realidade é que poucos o fizeram nesse período de tempo (Horgan, Byrne, & Brand, 2013).

O Comissário Europeu da Saúde *Tonio Borg*, a 25 de Outubro de 2013, destacou este feito como uma conquista teórica: “hoje é um dia muito importante para os pacientes de toda a UE”. Nesta altura, e findo o prazo de 2 anos e meio, todos os países deveriam ter esta peça legislativa criada, o que não aconteceu. (Comissão Europeia, 2015).

No caso de Portugal foi em 2014, com a Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto, que as normas de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços foram publicadas na ordem jurídica nacional portuguesa.

## **2.7. Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto**

A Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto “estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços” (Diário da República, 1ª série, N.º 162, p. 4434).

Um dos elementos fundamentais considerados pelo governo foi a salvaguarda do SNS assegurando, conjuntamente, o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços pelos mesmos beneficiários do SNS mas com “respeito pleno pelas competências nacionais no que se refere à definição da respetiva política de saúde, bem como à organização e prestação de cuidados de saúde, nos termos do n.º 7 do artigo 168.º do Tratado sobre o Funcionamento da UE”<sup>11</sup>

Nos princípios gerais é definido que os cuidados de saúde são prestados de acordo com os princípios de equidade, solidariedade e universalidade e que são reembolsados aos beneficiários nos termos da Lei.

Aos PCN compete a prestação e a facilitação de informações fidedignas sobre os cuidados de saúde e sobre os prestadores de serviços. Para além disto, devem também fornecer informação sobre normas clínicas, legislação em vigor, mecanismos de supervisão, direitos dos prestadores e dos utentes, mecanismos de impugnação e dados de PCN de outros EM de afiliação.

São igualmente definidos os deveres dos prestadores de cuidados de saúde como, por exemplo, facultar informação diretamente ao utente e o dever de tratamento não diferenciado ou discriminatório independentemente da nacionalidade do beneficiário.

Relativamente ao direito ao reembolso foi também estabelecido um procedimento para o seu pedido. É igualmente referido que este reembolso só se verifica em casos de tratamentos ou cuidados que o SNS deve garantir em Portugal. No caso de procedimentos

---

<sup>11</sup> Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+sau+de/discussão/cuidados+transfronteiricos.htm> Consultado a 20 de setembro de 2015.

não sujeitos a AP deve existir uma avaliação prévia por um médico do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde que determine a causa dos cuidados. Os custos são reembolsados até a um limite máximo, de acordo com as tabelas de preços aplicadas pelo SNS.

Os procedimentos sujeitos a AP estão definidos na Portaria n.º121/2014, de 25 de setembro (Figura 1).

ANEXO	
<p>Estão sujeitas a autorização prévia as situações clínicas que requeriram:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Diagnóstico e tratamento de patologias para as quais existam centros de referência reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde.</li><li>b) Internamento hospitalar, por cirurgia.</li><li>c) Internamento hospitalar que resulte em GDH com peso relativo igual ou superior a 2.0 de acordo com a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde.</li><li>d) Internamento em Unidades de cuidados intensivos.</li><li>e) Tratamento em Unidades especializadas de queimados.</li><li>f) Internamento em serviços, departamentos ou Hospitais de Psiquiatria e Saúde Mental, em psiquiatria forense.</li><li>g) Cirurgia de ambulatório que requeira a colocação de dispositivo médico previsto na codificação publicada pelo Infarmed, I. P., excetuando-se as situações de suturas cirúrgicas.</li><li>h) Cirurgia de ambulatório que resulte em GDH com peso relativo igual ou superior a 2.0 de acordo com a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde.</li><li>i) Procedimentos no âmbito da Cirurgia plástica e re-constructiva.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>j) Tratamentos farmacológicos ou com agentes ou produtos biológicos cujo encargo mensal seja superior a 1.500 euros.</li><li>k) Tratamento oncológico.</li><li>l) Tratamentos com imunossuppressores.</li><li>m) Radiocirurgia.</li><li>n) Transplantação e terapia celular.</li><li>o) Diálise renal.</li><li>p) Litotricia renal.</li><li>q) Tratamento de incapacidade que necessite para a sua correção de cadeira de rodas motorizada, próteses de membro superior ou inferior com exceção de prótese parcial de mão ou pé, aparelho auditivo ou bitutores.</li><li>r) Análises genéticas, incluindo farmacogenética e farmacogenómica.</li><li>s) Procriação Medicamente Assistida.</li><li>t) PET Tomografia por Emissão de Positrões, Câmara gama, Tomografia Computorizada, Câmara gama — TC  Câmara gama com Tomografia Computorizada, PET — TC Tomografia por Emissão de Positrões com Tomografia Computorizada, PET — RM Tomografia por Emissão de Positrões com Ressonância Magnética, SPECT Tomografia Computadorizada por Emissão de Fotões Simples.</li><li>u) Ressonância magnética.</li><li>v) Câmara hiperbárica.</li></ul>

**Figura 1. Cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia definidos na Portaria n.º 121/2014, de 25 de setembro (Diário da República, 1.ª série — N.º 185 — 25 de setembro de 2014).**

Os requerimentos para AP podem ser efetuados através do portal do utente, numa unidade hospitalar na área de residência ou em unidades competentes nas regiões autónomas. Após este requerimento está estabelecido um prazo de 20 dias úteis para avaliação da informação clínica, “tendo em consideração situações comprovadas de maior urgência clínica” (Diário da República, 1ª série, N.º 162, p. 4438).

Posteriormente, esta avaliação clínica é remetida à Administração Central do Sistema de Saúde que, por sua vez, tem um prazo de 15 dias úteis para emitir um parecer.

Caso o parecer seja favorável o utente pode avançar com o processo. Em caso de parecer negativo o utente pode também recorrer dessa decisão e saber quais os motivos que conduziram a uma recusa do Estado português à autorização de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços ao abrigo da Lei n.º52/2014.

Pouco tempo passou desde a implementação da Lei n.º52/2014. Contudo, a CE considerou importante avaliar o impacto da Diretiva e respetiva implementação nos EM.

De acordo com um memorando apresentado pela CE em Outubro de 2013, relativamente à escala dos cuidados de saúde transfronteiriços, essa procura representava apenas cerca de 1% da despesa pública com cuidados de saúde e nesta estimativa estariam incluídos atos de urgência não planeados. Ou seja, a despesa com assistência médica, previamente planeada, fora do país de origem era inferior a 1% (Comissão Europeia, 2013).

Em 2015 esta mesma instituição apresentou um relatório sobre a aplicação desta nova lei nos EM. Este relatório apresenta um ponto da situação relativo ao ano de 2014 e inclui informação sobre o fluxo de doentes, a AP, os reembolsos, a dimensão financeira da mobilidade dos doentes, o funcionamento das redes europeias de referência e sobre os pontos de contacto nacional (Comissão Europeia, 2015).

## **2.8. Relatório da Comissão Europeia ao Parlamento Europeu e ao Conselho da União Europeia**

### **2.8.1. Ponto de situação da transposição**

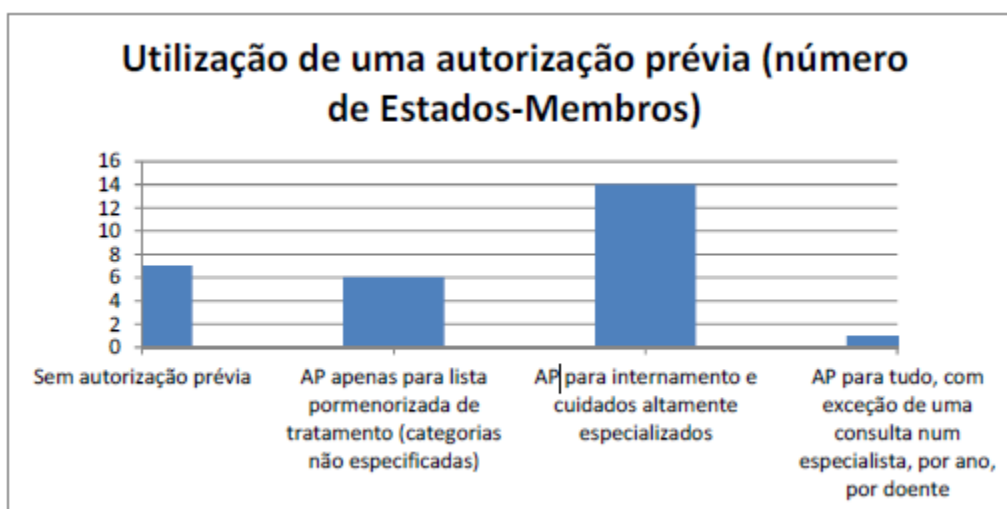
O prazo de transposição da Diretiva era 25 de Outubro de 2013 e 26 EM receberam, após esta data, processos de incumprimento. Em julho de 2015 quatro desses processos continuavam ainda ativos mas eram apenas referentes à integralidade das medidas de transposição.

### **2.8.2. Mobilidade dos doentes**

#### **Autorização prévia**

Segundo a Diretiva, os países poderiam requerer este tipo de autorização para determinados procedimentos (já mencionados anteriormente). Referem igualmente que estas autorizações devem ser proporcionais ao objetivo a alcançar e não constituir um método de entrave à livre circulação de doentes e ainda que cada país deveria publicar esses procedimentos.

De seguida são apresentadas as opções dos EM relativamente à utilização de uma AP (Figura 2).



**Figura 2. Utilização de uma AP (Comissão Europeia 2015).**

Verifica-se que 14 países utilizaram os critérios sugeridos na Diretiva, 7 não exigem qualquer tipo de AP, 6 exigem AP apenas para uma lista pormenorizada de tratamentos e 1 país exige AP para tudo.

Relativamente aos cuidados especializados, apenas 9 dos 14 EM, incluindo Portugal, os definiram na respetiva legislação nacional.

### **Reembolso e administração**

Ao transpor a Diretiva para legislação nacional os EM poderiam limitar as normas de reembolso por razões “imperiosas”, artigo 7.º, n.º9. No entanto ficou definido que essas limitações não deveriam constituir um meio de “discriminação arbitrária ou entrave injustificado à livre circulação” artigo 7.º, n.º11. No caso de qualquer decisão de introduzir restrições, os EM deveriam notificar a CE (JOUE n.º 88/45, de 4 de abril de 2011, p. 58).

A CE sublinha não ter sido notificada especificamente neste intuito mas que a transposição de alguns EM pode ser considerada uma limitação ao reembolso. Por exemplo, refere que 4 EM exigem aos utentes uma tradução juramentada das faturas.

### **Fluxo de doentes**

Os EM foram convidados a participar na recolha de dados tendo 26 EM cedido dados relativos ao ano de 2014.

Foi possível constatar que o fluxo de doentes foi consideravelmente baixo. Num total de 21 EM com sistemas de AP, apenas 17 reportaram dados sobre esses pedidos. Totalizaram 560 pedidos dos quais 360 foram concedidos. Nesses 17 países, 2 não aceitaram ou recusaram qualquer pedido, 2 comunicaram apenas 1 pedido cada e apenas 2 registaram mais de 100 pedidos cada.

Para tratamentos sem AP, apenas a Finlândia, a França e o Luxemburgo registaram um fluxo considerável (cerca de 17100, 422600 e 117900 reembolsos, respetivamente). Contudo, estes reembolsos englobam os reembolsos através da Diretiva e também aqueles através dos Regulamentos da Segurança Social.

No que se refere a reembolsos exclusivos nos termos da Diretiva ocorreram 39826 dos quais cerca de 31000 pertenceram à Dinamarca. Por sua vez, outros 4 EM totalizaram mais de 1000 reembolsos, enquanto 14 ficaram abaixo dos 100 reembolsos.

Esta análise dos pedidos de autorização e dos reembolsos também permitiu concluir que 85% dos pedidos de reembolso são concedidos e, por conseguinte, este baixo fluxo de utentes deveu-se ao número reduzido de pedidos de autorização. Este facto poderá dever-se ao carácter recente da Diretiva e sua transposição para o direito nacional nos EM. Contudo, em 2013, e relativamente aos pedidos de autorização para assistência médica planeada, ao abrigo dos Regulamentos da Segurança Social referentes a 22 países, apenas foram registados cerca de 30100 pedidos.

### **2.8.3. Pontos de Contacto Nacional e Informação aos doentes**

Existem diferenças significativas nos canais de comunicação disponibilizados pelos EM e seus PCN (Figura 3).

Verificou-se também uma grande diferença na atividade em cada país, e apenas 2 dos 9 PCN inquiridos tinham mais de 100 contactos mensais.

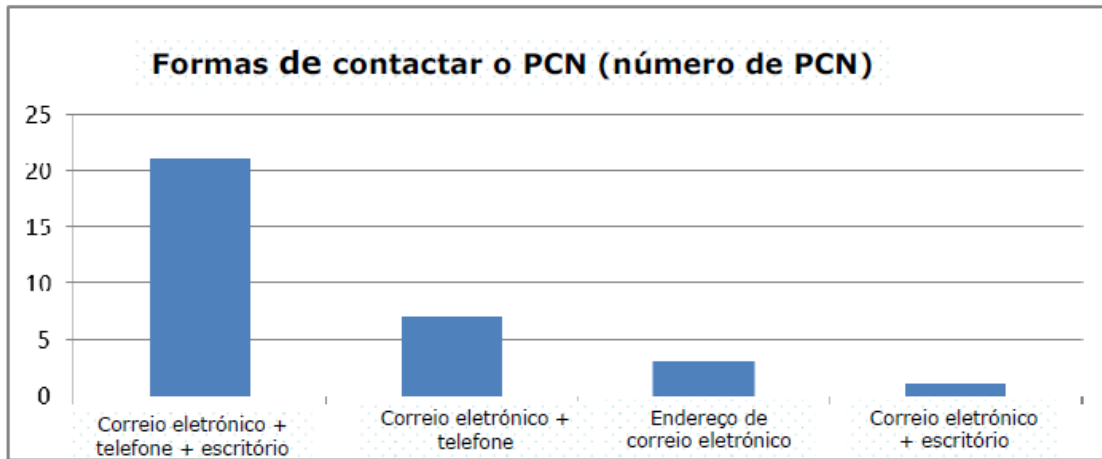


Figura 3. Canais de comunicação dos PCN (Comissão Europeia 2015).

Segundo dados apresentados neste relatório, o fraco conhecimento dos cidadãos da UE, relativamente a estes assuntos, pode também justificar estes valores. Apenas 2 em cada 10 indivíduos consideram estar informados sobre os reembolsos em cuidados de saúde transfronteiriços (Figura 4) e somente 1 em cada 10 tem conhecimento da existência de PCN (Figura 5).

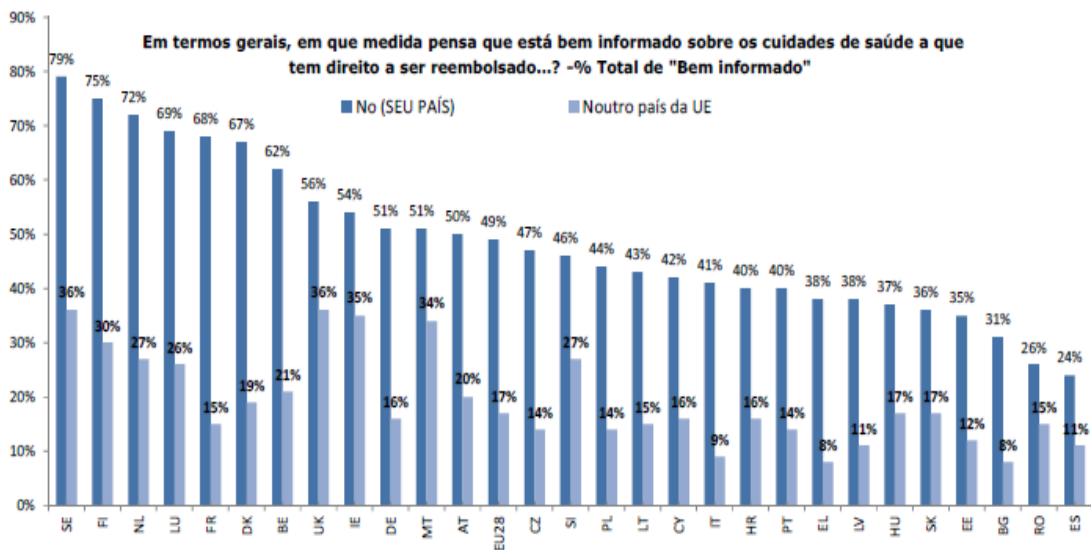


Figura 4. Conhecimento dos cidadãos em matéria de reembolsos (Comissão Europeia 2015).



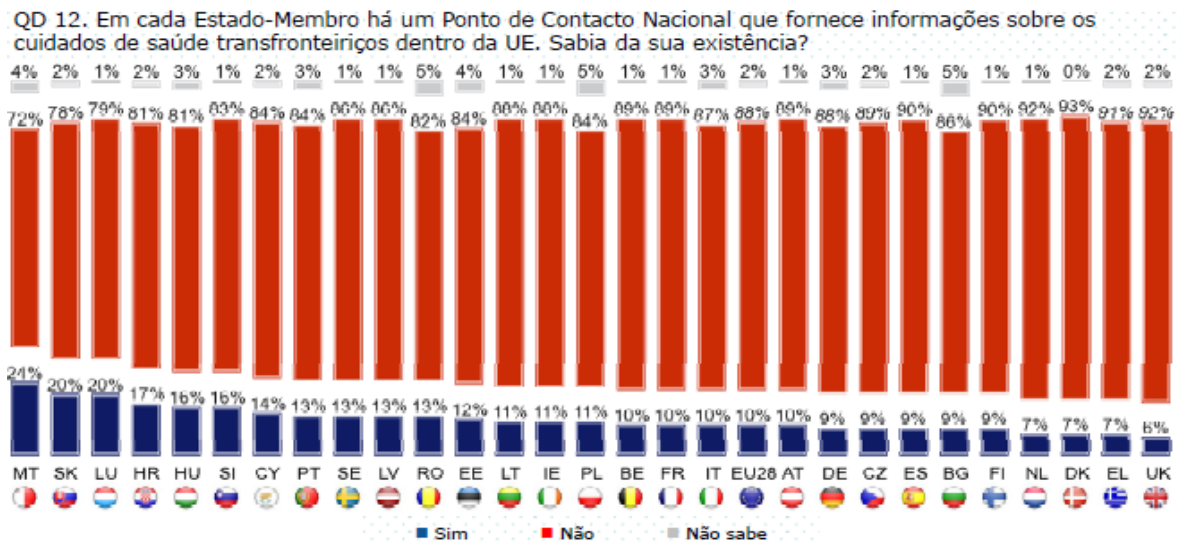


Figura 5. Conhecimento dos cidadãos acerca da existência dos PCN (Comissão Europeia 2015).

#### 2.8.4. Conclusão do Relatório

A mobilidade dos doentes para cuidados de saúde previamente planeados continua a ser muito baixa quer ao abrigo da Diretiva, quer ao abrigo dos Regulamentos relativos à Segurança Social. Países referidos anteriormente como França, Finlândia, Dinamarca e Luxemburgo são os únicos que apresentavam dados significativos.

Uma das explicações desta fraca mobilidade pode, eventualmente, estar relacionada com a transposição tardia da Diretiva para as legislações nacionais. Por outro lado, existe também um conhecimento muito reduzido da população relativamente aos sistemas de reembolso. Apesar de alguns EM produzirem esforços consideráveis na aplicação da Diretiva, persiste ainda um número significativo de EM com barreiras ao fluxo de utentes com sistemas de AP pouco esclarecedores, tarifas de reembolso inferiores às utilizadas nos países de origem e burocracias prolongadas.



### **3. METODOLOGIA**

Tendo como ponto de partida o enquadramento teórico anterior e a evidência do fraco conhecimento da população da UE face à temática dos cuidados de saúde transfronteiriços, foi efetuada uma abordagem estatística em que se pretende avaliar o nível de conhecimento relativamente à Lei n.º52/2014 e da disponibilidade dos utentes e profissionais de saúde, em termos da sua intenção de a utilizar quer no presente quer no futuro.

Este estudo é efetuado exclusivamente no British Hospital XXI (BHXXI) e as conclusões devem ter em conta exatamente esta limitação que está relacionada com os recursos que o investigador pode disponibilizar para o presente estudo.

Seguidamente serão descritos os objetivos desta investigação, definido o universo, a amostra e definidas as hipóteses para estudo. Será depois efetuada a caracterização da população e amostra e feita uma exposição das metodologias e instrumentos utilizados na recolha de dados.

#### **3.1. Objetivos**

O objetivo principal desta análise é avaliar o nível de conhecimento e qual a intenção de utilização dos cuidados de saúde transfronteiriços, por parte dos utentes que procuraram o BHXXI para a prestação de cuidados de saúde e dos profissionais de saúde do referido hospital, ao abrigo da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto.

Pretende-se também verificar se existe uma diferença no conhecimento e utilização da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto entre os utentes e os profissionais de saúde.

As conclusões não podem ser extrapoladas para a população portuguesa em geral. De qualquer forma, este estudo permite tirar conclusões para situações específicas.

Foram definidas como hipóteses de estudo que:

- ✓ Os profissionais de saúde e utentes do BHXXI têm um bom conhecimento da Lei n.º52/2014, e admitem recorrer à sua utilização;
- ✓ Existem diferenças no conhecimento da Lei n.º52/2014 entre profissionais de saúde e utentes.

- ✓ Existem diferenças no conhecimento da Lei n.º52/2014 entre as diversas categorias dos profissionais de saúde.

### **3.2. Universo e amostra**

A população alvo do presente estudo foi constituída por utentes e profissionais de saúde do British Hospital XXI (BHXXI), unidade hospitalar do Serviço Privado de Saúde (SPS) em Portugal e localizada na área metropolitana de Lisboa.

Através de um processo de amostragem por conveniência, foram constituídas duas amostras iniciais com 370 utentes e 152 profissionais de saúde.

Para evitar sobreposição de dados, e para satisfazer um dos objetivos desta investigação, verificar se existe uma diferença no conhecimento da Lei n.º52/2014, entre os profissionais de saúde e os utentes, como será mencionado mais à frente, foram, para efeitos desta investigação, considerados utentes os indivíduos que estão a usufruir de assistência médica na unidade hospitalar em causa, mas que não exercem atividade profissional na área da saúde. Assim sendo, considerando como critério de exclusão, para os utentes, o caso de exercerem funções na área da saúde, 23 dos questionários dos utentes foram excluídos, tendo a amostra final ficado reduzida a 347 utentes e 152 profissionais.

### **3.3. Instrumento, método e recolha de dados**

O instrumento selecionado para a recolha de dados para a análise pretendida foi um questionário.

Não existiam questionários disponíveis na literatura ou outras investigações anteriores, relacionados com este tema, que pudessem ser utilizados ou até mesmo servirem de molde para este estudo. Assim sendo, o questionário foi criado de base para a presente investigação e foi criado com intenção de ter respostas simples e rápidas.

Este questionário foi dividido em 3 secções. A primeira engloba as características sociodemográficas da amostra, a segunda é constituída por perguntas relativas à procura e satisfação com o SNS vs SPS e também algumas perguntas sobre o TS. A terceira e última parte do questionário está acompanhada de uma breve descrição da Lei n.º52/2014 de 25 de agosto e, após esse breve sumário, são colocadas algumas questões sobre o conhecimento e disponibilidade dos inquiridos em relação à referida Lei.

Nos questionários distribuídos aos utentes existem apenas duas perguntas adicionais. Uma questão sobre o motivo que os trouxe ao BHXXI e outra se, considerando esse mesmo motivo, tinham procurado previamente assistência médica no SNS.

Durante o processo de elaboração dos inquéritos foram efetuadas pequenas alterações e, antes da distribuição final e recolha de dados, realizou-se um pré-teste a uma pequena amostra. Como não foram verificadas dúvidas nestes inquiridos, não foram efetuadas alterações adicionais e estes questionários foram o instrumento final utilizado neste estudo (ANEXOS III e IV).

De referir que inicialmente foi realizado um pedido de consentimento formal, ao Conselho de Administração do BHXXI, para a distribuição destes questionários e, após uma resposta positiva (ANEXO V), iniciou-se o processo de recolha de dados, num período de aproximadamente duas semanas, como autorizado pela administração hospitalar, entre 10 e 21 de Outubro de 2016.

O tratamento de dados obtidos através dos questionários foi realizado no programa *IBM SPSS Statistics 23*.



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Inicialmente são apresentados os dados mais relevantes da caracterização sociodemográfica das amostras e posteriormente os dados relativos às Partes II e III do questionário.

Relativamente ao género, no caso dos profissionais de saúde temos 62,5 % do sexo feminino e 37,5% do sexo masculino, no caso dos utentes, 60,6% do sexo feminino e 39,4% do sexo masculino (Figura 6).

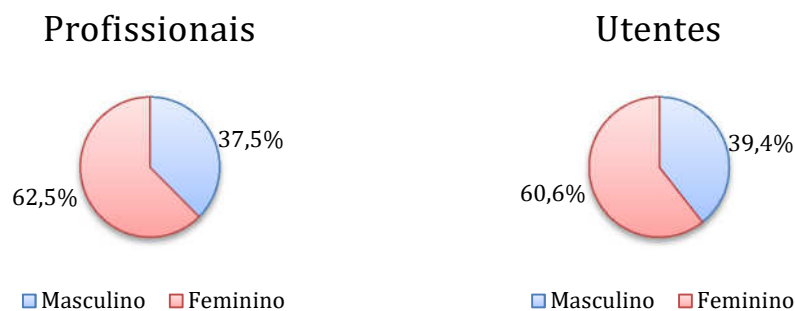


Figura 6. Distribuição por género.

No que se refere à variável “idade”, foi analisada por grupos etários. É possível observar que quer os profissionais de saúde, quer os utentes desta unidade de saúde encontram-se, na sua maioria (cerca de 75%), entre os 31 e os 60 anos de idade (Figura 7).

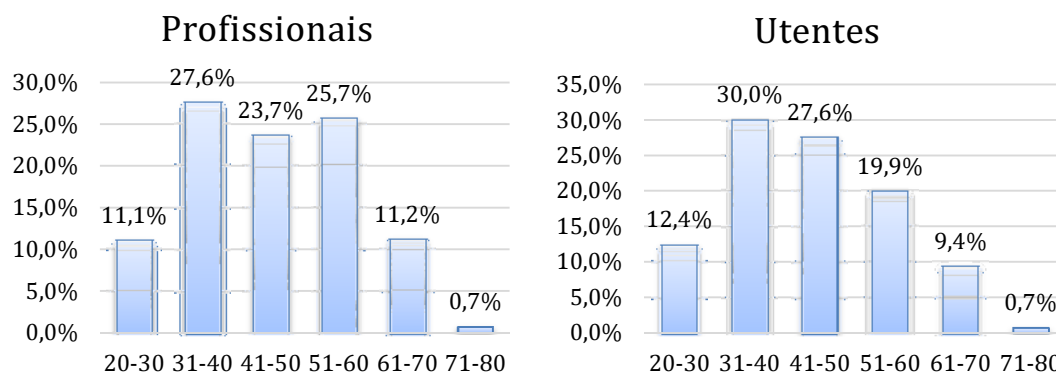
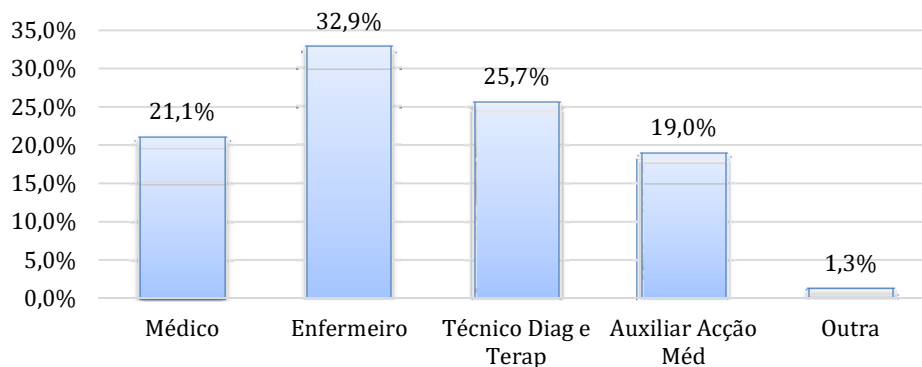


Figura 7. Distribuição por grupos etários.

Na amostra dos profissionais de saúde, a distribuição pelas categorias profissionais mostra uma maior percentagem de profissionais na categoria dos

enfermeiros com 32,9% dos inquiridos. Os restantes grupos têm percentagens que variam entre os 19% de auxiliares de ação médica, os 21,1% de médicos e os 25,7% de técnicos de diagnóstico e terapêutica; com exceção da categoria “outra” que inclui 2 profissionais na área das ciências farmacêuticas que é apenas 1,3% (Figura 8).



**Figura 8. Distribuição por grupos profissionais.**

De seguida, serão apresentados os dados referentes à Parte II dos questionários.

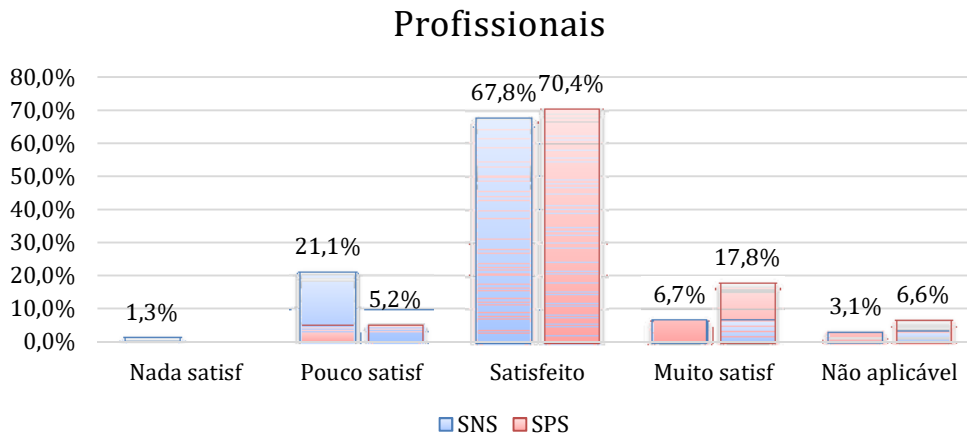
As duas primeiras questões desta segunda parte do questionário eram sobre a satisfação dos inquiridos com o SNS e SPS (Figura 9).

<b>1. Até à presente data, qual o seu nível de satisfação com a assistência médica no Serviço Nacional de Saúde?</b>				
<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	<input type="checkbox"/> Não aplicável
<b>2. Até à presente data, qual o seu nível de satisfação com a assistência nos Serviços de Saúde Privados?</b>				
<input type="checkbox"/> Nada satisfeito	<input type="checkbox"/> Pouco satisfeito	<input type="checkbox"/> Satisfeito	<input type="checkbox"/> Muito satisfeito	<input type="checkbox"/> Não aplicável

**Figura 9**

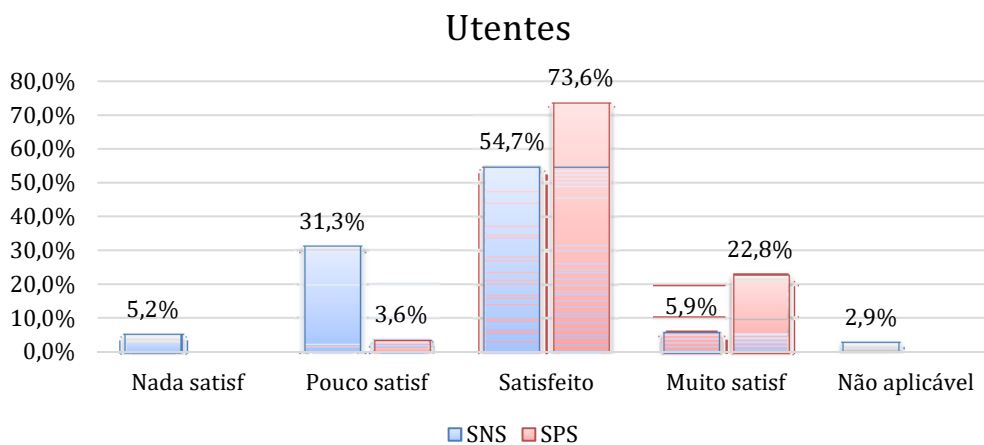
Relativamente ao nível de satisfação 67,8% dos profissionais de saúde estão satisfeitos e 21,1% estão pouco satisfeitos com o SNS. Por outro lado, 70,4% desses profissionais estão satisfeitos e 17,8% estão muito satisfeitos com o SPS (Figura 10).





**Figura 10. Satisfação com o Serviço Nacional de Saúde e Serviço Privado de Saúde.**

No caso dos utentes, 73,6% estão satisfeitos e 22,8% estão muito satisfeitos, com o SPS. Por outro lado, 54,7% estão satisfeitos e 31,3% estão pouco satisfeitos com o SNS (Figura 11).



**Figura 11. Satisfação com o Serviço Nacional de Saúde e Serviço Privado de Saúde.**

Perante estes valores e através dos testes de *Mann-Whitney* foi testado se a distribuição do nível de satisfação com o SNS é igual entre o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos utentes. Foi igualmente testado se a distribuição do nível de satisfação com o SPS é igual entre o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos utentes (ANEXO VI).

Concluiu-se que existe evidência estatística em como a distribuição do nível de satisfação com o SNS não é igual entre o grupo dos utentes e o grupo dos profissionais de saúde (sig <0,05) (ANEXO VI).

Por outro lado, concluiu-se que existe evidência estatística em como a distribuição do grau de satisfação com o SPS é igual entre o grupo dos utentes e o grupo dos profissionais de saúde (sig >0,05) (ANEXO VI).

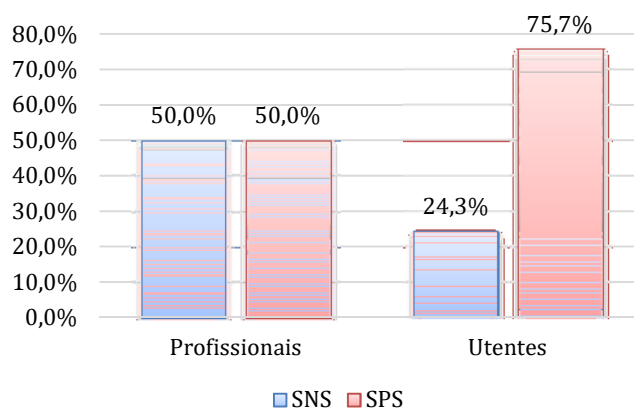
De seguida os indivíduos da amostra foram questionados sobre os serviços de saúde utilizam preferencialmente (Figura 12).

**3. Recorre mais ao Serviço Nacional de Saúde ou ao Serviço Privado?**

- Serviço Nacional de Saúde     Serviço Privado

**Figura 12**

Foi possível constatar que entre os profissionais de saúde, 50% admitem recorrer mais ao SNS e os outros 50% admitem recorrer mais ao SPS. No caso particular dos utentes existe uma diferença acentuada com 24,3% que admitem recorrer mais ao SNS e os restantes 75,7% que admitem recorrer mais ao SPS (Figura 13).



**Figura 13. Recorre mais ao SNS/SP.**

Adicionalmente, e no seguimento da questão anterior, os indivíduos de ambas as amostras que referiram recorrer mais ao SPS, foram inquiridos sobre o motivo pelo qual fazem essa escolha (Figura 14).

**4. Se respondeu Serviço Privado, porque motivo? Pode escolher mais que uma opção.**

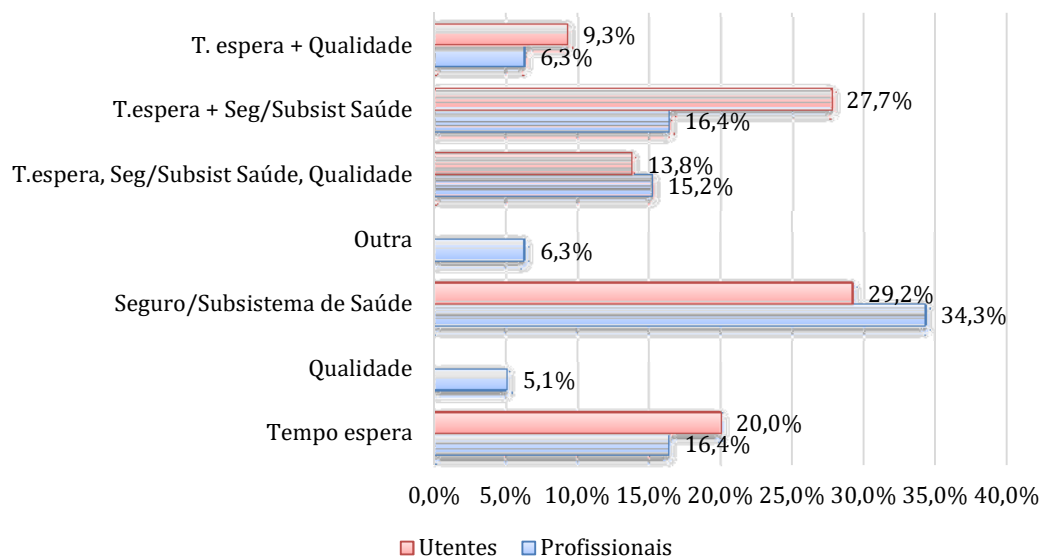
- Tempo de espera mais curto     Qualidade do atendimento  
 Seguro de saúde ou outro subsistema de saúde (ADSE, SAD\_PSP, ADM ou outro)  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**Figura 14**

Foi possível observar que, no caso dos profissionais de saúde 34,3% escolheram preferencialmente o SPS por terem seguro/subsistema de saúde, 16,4% por terem seguro/subsistema de saúde e pelo tempo de espera em conjunto e 15,2% pelo tempo de espera, pelo seguro/subsistema de saúde e pela qualidade de serviço em conjunto.

No caso dos utentes, 29,2% optaram preferencialmente pelo SPS por terem seguro/subsistema de saúde, 27,7% pelo tempo de espera em conjunto com o seguro/subsistema de saúde e 20% pelo tempo de espera.

Considerando estes valores percentuais, foi possível constatar que os profissionais de saúde optam pelo SPS maioritariamente por terem seguro/subsistema de saúde e pelo tempo de espera mas consideram também a qualidade dos serviços prestados como um fator importante. No caso dos utentes, o seguro/subsistema de saúde e o tempo de espera são os principais impulsionadores desta procura. (Figura 15).



**Figura 15. Motivo que conduz à procura do Serviço Privado de Saúde.**

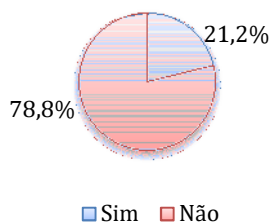
Aos utentes, foi adicionalmente perguntado se, considerando o motivo que os levou ao British Hospital XXI, tinham recorrido anteriormente ao SNS (Figura 16).

**4. Considerando o motivo que o trouxe a esta unidade de saúde privada, recorreu primeiramente ao Serviço Nacional de Saúde antes de se dirigir a esta instituição?**

Sim     Não

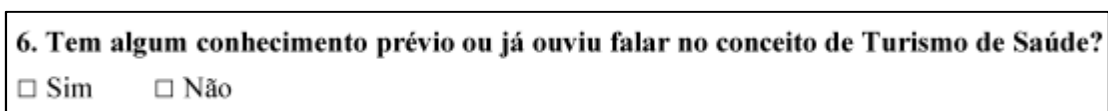
**Figura 16**

A esta questão 21,2% dos inquiridos responderam que sim, que tinham procurado anteriormente o SNS e os restantes 78,8% responderam que não tinham recorrido previamente ao SNS (Figura 17).



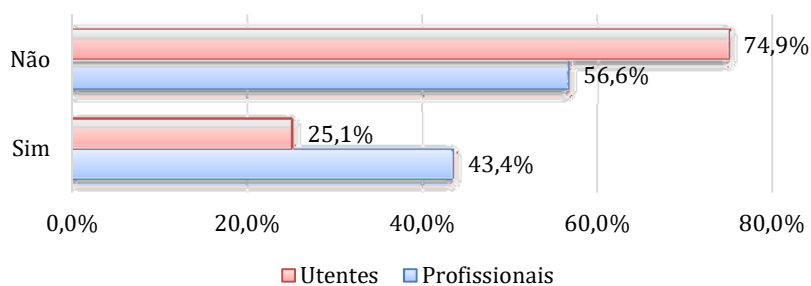
**Figura 17. Recorreu anteriormente ao Serviço Nacional de Saúde.**

Posteriormente os indivíduos foram inquiridos sobre o conhecimento do conceito de Turismo de Saúde (Figura 18).



**Figura 18**

No grupo dos profissionais de saúde, 43,4% referiram que sim, que tinham conhecimento do conceito de TS e no grupo dos utentes apenas 25,1% referiram que já tinham um conhecimento prévio do conceito. (Figura 19).



**Figura 19. Conhecimento prévio de Turismo de Saúde.**

Estes valores, de forma mais marcada nos utentes, mostram um fraco conhecimento por parte dos elementos de ambas as amostras em relação a este conceito. Apesar dos valores percentuais serem mais elevados nos profissionais de saúde com 43,4% a referirem que tem conhecimento do conceito de TS, este valor engloba menos de metade dos profissionais de saúde desta amostra.

Através da medida de associação “Coeficiente *V de Cramer*” tentou verificar-se a existência de relação entre a variável “utente/profissional de saúde” e a variável “ter conhecimento de TS” (ANEXO VII).

Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa (sig <0,05) entre o conhecimento do conceito de TS e profissionais de saúde/utentes. Contudo, a associação entre as variáveis é fraca (*V de Cramer* =0,205) (ANEXO VII).

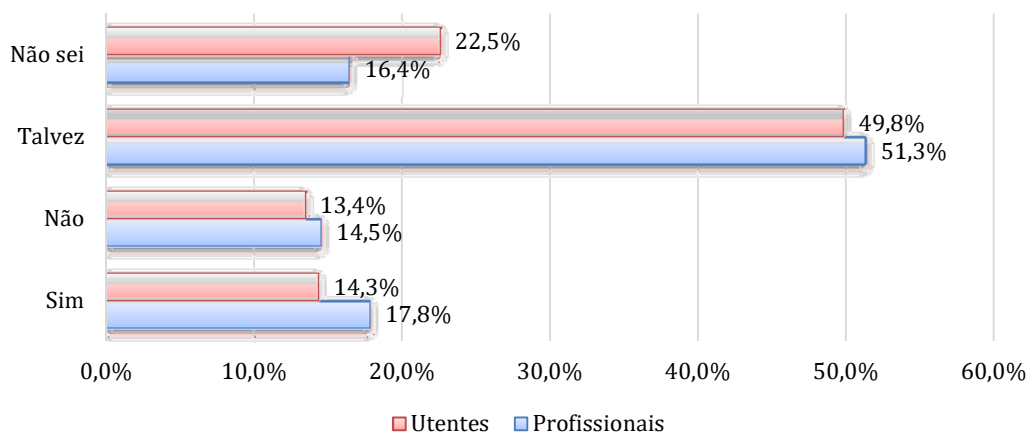
Estes dados vão ao encontro de algumas referências literárias na área. A título de exemplo, para Hanefeld *et al* (2014), o entendimento da população em geral sobre a deslocação de cidadãos na procura de tratamentos médicos é fraco. Segundo estes autores, nas deslocações para a procura de cuidados de saúde, pouco é conhecido sobre o motivo pelo qual alguns utentes viajam e sobre o destino escolhido. Paralelamente, referem também que muitas das estatísticas sobre a prestação de cuidados de saúde fora do país de origem estão relacionadas com assistência médica de carácter urgente e não previamente planeada.

A questão seguinte envolvia a hipótese dos inquiridos não conseguirem uma resposta adequada nos serviços de saúde em Portugal. Caso isso acontecesse se, eventualmente, ponderavam recorrer a assistência médica fora do país (Figura 20).

**7. Caso não consiga uma resposta adequada em Portugal, quer no serviço público quer no serviço privado de saúde, pondera recorrer a algum tipo de assistência médica no estrangeiro?**  
 Sim     Não     Talvez     Não sei

**Figura 20**

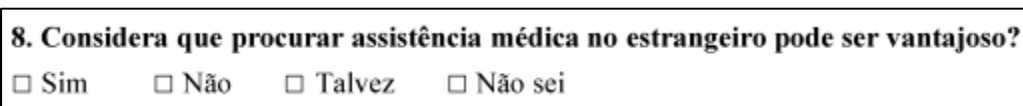
Apenas 17,8% dos profissionais de saúde e 14,3% dos utentes responderam “sim”. Há um manifesto padrão de incerteza nas respostas dos inquiridos com 51,3% dos profissionais de saúde e 49,8% dos utentes a responderem que talvez optassem por essa via e 16,4% dos profissionais de saúde e 22,5% dos utentes a referirem que não sabem se o fariam (Figura 21).



**Figura 21. Caso não tenha resposta adequada em Portugal, pondera recorrer a assistência médica no estrangeiro.**

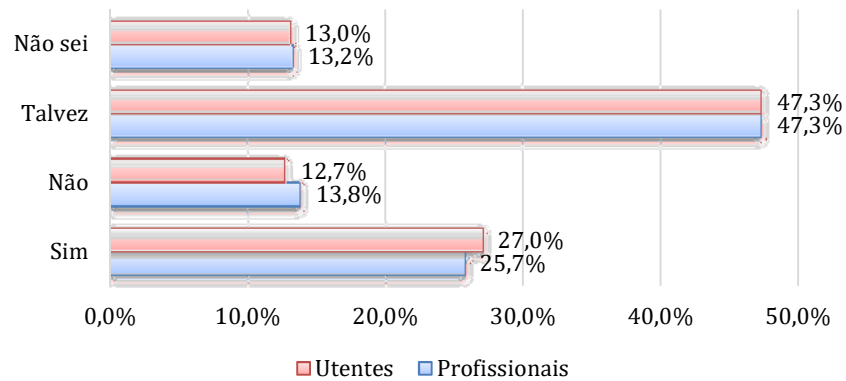
Esta dúvida ou incerteza, que é evidente no elevado valor percentual entre as respostas “talvez” e “não sei”, pode eventualmente estar relacionada com o fraco conhecimento do conceito de TS. Se a maioria dos inquiridos não tem noção do conceito, conseqüentemente, não tem noção do que significa, do que engloba, de quais as suas possibilidades e de quais os seus benefícios ou conseqüências; ou seja, é possível que tenham dúvidas se, no futuro, optariam por recorrer a assistência médica no estrangeiro.

Relativamente à consideração sobre as vantagens da procura de assistência médica no estrangeiro (Figura 22).



**Figura 22**

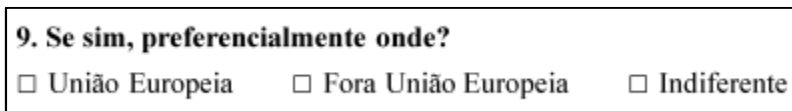
As respostas são transversais a ambas as amostras. Nesta questão, tal como na anterior, existe também alguma incerteza evidente manifestada nas respostas com 47,3% dos profissionais de saúde e utentes a considerarem que talvez seja vantajoso e 13% dos utentes e 13,2% dos profissionais de saúde a responderem “não sei”. Por outro lado, apenas 25,7% dos profissionais de saúde e 27% dos utentes responderam “sim”, que consideram vantajoso procurar assistência médica no estrangeiro e 13,8% dos profissionais de saúde e 12,7% dos utentes responderam “não” (Figura 23).



**Figura 23. Considera procurar assistência médica no estrangeiro vantajoso.**

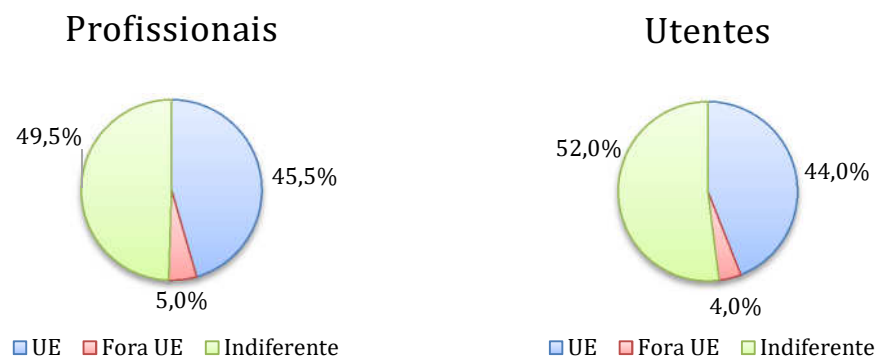
Observou-se que a maioria dos inquiridos não tem uma opinião formada sobre o facto dos cuidados de saúde prestados no estrangeiro serem vantajosos ou não.

Aos indivíduos da amostra que na pergunta anterior consideraram vantajoso recorrer a assistência médica no estrangeiro, foi questionado onde preferiam fazê-lo (Figura 24).



**Figura 24**

Destes indivíduos, 49,5% dos profissionais de saúde e 52% dos utentes consideraram indiferente o local de procura dessa assistência médica, enquanto 45,5% dos profissionais de saúde e 44% dos utentes consideraram preferencial fazê-lo dentro da UE (Figura 25).



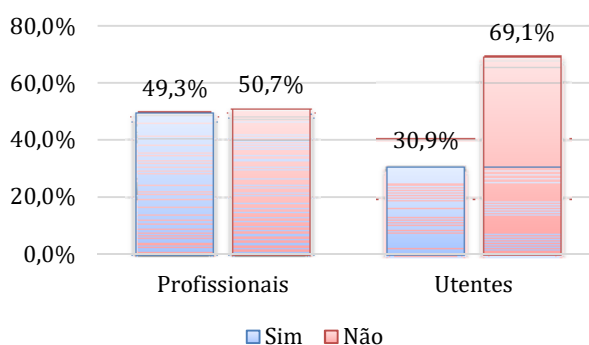
**Figura 25. Onde considera mais vantajoso o recurso a assistência médica.**

Posteriormente os indivíduos foram questionados sobre o conhecimento de alguém que já tivesse procurado assistência médica previamente planeada fora do território nacional português (Figura 26).

**10. Conhece alguém que já tenha recorrido a algum tipo de assistência médica, previamente planeada, no estrangeiro?**  
 Sim     Não

**Figura 26**

No caso dos profissionais de saúde, existe um equilíbrio muito evidente nas respostas, com 49,3% a responderem que conhecem alguém que já tenha procurado assistência médica previamente planeada no estrangeiro e 50,7% a responderem que não têm esse conhecimento. Por sua vez, no grupo dos utentes, apenas 30,9% responderam “sim”. (Figura 27).



**Figura 27. Conhece alguém que tenha recorrido a assistência médica no estrangeiro, previamente planeada.**

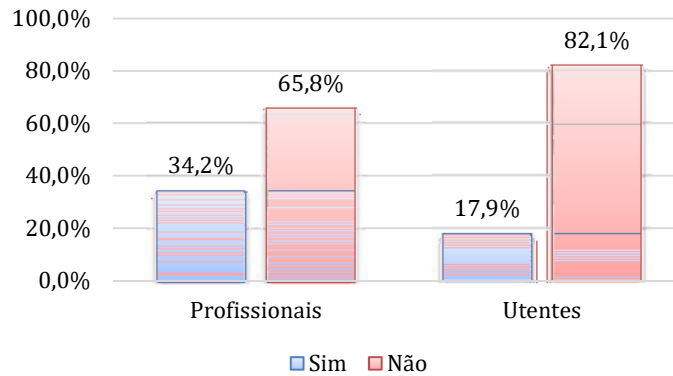
Seguidamente foram inquiridos sobre o conhecimento de participações do Estado português em tratamentos efetuados no estrangeiro (Figura 28).

**11. Tem conhecimento de algum tipo de participação do estado, nos tratamentos efectuados no estrangeiro?**  
 Sim     Não

**Figura 28**

No grupo dos profissionais de saúde 34,2% têm conhecimento de participações do Estado enquanto apenas 17,9% dos utentes têm esse mesmo conhecimento. Perante estes valores percentuais constata-se que o este conhecimento é fraco mas com maior expressão nos utentes. (Figura 29).





**Figura 29. Tem conhecimento de participação do estado em tratamentos efetuados no estrangeiro.**

Relativamente às duas últimas questões, esta diferença pode dever-se ao facto dos profissionais trabalharem num contexto hospitalar e lidarem com um maior conjunto de doentes diariamente.

Os profissionais de saúde lidam diariamente com um conjunto variado de utentes, quadros patológicos, meios de diagnóstico e terapêuticas. Para além de exercerem funções no BHXXI, podem também estar a acumular funções noutras unidades de saúde públicas ou privadas como acontece com muitos profissionais na área. Por outro lado, estão também em contacto direto constante com outros profissionais do sector e têm, na sua maioria, formação académica superior.

Contrariamente, os utentes lidam com a sua situação particular e, possivelmente, com eventuais problemas de saúde de amigos, conhecidos ou familiares. Ou seja, considerando estes factos, é possível que os profissionais de saúde, como parte integrante na dinâmica de prestação de cuidados nas unidades de saúde, tenham uma maior probabilidade de lidar ou conhecer alguém que já tenha recorrido a assistência médica no estrangeiro ou de ter conhecimento de eventuais participações do Estado português em tratamentos efetuados fora do país.

Para finalizar a parte II do questionário, os indivíduos da amostra foram questionados sobre as respetivas condições financeiras para numa eventualidade recorrerem à assistência médica fora de Portugal (Figura 30).

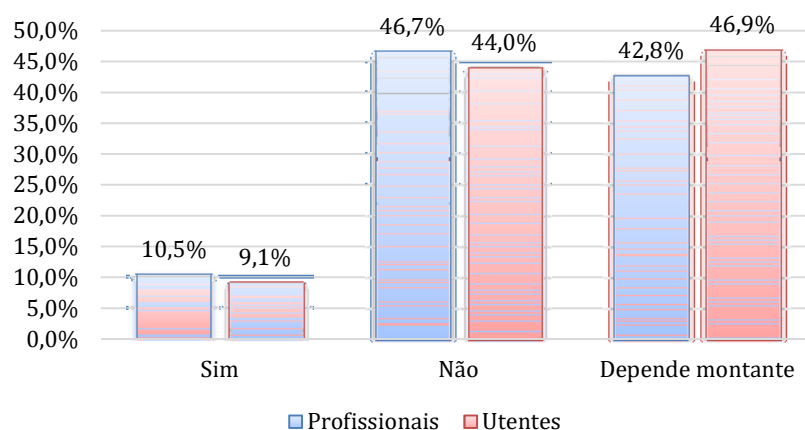
**12. Tem condições financeiras para recorrer a tratamentos de saúde fora de Portugal, incluindo despesas de deslocação e a alojamento?**  
 Sim     Não     Depende do montante

**Figura 30**

Apenas 10,5% dos profissionais de saúde e 9,1% dos utentes responderam “sim” ao ter condições para essa eventualidade. A maioria das respostas varia entre o “Não” e o “Depende do montante”.

Nos profissionais de saúde 46,7% referiram não ter condições para recorrer à assistência médica fora de Portugal e 42,8% responderam que depende do montante em causa. No caso dos utentes 44% referiram não ter condições e 46,9% responderam que depende do montante (Figura 31).

A opinião é transversal aos utentes e profissionais. Estas respostas poderão também estar intimamente relacionadas com o fraco poder de compra dos portugueses, com a conjuntura económica atual do país e também com a incerteza dos gastos que uma situação destas poderá envolver.



**Figura 31. Tem condições financeiras para recorrer a assistência médica fora de Portugal, incluindo despesas de deslocação e alojamento.**

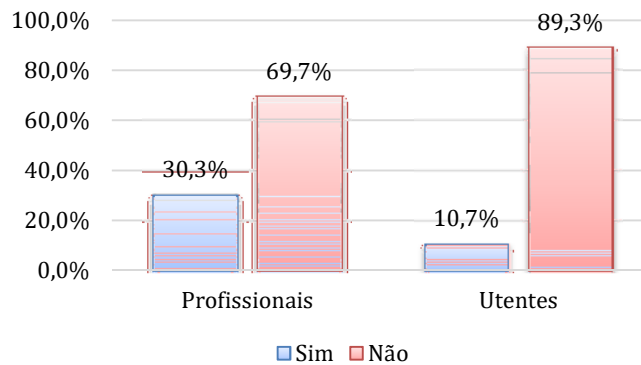
De seguida serão apresentados os dados referentes à parte III dos questionários. De referir novamente que nesta parte do questionário estava incluído um breve sumário com algumas características da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto.

A primeira questão desta terceira parte foi sobre o conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto (Figura 32).

1. Para além da descrição anterior, já alguma vez ouviu falar na Lei n.º 52/2014 sobre os cuidados de saúde transfronteiriços?  
 Sim  Não

**Figura 32**

Relativamente ao conhecimento da Lei n.º 52/2014, em ambos os grupos, a resposta “não” foi claramente superior. Contudo no grupo dos utentes essa diferença é ainda mais acentuada. Enquanto nos profissionais de saúde, 30,3% têm conhecimento desta Lei, nos utentes esse número está reduzido a 10,7% (Figura 33).



**Figura 33. Conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto.**

A Lei n.º 52/2014 está em vigor na legislação nacional há pouco mais de 2 anos. Este facto, por si só, pode justificar o baixo nível de conhecimento geral sobre a Lei, em ambas as amostras. Por sua vez, a diferença entre as amostras pode estar novamente relacionada com o facto dos profissionais de saúde serem intervenientes assíduos na prestação de cuidados de saúde e para além disso, terem contacto direto com a legislação nacional portuguesa na área da saúde.

Considerando que 30,3% dos profissionais de saúde desta amostra têm conhecimento da referida Lei, tentou verificar-se se existe alguma associação entre as diferentes categorias profissionais e o conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto.

Através da medida de associação “Coeficiente *V de Cramer*” tentou verificar-se a existência de uma relação entre a variável “categoria profissional” e a variável “ter conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto” (ANEXO VIII).

Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa ( $\text{sig} < 0,05$ ) entre o “ter conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto” e a “categoria profissional”. A associação entre as variáveis é significativa ( $V \text{ de } Cramer = 0,597$ ). Na tabela de cruzamento de dados observou-se que 56,5% dos profissionais de saúde que têm conhecimento da referida Lei são médicos face a apenas 19,6% de enfermeiros e 21,7% de técnicos de diagnóstico e terapêutica (ANEXO VIII).

No grupo dos profissionais de saúde através da medida de associação “Coeficiente *V de Cramer*” tentou verificar-se a existência de uma relação entre a variável “ter conhecimento do conceito de TS” e a variável “ter conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto” (ANEXO IX).

Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa (sig <0,05) entre o “ter conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto” e “ter conhecimento do conceito de TS”. A associação entre as variáveis é significativa (*V de Cramer* =0,636). Na tabela de cruzamento de dados foi possível corroborar estes dados. Observou-se que 63,6% dos profissionais de saúde que têm conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto são igualmente profissionais que têm conhecimento prévio do conceito de TS (ANEXO IX).

Seguidamente, considerando o breve resumo sobre esta Lei descrito no questionário, os inquiridos foram também questionados sobre a sua opinião sobre a Lei enquanto alternativa à assistência médica em Portugal (Figura 34).

**2. Como considera as possibilidades de acesso alternativo que são proporcionadas por via da Lei n.º52/2014, opção às unidades prestadoras de cuidados de saúde (privados ou públicos), em Portugal.**  
 Muito más     Más     Razoáveis     Boas     Muito Boas

Figura 34

Face às opções apresentadas para a classificação da Lei n.º 52/2014 enquanto alternativa à assistência médica em Portugal, 56,6% dos profissionais de saúde e 53,4% dos utentes consideraram esta alternativa como razoável. De uma forma menos expressiva, 21,1% dos profissionais de saúde e 15,6% dos utentes consideraram esta alternativa como “má” e 19,1% dos profissionais de saúde e 25,7% dos utentes consideraram a alternativa como “boa” (Figura 35).

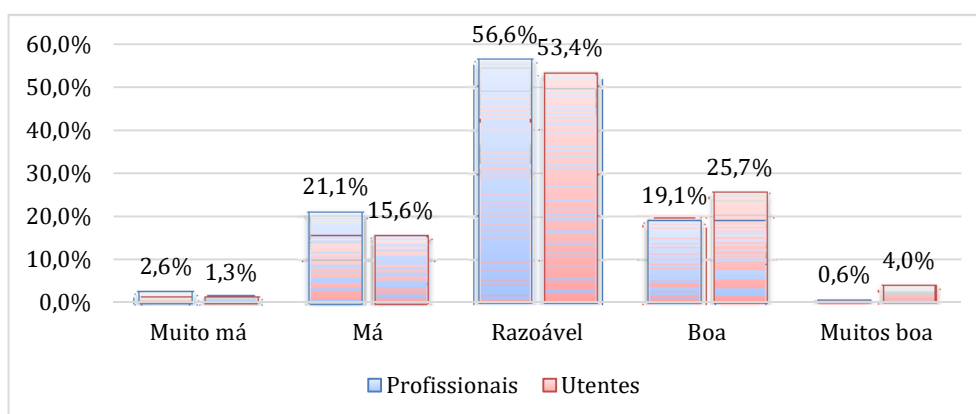


Figura 35. Como considera a Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto como alternativa à assistência médica em Portugal.

Perante estes valores e através do teste de *Mann-Whitney* foi testado se a distribuição da opinião sobre a Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto é igual entre o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos utentes (ANEXO X).

Concluiu-se que existe evidência estatística em como a distribuição da opinião não é igual entre o grupo dos utentes e grupo dos profissionais de saúde (sig <0,05) (ANEXO X).

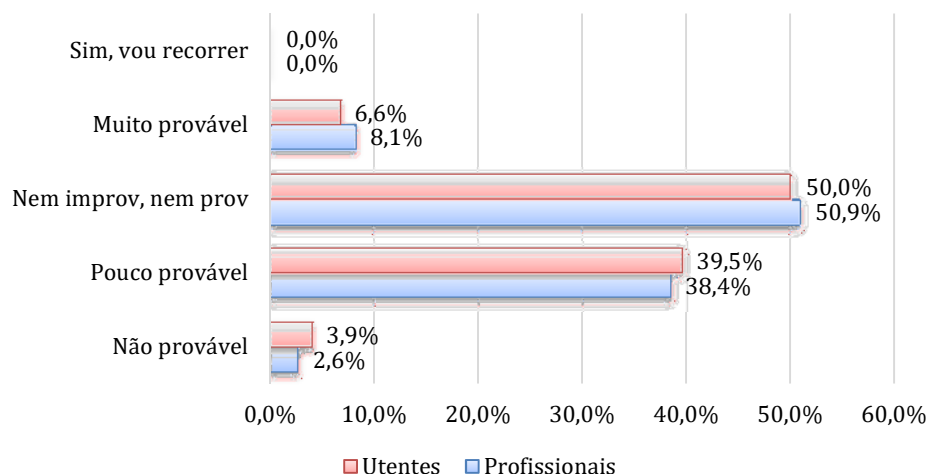
Anteriormente foi observado que o número de profissionais de saúde que têm conhecimento prévio da Lei n.º 52/2014 é superior em relação aos utentes. Caso estes profissionais tenham uma noção mais pormenorizada de todos os pressupostos da referida Lei, estão em condições de ter uma opinião melhor fundamentada e é possível que as suas opiniões sobre a Lei variem comparativamente à opinião dos utentes que não têm qualquer conhecimento prévio e que apenas tiveram acesso a um breve resumo sobre a Lei descrito neste questionário.

Posteriormente os indivíduos da amostra foram inquiridos sobre a probabilidade de agora, ou no futuro, recorrerem a esta alternativa (Figura 36).

<p><b>3. Acha provável, agora ou futuramente, recorrer aos serviços referidos nesta Lei?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Não provável    <input type="checkbox"/> Pouco provável    <input type="checkbox"/> Nem improvável, nem provável    <input type="checkbox"/> Muito provável</p> <p><input type="checkbox"/> Sim, vou recorrer</p>
--

**Figura 36**

A grande maioria dos indivíduos considerou que é “nem improvável, nem provável” fazê-lo, com 50,9% dos profissionais de saúde e 50% dos utentes a selecionarem esta opção. Também com uma percentagem bastante significativa, 38,4% dos profissionais de saúde e 39,5% dos utentes consideraram que recorrer aos serviços disponíveis na Lei n.º 52/2014 é “pouco provável” (Figura 37).



**Figura 37. Acha provável, agora ou no futuro, recorrer aos serviços referidos na Lei n.º 52/2014.**

Perante estes valores e através do teste de *Mann-Whitney* foi testado se a distribuição da probabilidade de recorrer aos serviços da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto é igual entre o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos utentes (ANEXO X).

Concluiu-se que existe evidência estatística em como a distribuição da probabilidade de recorrer aos serviços da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto é igual entre o grupo dos utentes e grupo dos profissionais de saúde ( $\text{sig} > 0,05$ ) (ANEXO X).

Como vimos antes neste trabalho constatou-se que a satisfação com o SNS e SPS quer para a amostra dos utentes quer para a amostra dos profissionais de saúde é razoável/boa. Considerando este nível de satisfação é possível que constitua uma justificação para o facto da maioria dos inquiridos considerar “nem improvável, nem provável” recorrer aos serviços da Lei. Se, em território nacional português, as unidades prestadoras de cuidados de saúde estão a satisfazer as necessidades dos inquiridos, é possível que não ponderem recorrer agora ou futuramente a outro tipo de alternativas.

Para finalizar a Parte III do questionário os indivíduos foram inquiridos sobre os gastos financeiros que estariam na disposição de fazer mediante determinado reembolso ou nos casos das despesas não reembolsáveis, fora do contexto médico (Figura 38).

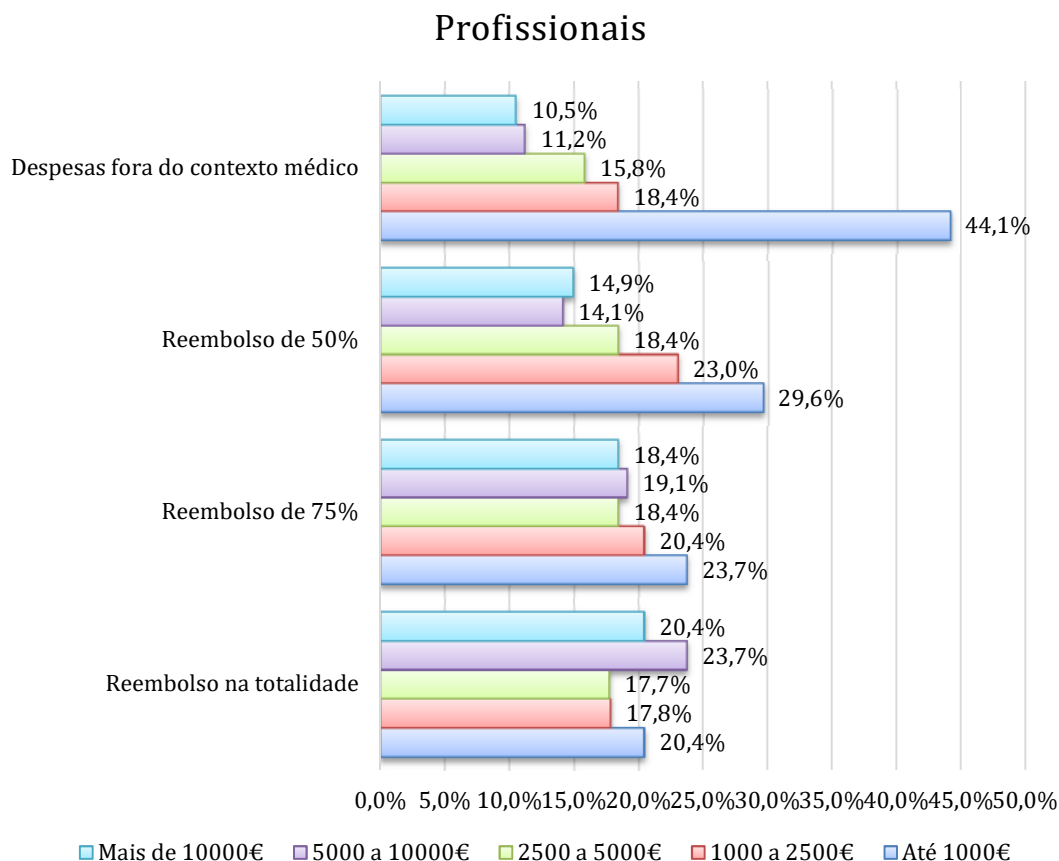
<p><b>4. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria <u>reembolsado</u> posteriormente na <u>totalidade dos cuidados médicos</u>?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Até 1000€   <input type="checkbox"/> De 1000 a 2500€   <input type="checkbox"/> De 2500 a 5000€   <input type="checkbox"/> De 5000 a 10000€   <input type="checkbox"/> Mais de 10000€</p> <p><b>5. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria <u>reembolsado</u> posteriormente em cerca de 75% da <u>totalidade dos cuidados médicos</u>?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Até 1000€   <input type="checkbox"/> De 1000 a 2500€   <input type="checkbox"/> De 2500 a 5000€   <input type="checkbox"/> De 5000 a 10000€   <input type="checkbox"/> Mais de 10000€</p> <p><b>6. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria <u>reembolsado</u> posteriormente em cerca de 50% ou menos da <u>totalidade dos cuidados médicos</u>?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Até 1000€   <input type="checkbox"/> De 1000 a 2500€   <input type="checkbox"/> De 2500 a 5000€   <input type="checkbox"/> De 5000 a 10000€   <input type="checkbox"/> Mais de 10000€</p> <p><b>7. Se considerar fazer tratamentos no exterior ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, em <u>despesas fora do contexto médico (NÃO REEMBOLSÁVEL)</u>?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Até 1000€   <input type="checkbox"/> De 1000 a 2500€   <input type="checkbox"/> De 2500 a 5000€   <input type="checkbox"/> De 5000 a 10000€   <input type="checkbox"/> Mais de 10000€</p>
---

Figura 38

No caso dos profissionais de saúde e ao analisar os dados obtidos (Figura 39) observou-se que:

- ✓ No caso de reembolso total, aproximadamente 17,7% admitiriam gastar entre 2500€ e 5000€ e 23,7% admitiriam gastar entre 5000€ e 10000€;
- ✓ No caso de reembolso de 75% dos gastos, cerca de 18,4% admitiriam gastar entre 2500€ e 5000€ ou mais de 10000€ e 23,7% admitiriam gastar até 1000€;
- ✓ No caso de reembolso de 50% dos gastos 14,1% admitiriam gastar entre 5000€ e 10000€ e 29,6% admitiriam gastar até 1000€;
- ✓ No caso das despesas não reembolsáveis 10,5% admitiriam gastar mais de 10000€ e 44,1% admitiriam gastar até 1000€.

Resumindo, no caso dos profissionais de saúde, estes estão na disposição de gastar valores mais elevados no caso das despesas com reembolso total, seguindo-se as despesas com reembolso de 75% e de 50%, respetivamente e, por último, é nas despesas não reembolsáveis que estão dispostos a gastar valores mais baixos. De referir ainda que no caso das despesas médicas não reembolsáveis existe uma maior discrepância entre os valores que os profissionais de saúde estariam na disposição de gastar. (Figura 39).



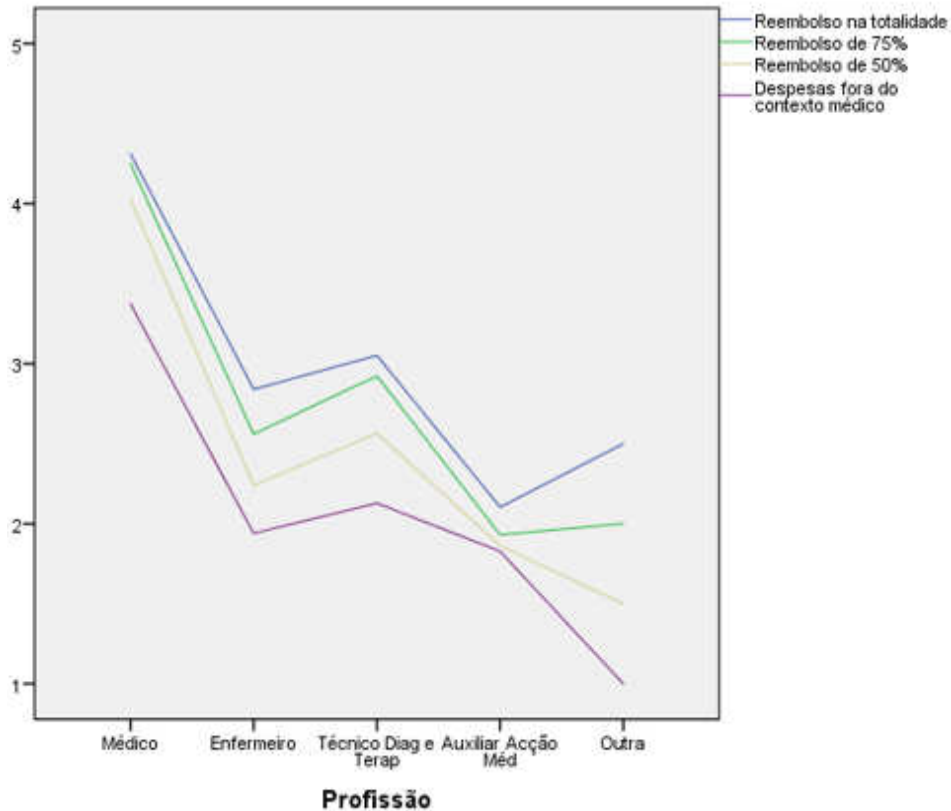
**Figura 39. Se considerar a procura de assistência médica no estrangeiro, qual o montante que admitiria gastar.**

A partir destes valores e através dos testes de *Kruskal-Wallis* foi testado se a distribuição do montante que os profissionais de saúde estão dispostos a gastar é igual nos indivíduos das 5 categorias profissionais para as despesas com reembolso total, para as despesas com reembolsos de 75% e de 50% e para as despesas não reembolsáveis (ANEXO XI).

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $\text{sig} < 0,05$ ) na distribuição do montante que os profissionais de saúde estão dispostos a gastar, no caso de reembolso total, no caso de reembolso de 75% ou de 50% e no caso das despesas não reembolsáveis (ANEXO XI).

Ao analisar o gráfico seguinte, é possível verificar que no grupo dos médicos existe uma disposição para gastar valores superiores independentemente do tipo de reembolso ou no caso de despesas não reembolsáveis (despesas fora do contexto médico) (Figura 40).

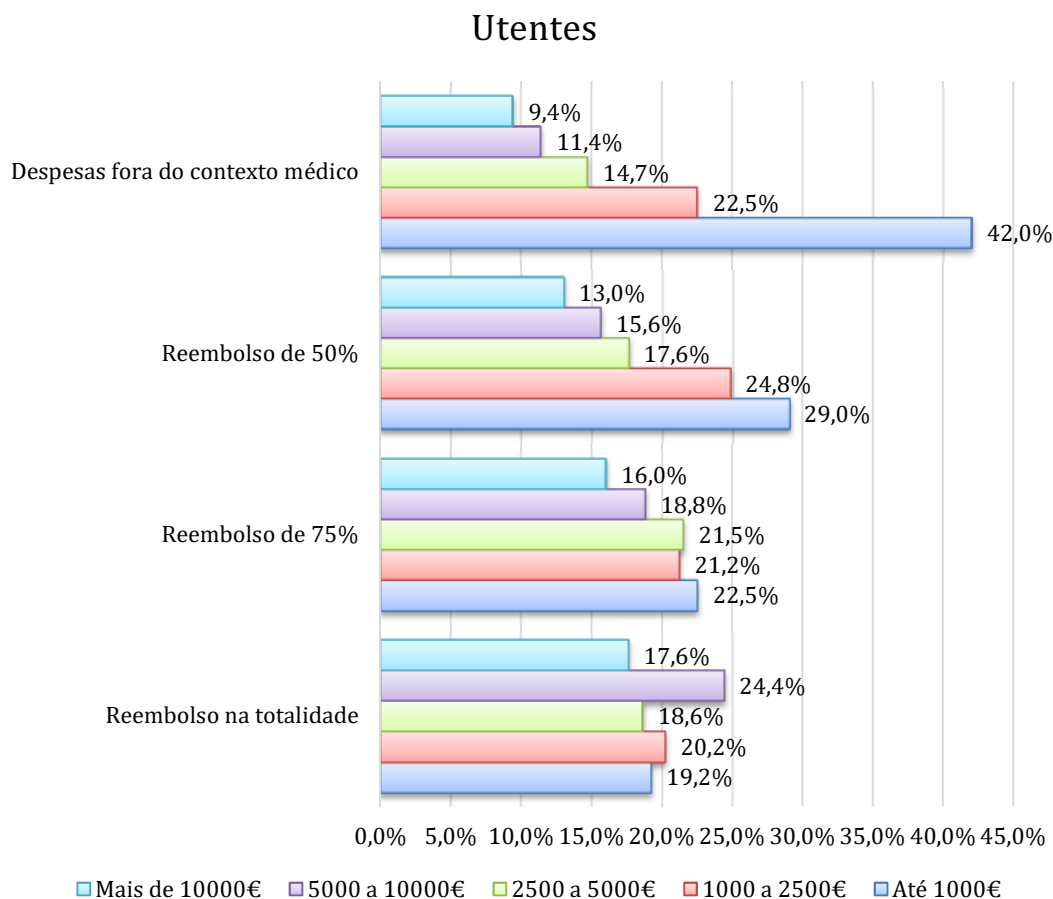




**Figura 40. Relação entre opção de gastos e categoria de profissionais de saúde. 1(até 1000 €); 2(1000€ a 2500€); 3(2500€ a 5000€); 4(5000€ a 10000€); 5(mais de 10000€).**

No caso dos utentes e ao analisar os dados obtidos (Figura 41) observou-se que:

- ✓ No caso de reembolso total, aproximadamente 17,6% admitiriam gastar mais de 10000€ e 24,4% admitiriam gastar entre 5000€ e 10000€;
- ✓ No caso de reembolso de 75% dos gastos, cerca de 16% admitiriam gastar mais de 10000€ e 22,5% admitiriam gastar até 1000€;
- ✓ No caso de reembolso de 50% dos gastos apenas 13% admitiriam gastar mais de 10000€ e 29% admitiriam gastar até 1000€;
- ✓ No caso das despesas não reembolsáveis 9,4% admitiriam gastar mais de 10000€ e 42% admitiriam gastar até 1000€.



**Figura 41. Se considerar a procura de assistência médica no estrangeiro, qual o montante que admitiria gastar.**

Resumindo, no caso particular dos utentes, tal como se verificou no grupo dos profissionais de saúde, estes estão na disposição de gastar valores mais elevados no caso das despesas com reembolso total, seguindo-se as despesas com reembolso de 75% e de 50%, respetivamente e, por último, é nas despesas não reembolsáveis que estão dispostos a gastar valores mais baixos. De referir ainda que no caso das despesas médicas não reembolsáveis existe uma maior discrepância entre os valores que os utentes estariam na disposição de gastar (Figura 41).

A partir destes valores e através dos testes de *Mann-Whitney* foi testado se a distribuição do montante que os indivíduos estão dispostos a gastar é igual entre o grupo dos utentes e o grupo dos profissionais de saúde. Este teste foi efetuado para as despesas com reembolso total, para as despesas com reembolso de 75% e de 50% e para as despesas não reembolsáveis (ANEXO XII).

Verificou-se que existe evidência estatística ( $\text{sig} > 0,05$ ) em como a distribuição do montante que os indivíduos estão dispostos a gastar, no caso de reembolso total, no caso de reembolso de 75% e de 50%, ou no caso das despesas não reembolsáveis é igual entre o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos utentes (ANEXO XII).

A última pergunta do questionário procurou saber se os inquiridos considerariam efetuar tratamentos no estrangeiro, noutros países fora da UE (Figura 42).

<b>8. Consideraria efetuar tratamentos no estrangeiro noutros países, fora da União Europeia?</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
--

Figura 42

A esta questão, 59,2% dos profissionais de saúde e 63,5% dos utentes responderam “sim” (Figura 43).

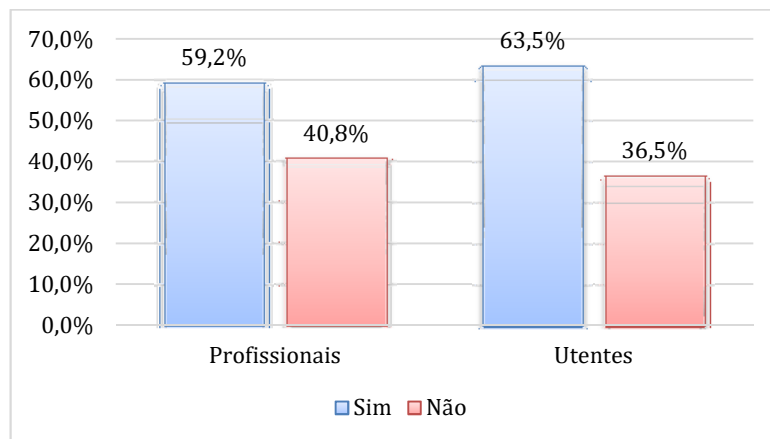


Figura 43. Consideraria efetuar tratamentos no estrangeiro noutros países, fora da UE.



## **5. CONCLUSÃO, LIMITAÇÕES E INVESTIGAÇÕES FUTURAS**

### **5.1. Conclusão**

Um dos principais motores do Turismo de Saúde é a própria globalização da prestação dos cuidados de saúde. Na UE, tem ocorrido uma abertura dos sistemas nacionais de saúde a cidadãos de todo o território europeu, mas também de outras regiões do globo. Zhukovsky *et al* (2016) defendem que o aumento do acesso aos transportes e do acesso à informação conduziu a escolhas mais diversificadas e novas formas de consumo de cuidados de saúde.

Para Connell (2013) sempre existiram viagens na procura de assistência médica. No entanto, para este autor, nas últimas duas décadas verificou-se uma maior consciencialização para este fenómeno de Turismo de Saúde devido a uma combinação de fatores que envolvem os custos, a qualidade, o acesso aos cuidados de saúde, entre muitos outros fatores.

A quebra de barreiras e a internacionalização tornaram-se uma alternativa muito atrativa para o utente enquanto utilizador dos cuidados de saúde.

O utente tem um papel ativo na manutenção da sua saúde e, segundo a legislação nacional portuguesa, para além do direito aos serviços fornecidos pelo SNS, o utente tem direito à escolha de outras alternativas caso considere que esses seus direitos não estejam a ser respeitados.

Em Portugal, no ano de 2014, com a implementação da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto ficaram legalizados os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. De uma forma resumida, a referida lei, ainda muito recente, representa uma forma dos utentes acederem a assistência médica fora do país, dentro do território da UE, mediante uma autorização prévia ou avaliação de um clínico do SNS. Os utentes, caso decidam utilizar os seus serviços, terão de efetuar o pagamento dos cuidados de saúde utilizados e terão posteriormente direito a reembolso pelo Estado português até ao limite de assunção de custos que o Estado teria assumido se os cuidados fossem prestados em Portugal.

A investigação tem dedicado pouco tempo à avaliação do conhecimento dos cidadãos relativamente à Lei n.º 52/2014 e à intenção da utilização dos seus serviços. Muitos dos dados obtidos relativos à utilização de cuidados de saúde transfronteiriços dentro da UE são referentes a dados de assistência médica de carácter urgente e não de assistência médica previamente planeada (Comissão Europeia, 2013).

Por outro lado, tanto quanto foi possível apurar, os estudos sobre o conhecimento de utentes e profissionais de saúde sobre a Lei n.º 52/2014 são inexistentes em Portugal.

Este trabalho não teve a pretensão de dinamizar uma procura dos cuidados de saúde transfronteiriços ao abrigo da Lei n.º 52/2014. O objetivo principal foi o de avaliar o conhecimento da referida Lei entre profissionais de saúde e utentes e de avaliar a disponibilidade dos mesmos indivíduos para a utilização dos seus serviços.

Verificou-se que existe um conhecimento muito reduzido sobre a Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto e que existe também um fraco conhecimento sobre o conceito de TS. Adicionalmente constatou-se que este baixo nível de conhecimento é mais marcado nos utentes comparativamente aos profissionais de saúde do BHXXI.

Foi também possível constatar que o conhecimento sobre as práticas de saúde além-fronteiras, sobre as participações do Estado português ou sobre o conhecimento de pessoas que já tenham procurado assistência médica no estrangeiro, previamente planeada, é também bastante fraco entre os profissionais de saúde e utentes do BHXXI.

Segundo a CE em Portugal, e durante o ano de 2014, desde a entrada em vigor da Lei n.º 52/2014, apenas foram registados 6 pedidos de informação aos pontos de contacto nacional, apenas foi registado 1 pedido de autorização prévia e não foi efetuado qualquer reembolso (Comissão Europeia, 2015). Estes dados, por um lado, podem ser um reflexo do não conhecimento da Lei dos cuidados de saúde transfronteiriços ou, por outro lado, podem significar que os inquiridos estão satisfeitos com a prestação de cuidados de saúde que lhes está a ser assegurada em território nacional português e que não tentam procurar alternativas aos ditos cuidados.

Considerando que o conhecimento geral é fraco torna-se importante que, num futuro próximo, possam ser implementadas medidas que informem e clarifiquem todos

os cidadãos, independentemente de serem utentes ou profissionais de saúde, sobre os cuidados de saúde transfronteiriços, sobre os seus direitos e deveres neste âmbito.

É importante promover a cooperação entre EM em matéria de prestação de cuidados de saúde, sempre com total consideração pelas competências nacionais relativamente à prestação dos cuidados e também no pleno respeito dos direitos dos utentes relativamente à procura de cuidados de saúde.

No caso dos profissionais de saúde, é importante que tenham uma noção da dinâmica de prestação de cuidados de saúde transfronteiriços, não só enquanto utilizadores dos serviços de saúde mas enquanto profissionais no ativo que também podem eventualmente lidar com utentes de outros países. Em Portugal estão a entrar utentes em procura de assistência médica e é importante que os profissionais da área tenham conhecimento e saibam responder da melhor forma.

Para os utentes é importante estarem informados sobre todas as suas opções de escolha na procura de cuidados de saúde. O Estado português é o principal responsável pela prestação de cuidados de saúde seguros, de elevada qualidade e em tempo considerado aceitável em território nacional. Contudo, os utentes têm o direito de procurar assistência médica dentro do território nacional, na rede de SPS, mas também fora do país em território da UE e através de participações do Estado.

Em suma, partindo dos dados recolhidos na realização deste trabalho, considera-se importante desenvolver estratégias para dar a conhecer, tanto a utentes como a profissionais de saúde, em Portugal, todas as potencialidades do Turismo de Saúde e dos cuidados de saúde transfronteiriços, dentro da UE, ao abrigo da legislação nacional portuguesa.

## **5.2. Limitações**

Durante a realização deste trabalho foram encontradas algumas limitações na sua realização.

De acordo com a pesquisa bibliográfica realizada durante este trabalho verificou-se que não existe muita literatura ou estudos sobre o conhecimento da população relativamente ao Turismo de Saúde, relativamente ao conhecimento da Diretiva e, no caso

particular de Portugal, também não foram encontrados estudos ou investigações sobre o conhecimento dos cidadãos sobre a Lei n.º52/2014 de 25 de agosto de 2014. Assim sendo, não foi possível comparar os dados recolhidos com estudos prévios neste âmbito.

Não foram igualmente encontrados estudos sobre a intenção de utilização das pessoas relativamente aos cuidados de saúde transfronteiriços.

Outra limitação relaciona-se com o tempo permitido para a distribuição dos questionários, de apenas 2 semanas. Na possibilidade de alargar este período de tempo seria também possível distribuir um número maior de questionários e aumentar o número de elementos da amostra e assim fortalecer os dados recolhidos.

### **5.3. Investigações futuras**

Foi possível constatar que, na área do Turismo de Saúde, ainda há muito a investigar. Existe um conhecimento reduzido em grande parte dos intervenientes na prestação e receção de cuidados de saúde sobre a procura de assistência médica fora do país de origem.

Considerando que esta investigação decorreu numa única unidade hospitalar do SPS é importante, no futuro, efetuar um estudo semelhante noutras unidades de saúde privadas em Portugal, para corroborar a validade destes dados. Paralelamente, é também importante alargar este tipo de análise às unidades de saúde do SNS e comparar os resultados obtidos.

Futuramente considera-se importante a aplicação do instrumento de recolha de dados durante um período mais alargado para aumentar o número de elementos das amostras e, conseqüentemente, o “*power*” dos testes efetuados.

Ao analisar pormenorizadamente os termos da Lei n.º52/2014 de 25 de agosto e na eventualidade de algum utente recorrer ao uso dos serviços da Lei, no que se refere ao pedido de autorização prévia, estão definidos 2 prazos de espera, após a submissão desse pedido. Um primeiro prazo de 20 dias úteis e outro de 15 dias úteis. Em termos práticos e à exceção de casos urgentes são cerca de 7 semanas de espera para obter uma autorização para efetuar tratamentos na UE ao abrigo da Lei.



Poderá ser interessante elaborar uma pesquisa relacionando os tempos de espera na prestação de cuidados de saúde em Portugal, já definidos por Lei desde 2008, verificar se esses tempos de espera estão a ser respeitados relativamente a um determinado procedimento ou tratamento médico, e avaliar a possível alternativa de realizar esse determinado tratamento num outro país da UE ao abrigo da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto.

À semelhança do relatório da CE sobre a transposição e aplicação da Diretiva nos EM, seria importante, realizar um relatório semelhante em Portugal e avaliar a situação atual, agora que passaram pouco mais de 2 anos da entrada em vigor da Lei n.º 52/2014.

Outra sugestão para um trabalho futuro relaciona-se com a investigação, para determinados tratamentos médicos, da relação custo-benefício da realização desses mesmos tratamentos noutros países da EU ao abrigo dos serviços da Lei n.º 52/2014.

Espera-se que outros trabalhos venham no seguimento desta investigação, que se aprofundem os conhecimentos nesta área e que os utentes e profissionais de saúde tenham conhecimento dos seus direitos enquanto “turistas” na procura de cuidados de saúde.



## 6. BIBLIOGRAFIA

- Adams, K., Snyder, J., Crooks, V. A., Johnston, R. 2013. Promoting social responsibility amongst health care users: Medical tourists perspectives on an information sheet regarding ethical concerns in medical tourism. *Philos Ethics Humanities in Medicine*, 8, 19. doi: 10.1186/1747-5341-8-19.
- Aday, L. A., 1975. Economic and non-economic barriers to the use of needed medical Services. *Medical Care*, 13(6): 447–56.
- Aday, L. A., Begley, C. E., Lairson, D. R., and Balkrishnan, R. 2004. *Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency, and Equity*. Chicago, IL: Health Administration Press.
- American Medical Association. 2008. *Healthcare trends 2008 report: An environmental analysis*. Disponível em: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/about-ama/our-people/ama-councils/council-long-range-planning-development/environmental-analysis.page>. Consultado a 30 Junho de 2015.
- Barros, P. P., Machado, S. R., Simões, J. A. 2011. Portugal health system review. *Health Systems in Transition*, 13(4), 1-156.
- Barros, P. P. 2013. *Economia da Saúde: Conceitos e comportamentos*. 3ª Edição. Coimbra. Almedina.
- Barros, P. P., & Gomes, J. P. 2002. *Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia, Principais Modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar Português*. Lisboa, GANEC/Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa.
- Baum, F. 2007. Cracking the nut of health equity: top down and bottom up pressure for action on the social determinants of health. *Promotion & Education*, 14(2), 90-95.
- Bookman, M. Z., & Bookman, K. R. 2007. *Medical Tourism in Developing Countries*. New York. Palgrave Macmillan.
- Braveman, P. A. 2003. Monitoring equity in health and healthcare: a conceptual framework. *Journal of Health Population and Nutrition*, 21(3), 181-192.
- Braveman, P. A., & Gruskin, S. 2003a. Defining equity in health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258.
- Braveman, P. A., & Gruskin, S. 2003b. Poverty, equity, human rights and health. *Bulletin oh the world Health Organization*. 81:7, 539-545.
- Braveman, P. A., Starfield, B., Geiger, H. J. 2001. World Health Report 2000: how it removes equity from the agenda for public health monitoring and policy. *BMJ*, 323(7314), 678-681.
- Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. 2007. A Saúde e os seus Determinantes Sociais. *Physis: Ver. Saúde Colectiva*, 17(1):77-93.

- Carrera, P. M. 2006. Medical tourism. *Health Aff (Millwood)*, 25(5), 1453.
- Carrera, P. M., & Bridges, J. F. 2006. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoecon & Outcomes Research*, 6(4), 447-454. doi: 10.1586/14737167.6.4.447.
- Casas-Zamora, J. A., & Ibrahim, S. A. 2004. Confronting health inequity: The Global Dimension. *American Journal of Public Health*, 94(12):2055-2058.
- Chen, L. C., & Berlinguer, G. 2001. *Health equity in a Globalizing World: In challenging inequities in health: From ethics to action*. New York: Oxford University Press: 34-44
- Comissão Europeia. 2013. *P&R: Direitos dos doentes no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços*. Disponível em: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_MEMO-13-918\\_pt.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-13-918_pt.htm). Consultado a 28 de agosto de 2016.
- Comissão Europeia. 2015. *Relatório da Comissão Europeia ao Parlamento Europeu e ao Conselho*. Disponível em: [http://ec.europa.eu/health/cross\\_border\\_care/policy/index\\_pt.htm](http://ec.europa.eu/health/cross_border_care/policy/index_pt.htm). Consultado a 28 de agosto de 2016.
- Connell, J. 2011a. A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism. *Asia Pacific Viewpoint*, 52(3), 260-271.
- Connell, J. 2011b. *Medical Tourism*. Wallingford: CABI.
- Connell, J. 2013. Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*. 34(2013), 1-13.
- Crooks, V. A., Turner, L., Cohen, I. G., Bristeir, J., Snyder, J., Casey, V. & Whitmore, R. 2013. Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. *BMJ Open*, 3(2). doi: 10.1136/bmjopen-2012-002302.
- Cylus, J., Mladovsky, P., McKee M. 2012. Is there a statistical relationship between economic crises and changes in government health expenditure growth? An analysis of twenty-four European countries. *Health Services Research*, 47(6):2204–24.
- Dahlgren, G., & Whithead M. 2006a. *Concepts and Principles for Tracking Social Inequities in Health: Levelling up Part I*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
- Dahlgren, G., & Whithead M. 2006b. *Concepts and Principles for Tracking Social Inequities in Health: Levelling up Part II*. World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark
- Dahlgren, G., & Whithead M. 2007. *Policies and strategies to promote social equity in health*. Background document to WHO – Strategy paper for Europe.
- DGS. 2016. *História do Serviço Nacional de Saúde*. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/>. Consultado a 20 de agosto de 2016.

DGS 2016. **Plano Nacional de Saúde 2012-2016**. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/>. Consultado a 20 de agosto de 2016.

Diário da República, 1.ª Série, N.º 214. (1979). Lei n.º 56/79 de 15 de setembro da Assembleia da República., pág. 2357-2363.

Diário da República, 1.ª Série, N.º 162. (2014). Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto da Assembleia da República., pág. 4434-4440.

Drummond, M. F., O'Brien, B., J., Stoddart, G. L., Torrance, G. W. 1997. **Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes**. 2ª Edição. Oxford: Oxford University Press.

Ehrbeck, T., Guevara, C., Mango, P. D. 2008, **Mapping the Market for Medical Travel**. The McKinsey Quarterly.

Eissler, L. A., & Casken, J. 2013. Seeking health care through international medical tourism. **Journal of Nursing Scholarship**, 45(2), 177-184. doi: 10.1111/jnu.12014.

Entidade Reguladora da Saúde. 2008. **Plano de actividades para 2009**. Disponível em: [https://www.ers.pt/uploads/document/file/29/Plano\\_de\\_Actividades\\_ERS\\_2009.pdf](https://www.ers.pt/uploads/document/file/29/Plano_de_Actividades_ERS_2009.pdf) Consultado a 15 de Setembro de 2016.

Esslinger, A. S., & Heppner, H. J. 2008. A health economics approach. **Ther Umsch**, 65(8), 463-466.

Evans, D. B., HSU, J., Boeme, T. 2013. Universal Health Coverage and Universal Access. **Bulletin of the WHO**. 2013; 91:546-546A.

Feldstein, P. J. 2013. **Healthcare Economics**. Seventh Edition. Delmar, Cengage Learning.

Fernandes, A. C. 2013. A crise e os desafios do sistema de saúde em Portugal. **Revista Militar**, 2542, 969-972.

Firth, A. 2013. In practice: tourism and the public health agenda. **Perspect Public Health**, 133(2), 85-86. doi: 10.1177/1757913913476630.

Freyer, W., & Kim, B. S. 2014. Medical tourism and travel - an interdisciplinary approach. **Gesundheitswesen**, 76(1), 65-68. doi: 10.1055/s-0033-1343439.

Furtado, C., Pereira, J. 2010. **Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde** – Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa.

Giannakouris, K. 2008. Population and social conditions. **Eurostat - Statistics in focus** 72/2008.

Gray, H. H., & Poland, S. C. 2008. Medical tourism: crossing borders to access health care. **Kennedy Institute of Ethics Journal**, 18, 193-201.

Guichard, S. 2004. **The Reform of the health care system in Portugal**. France: OECD Economics Department Working Papers.

Hadi, A. 2009. *Globalization, medical tourism and health equity*. Relatório apresentado no Symposium on Implications of Medical Tourism for Canadian Health and Health, Ottawa, Canada.

Hall, R., Feldstein, M., Frankel, J., Gordon, R., Poterba, J., Romer, D., 2008. *Determination of the December 2007 peak in economic activity*. Business Cycle Dating Committee, National Bureau of Economic Research: NBER.

Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D., & Lunt, N. 2014. What do we know about medical tourism? A review of the literature with discussion of its implications for the UK National Health Service as an example of a public health care system. *Journal of Travel Medicine*, 21(6), 410-417. doi: 10.1111/jtm.12147.

Herrick, D. M. 2007. *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*. National Center for Policy Analysis, Dallas, Texas: (NCPA) Policy Report No. 304.

Horgan, D., Byrne, D., & Brand, A. 2013. EU directive on patients rights to cross border healthcare. *BMJ*, 347, f7694. doi: 10.1136/bmj.f7694.

Horowitz, M. D., & Rosensweig, J. A. 2007. Medical tourism-health care in the global economy. *Physician Executive Journal*, 33(6), 24-26, 28-30.

Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A., Jones, C. A. 2007. Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *Medcape General Medicine*, 9(4), 33.

Horton, K., Friel, S., de Leeuw, E., McKeone, C., Bolam, B. 2015. Fair Foundations for health equity. *Health Promotion International*, 30 Suppl 2, ii2-ii7. doi: 10.1093/heapro/dav091.

Hosseinoor, A. R., Bergen, N., Schlotheuber, A. 2015. Promoting health equity: WHO health inequality monitoring at global and national levels. *Global Health Action*, 8, 29034. doi: 10.3402/gha.v8.29034.

JOUE n.º 88/45, de 4 de Abril de 2011. Directiva 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. Disponível em: [http://diretiva.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2014/08/Directiva\\_2011-24.pdf](http://diretiva.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2014/08/Directiva_2011-24.pdf) Consultado a 20 de maio de 2016.

Keckley, P. H. & Underwood, H. R. 2008a, *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Washington. Deloitte Center for Health Solutions.

Keckley, P. H. & Underwood, H. R. 2008b, *Medical Tourism: Update and Implications*. Washington Deloitte Center for Health Solutions.

Kumar, S., Breuing, R., Chahal, R. 2012. Globalization of health care delivery in the United States through medical tourism. *Journal of Health Communication*, 17(2), 177-198. doi: 10.1080/10810730.2011.585699.

Kunst, A. E., Bos, V., Lahelma, E., Bartley, M., Lissau, I., Regidor, E., Mielck, A., Cardano, M., Dalstra, J. A. A., Geurts, J. J. M., Helmert, U., Lennartsson, C., Ramm, J., Spadea, T., Stronegger, W. J., Mackenbach, J. P. 2005. Trends in socioeconomic

inequalities in self-assessed health in 10 European countries. *International journal of Epidemiology*. 34:295-305.

Larocco, S. A., & Pinchera, B. J. 2011. The emerging trend of medical tourism. *Journal of Nursing Management*, 42(6), 24-29; quiz 30. doi: 10.1097/01.NUMA.0000397839.02765.0d.

Leahy, A. L. 2008. Medical tourism: the impact of travel to foreign countries for healthcare. *Surgeon*, 6(5), 260-261.

Legido-Quigley, E., Knai, C., Busse, R., Palm, W., Wismar, M., Mckee, M. 2011. Cross-border healthcare in the European Union: clarifying patients rights; *BMJ*, 342:d296.

Looper, M. & Lafortune, G. 2009. *Measuring disparities in health status and in access and use of health care*. OECD Health Working Papers n°43.

Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D. & Mannion, R. 2013. *Medical tourism: Treatments, Markets and Health Systems - Implications: a scoping review*. Directorate for employment, Labour and social Affairs.

Lunt, N., Smith, R. D., Mannion, R., Green, S. T., Exworthy, M., Hanefeld, J., King, H. 2014. *Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: a policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches*. Southampton (UK).

Mackenbach, J. P., Stirbu, I., Roskam, A. J., Schaap, M. M., Menvielle, G., Leinsalu, M. 2008. European Union Working Group on Socioeconomic Inequalities in, Health. Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine*, 358(23), 2468-2481. doi: 10.1056/NEJMs0707519.

Marmot, M.G. 2003. "Understanding social Inequalities in health". *Perspectives in Biology and Medicine*. 46(3):9-23.

Marmot, M. G. 2007. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370, 1153-63.

Marmot, M. G. 2012. *Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region*. Relatório preparado pela UCL - Institute of Health Equity.

Marmot, M. G., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., Taylor, S. 2008. Closing the gap in a generation: Health Equity through action on the social determinants of health. *The Lancet*, 372(9659):1661-69.

Masoud, F., Alireza, J., Mahmoud, K., & Zahra, A. 2013. A systematic review of publications studies on medical tourism. *Journal of Education and Health Promotion*, 2, 51. doi: 10.4103/2277-9531.119037.

McLaughlin, N., Ong, M. K., Tabbush, V., Hagigi, F., & Martin, N. A. 2014. Contemporary health care economics: an overview. *Neurosurgical Focus*, 37(5), E2. doi: 10.3171/2014.8.FOCUS14455.

- McMichael, A. J., Beaglehole, R. 2000. The changing global context of public health. *The Lancet*. 356: 495-499.
- McNamara, C. 2015. Trade liberalization, social policies and health: an empirical case study. *Global Health*, 11, 42. doi: 10.1186/s12992-015-0126-8.
- Nguyen H. 2009. *Medical Tourism: A Global Opportunity*. LSU in English 2000.
- Norman, D. 2013; *Justice and Access to Health Care*". Stanford Encyclopedia of Philosophy. Disponível em: <http://plato.stanford.edu/entries/justice-healthcareaccess/>. Consultado a 30 junho de 2016.
- Or, Z., Jusot, F., Yilmaz, E. 2008. *Impact of health care system on socioeconomic inequalities in doctor use*. Institute de recherche et documentation en économie de la santé.
- Pang, T., & Guindon, G. E. 2004. Globalization and risks to health. *EMBO Reports*, 5 (Suppl 1), S11–S16. <http://doi.org/10.1038/sj.embor.7400226>.
- Parkin, D. 2009. *Health Economics:1 - Principles of Health Economics*. Sterling House.
- Patients Beyond Borders, (2016), *Medical Tourism Statistics & Facts*. Disponível em: <http://www.patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>. Consultado a 5 de setembro de 2016.
- Peeters, M. 2012. Free movement of patients: Directive 2011/24 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. *European Journal of Health Law*, 19(1), 29-60.
- Penney, K., Snyder, J., Crooks, V. A., Johnston, R. 2011. Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: a thematic content analysis of Canadian broker websites. *BMC Medical Ethics*, 12, 17. doi: 10.1186/1472-6939-12-17.
- Pereira, J. 1989. *What Does Equity in Health Means*. Centre for Health Economics – University of York.
- Pocock, N. S., Phua, K. H. 2011. Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Globalization and Health*. DOI: 10.1186/1744-8603-7-12.
- Portaria n.º 121/2014, de 25 de setembro do Ministério da Saúde. *Diário da República*, 1.ª Série, N.º 185 (2014), pág. 5085-5086.
- Reeves, A., Basu, S., McKee, M., Meissner, C., Stuckler, D. 2013. Does investment in the health sector promote or inhibit economic growth? *Globalization Health*, 9(43).
- Reeves, A., McKee, M., Basu, S., & Stuckler, D. 2014. The political economy of austerity and healthcare: cross-national analysis of expenditure changes in 27 European nations 1995-2011. *Health Policy*, 115(1), 1-8. doi: 10.1016/j.healthpol.2013.11.008.
- Runnels, V. Carrera, P. M. 2012. Why do patients engage in medical tourism? *Maturitas*, 73 (4), 300-304. doi: 10.1016/j.maturitas.2012.08.011



Sarwar, A. A., Manaf, N. A., & Omar, A. 2012. Medical Tourist's Perception in Selecting their Destination: A Global Perspective. *Iranian Journal of Public Health*, 41(8), 1-7.

Silva, M. V. 2012. Políticas públicas de saúde: Tendências recentes. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 69, 121-128 (9).

Turner L. 2007. Medical tourism. Family medicine and international health-related travel. *Canadian Family Physician*, 53(10):1639-1641.

Wendt, C. 2009, "Mapping European healthcare systems: a comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare", *Journal of European Social Policy*, 19 (5), pp. 432-445.

Woodhead, A. 2013. Scoping medical tourism and international hospital accreditation growth. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 26(8), 688-702. doi: 10.1108/IJHCQA-10-2011-0060.

World Health Organization. 2010a. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*. Geneva.

World Health Organization. 2010b. *The world health report: Health systems financing: the path to universal coverage*. Geneva

Youngman, I. 2015. *Medical tourism facts and figures*. Disponível em: <https://www.imtj.com/resources/medical-tourism-research-facts-and-figures-2015/>. Consultado a 30 Junho de 2015.

Zhukovsky, P., Ruggeri, K., Garcia-Garzon, E., Plakolm, S., Haller, E., Petrova, D., Mahalingam, V., Menezes, I. G. 2016. Global Health policy and access to care: Investigating Patient Choice on na International Level using social Media. *Frontiers in Public Health*, 3:284. doi: 10.3389/fpubh.2015.00284.

#### Sítios Web:

<http://www.who.int/about/mission/en/> Consultado a 6 Junho de 2015.

<http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS?locations=PT> Consultado a 30 de Maio de 2016.

<http://www.who.int/about/mission/en/> Consultado a 30 Outubro de 2015.

<https://www.sns.gov.pt/sns/servico-nacional-de-saude/historia-do-sns/> Consultado a 15 de outubro de 2015.

[http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/c/cb/HEALTHCARE\\_EXPENDITURE.jpg](http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/images/c/cb/HEALTHCARE_EXPENDITURE.jpg) Consultado a 15 de outubro de 2015.

[https://www.wto.org/english/docs\\_e/legal\\_e/26-gats\\_01\\_e.htm](https://www.wto.org/english/docs_e/legal_e/26-gats_01_e.htm) Consultado a 15 Outubro 2015.

<http://diretiva.min-saude.pt/home-page-2/> Consultado a 30 de Maio de 2015.

[http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF\\_SOWC\\_2016.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf) Consultado a 28 de outubro de 2016.

## 7. ANEXOS

### Anexo I - Diretiva 2011/24/UE

4.4.2011

PT

Jornal Oficial da União Europeia

L 88/45

#### DIRECTIVAS

##### DIRECTIVA 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

O PARLAMENTO EUROPEU E O CONSELHO DA UNIÃO EUROPEIA,

Tendo em conta o Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, nomeadamente o artigo 114.º e o artigo 168.º,

Tendo em conta a proposta da Comissão Europeia,

Tendo em conta o parecer do Comité Económico e Social Europeu <sup>(1)</sup>,

Tendo em conta o parecer do Comité das Regiões <sup>(2)</sup>,

Deliberando nos termos do processo legislativo ordinário <sup>(3)</sup>,

Considerando o seguinte:

- (1) Nos termos do n.º 1 do artigo 168.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE), deve ser assegurado um elevado nível de protecção da saúde na definição e execução de todas as políticas e acções da União. Tal implica que terá igualmente de ser assegurado um elevado nível de protecção da saúde humana quando a União adoptar actos ao abrigo de outras disposições do Tratado.
- (2) O artigo 114.º do TFUE constitui a base legal adequada uma vez que a maior parte das disposições da presente directiva visa melhorar o funcionamento do mercado interno e a livre circulação de mercadorias, de pessoas e de serviços. Dado que estão preenchidas as condições para a aplicação do artigo 114.º do TFUE como base legal, a legislação da União deverá assentar nesta base legal mesmo quando a protecção da saúde pública seja um factor decisivo para as opções tomadas. A este respeito, o n.º 3 do artigo 114.º do TFUE prevê de forma

expressa que, ao realizar a harmonização, deve ser garantido um elevado nível de protecção da saúde humana, tendo nomeadamente em conta qualquer nova evolução com base científica.

- (3) Os sistemas de saúde na União são uma componente essencial dos elevados níveis de protecção social da União, e contribuem para a coesão e a justiça sociais, bem como para o desenvolvimento sustentável. Fazem igualmente parte do quadro mais amplo dos serviços de interesse geral.
- (4) Não obstante a possibilidade de os doentes receberem cuidados de saúde transfronteiriços nos termos da presente directiva, os Estados-Membros continuam a ser responsáveis pela prestação de cuidados de saúde seguros, de elevada qualidade, eficazes e em quantidade suficiente aos cidadãos no respectivo território. Além disso, a transposição da presente directiva para as legislações nacionais e a sua aplicação não deverão constituir um incentivo para que os doentes efectuem tratamentos fora do respectivo Estado-Membro de afiliação.
- (5) Tal como foi reconhecido pelo Conselho nas suas Conclusões de 1 e 2 de Junho de 2006 sobre «Valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia» <sup>(4)</sup>, a seguir designadas «Conclusões do Conselho», existe um conjunto de princípios de funcionamento comuns que são partilhados pelos sistemas de saúde em toda a União. Estes princípios de funcionamento são necessários para garantir a confiança dos doentes nos cuidados de saúde transfronteiriços, que contribui para a mobilidade dos doentes, bem como para um elevado nível de protecção sanitária. Na mesma declaração, o Conselho reconheceu que o modo como esses valores e princípios comuns se traduzem na prática varia de forma significativa entre os Estados-Membros. Em especial, é a nível nacional que deverão ser tomadas as decisões respeitantes ao conjunto de cuidados de saúde a que os cidadãos têm direito e aos regimes para o seu financiamento e prestação, como, por exemplo, a questão de saber em que medida é apropriado recorrer aos mecanismos do mercado e às pressões da concorrência para gerir os sistemas de saúde.
- (6) Tal como foi confirmado em várias ocasiões pelo Tribunal de Justiça da União Europeia, a seguir designado «Tribunal de Justiça», reconhecendo embora a sua natureza específica, todos os tipos de cuidados médicos estão abrangidos pelo âmbito de aplicação do TFUE.

<sup>(1)</sup> JO C 175 de 28.7.2009, p. 116.

<sup>(2)</sup> JO C 120 de 28.5.2009, p. 65.

<sup>(3)</sup> Posição do Parlamento Europeu de 23 de Abril de 2009 (JO C 184 E de 8.7.2010, p. 368), posição do Conselho em primeira leitura de 13 de Setembro de 2010 (JO C 275 E de 12.10.2010, p. 1), posição do Parlamento Europeu de 19 de Janeiro de 2011 (ainda não publicada no Jornal Oficial) e decisão do Conselho de 28 de Fevereiro de 2011.

<sup>(4)</sup> JO C 146 de 22.6.2006, p. 1.

- (7) A presente directiva respeita e não prejudica a liberdade de cada Estado-Membro decidir que tipo de cuidados de saúde considera adequado. Nenhuma disposição da presente directiva deverá ser interpretada de molde a pôr em causa as opções éticas fundamentais dos Estados-Membros.
- (8) Algumas questões relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços, em particular o reembolso dos custos relativos a cuidados de saúde prestados num Estado-Membro diferente do Estado-Membro em que o beneficiário dos cuidados reside, já foram abordadas pelo Tribunal de Justiça. A presente directiva visa assegurar uma aplicação mais geral e eficaz dos princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça de forma avulsa.
- (9) Nas Conclusões do Conselho, o Conselho reconheceu a particular utilidade de uma iniciativa no domínio dos cuidados de saúde transfronteiriços que assegure aos cidadãos da União informações claras sobre os seus direitos quando se deslocam entre Estados-Membros, a fim de garantir a segurança jurídica.
- (10) A presente directiva tem por objectivo estabelecer regras destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União, a assegurar a mobilidade dos doentes de acordo com os princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça e a promover a cooperação entre os Estados-Membros em matéria de cuidados de saúde, respeitando simultaneamente as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à definição das prestações de segurança social no domínio da saúde e à organização e prestação de cuidados de saúde e de cuidados médicos, e de outras prestações de segurança social, em particular ligadas à doença.
- (11) A presente directiva deverá aplicar-se aos doentes que procurem receber cuidados de saúde num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de afiliação. Tal como foi confirmado pelo Tribunal de Justiça, nem a sua natureza especial nem a forma como estão organizados ou são financiados podem excluir os cuidados de saúde do âmbito de aplicação do princípio fundamental da livre prestação de serviços. No entanto, o Estado-Membro de afiliação pode optar por limitar o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços por motivos que se prendem com a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde prestados, caso isso se justifique por razões imperiosas de interesse geral relacionadas com a saúde pública. O Estado-Membro de afiliação pode também tomar medidas adicionais com base noutros fundamentos, quando tal se justifique por razões imperiosas de interesse geral. Com efeito, o Tribunal de Justiça considerou que a protecção da saúde pública constitui uma das razões imperiosas de interesse geral que podem justificar restrições à livre circulação prevista nos Tratados.
- (12) A noção de «razões imperiosas de interesse geral» a que se referem determinadas disposições da presente directiva foi elaborada pela jurisprudência do Tribunal de Justiça relativa aos artigos 49.º e 56.º do TFUE, e pode continuar a evoluir. O Tribunal de Justiça sustentou em várias ocasiões que razões imperiosas de interesse geral podem legitimar entraves à liberdade de prestação de serviços, tais como requisitos de planeamento relacionados com o objectivo de garantir um acesso suficiente e permanente a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade no Estado-Membro em questão ou com o desejo de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos. O Tribunal de Justiça reconheceu, de igual modo, que o objectivo da manutenção de um serviço médico e hospitalar equilibrado e acessível a todos pode igualmente ser abrangido por uma das derrogações, com base em razões de saúde pública, previstas no artigo 52.º do TFUE, na medida em que contribua para a realização de um nível elevado de protecção da saúde. O Tribunal de Justiça sustentou também que essa disposição do TFUE permite que os Estados-Membros restrinjam a livre prestação de serviços médicos e hospitalares, na medida em que a manutenção da capacidade de tratamento ou de uma especialidade médica no território nacional seja essencial para a saúde pública.
- (13) É claro que a obrigação de reembolsar os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços deverá ser limitada aos cuidados de saúde aos quais a pessoa segurada tem direito nos termos da legislação do seu Estado-Membro de afiliação.
- (14) A presente directiva não deverá aplicar-se aos serviços cujo objectivo principal consista em ajudar as pessoas que precisam de assistência nos actos habituais da sua vida quotidiana. Mais especificamente, a presente directiva não deverá aplicar-se aos cuidados continuados considerados necessários para que a pessoa que precisa de cuidados possa ter uma vida tão plena e autónoma quanto possível. Assim, a presente directiva não deverá aplicar-se, por exemplo, aos cuidados continuados prestados por serviços de cuidados domiciliários, em residências assistidas ou em lares («casas de saúde»).
- (15) Dada a sua especificidade, o acesso a órgãos e a sua atribuição para efeitos de transplante deverão ser excluídos do âmbito de aplicação da presente directiva.
- (16) Para efeitos de reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços, a presente directiva deverá abranger não só as situações em que o doente recebe cuidados de saúde num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de afiliação, mas também a prescrição, a dispensa e o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos caso estes sejam fornecidos no âmbito de um serviço de saúde. A definição de cuidados de saúde transfronteiriços deverá abranger tanto a situação em que um doente adquire medicamentos e dispositivos médicos num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de afiliação, como a situação em que o doente adquire esses medicamentos e dispositivos médicos num Estado-Membro diferente daquele em que a receita foi emitida.



- (17) A presente directiva não deverá afectar as regras dos Estados-Membros relativas à venda de medicamentos e de dispositivos médicos pela internet.
- (18) A presente directiva não deverá atribuir a ninguém o direito à entrada, à estada ou à residência num Estado-Membro a fim de receber cuidados de saúde nesse Estado. Caso a estada de uma pessoa no território de um Estado-Membro não esteja em conformidade com a legislação desse Estado-Membro relativa ao direito à entrada ou à estada no seu território, essa pessoa não deverá ser considerada uma pessoa segurada de acordo com a definição da presente directiva. Continuará a ser da competência dos Estados-Membros especificar, na sua legislação nacional, quem é considerado uma pessoa segurada para efeitos do seu sistema público de cuidados de saúde e da sua legislação em matéria de segurança social, desde que os direitos dos doentes consagrados na presente directiva sejam assegurados.
- (19) Quando um doente recebe cuidados de saúde transfronteiriços, é essencial que saiba previamente quais as normas aplicáveis. As normas aplicáveis aos cuidados de saúde transfronteiriços deverão ser as normas previstas na legislação do Estado-Membro de tratamento, uma vez que, nos termos do n.º 7 do artigo 168.º do TFUE, a organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos é da responsabilidade dos Estados-Membros. Tal deverá ajudar o doente a fazer uma escolha informada e evitar eventuais equívocos e problemas de compreensão. Além disso, deverá estabelecer um elevado nível de confiança entre o doente e o prestador de cuidados de saúde.
- (20) A fim de ajudar os doentes a efectuar uma escolha esclarecida quando pretendem receber cuidados de saúde noutro Estado-Membro, os Estados-Membros de tratamento deverão assegurar que os doentes de outros Estados-Membros recebam, a seu pedido, as informações relevantes sobre as normas de segurança e de qualidade aplicadas no seu território, bem como sobre quais os prestadores de cuidados de saúde que estão sujeitos a essas normas. Além disso, os prestadores de cuidados de saúde deverão prestar aos doentes, a seu pedido, informações sobre aspectos específicos dos serviços de cuidados de saúde que ofereçam e sobre as opções de tratamento disponíveis. A presente directiva não deverá impor aos prestadores de cuidados de saúde a obrigação de prestarem aos doentes provenientes de outros Estados-Membros informações mais amplas do que aquelas que já prestam aos doentes residentes no Estado-Membro de tratamento sobre os referidos aspectos específicos. A presente directiva não deverá impedir o Estado-Membro de tratamento de impor igualmente a outros agentes, que não sejam os prestadores de cuidados de saúde, como as seguradoras ou as autoridades públicas, a obrigação de prestarem informações sobre aspectos específicos dos serviços de cuidados de saúde que ofereçam, se tal for mais adequado tendo em conta a organização do seu sistema de cuidados de saúde.
- (21) Nas suas conclusões, o Conselho reconheceu que existe um conjunto de valores e princípios comuns, que são partilhados em toda a União, sobre a forma como os sistemas de saúde respondem às necessidades das respectivas populações e doentes. Os valores comuns fundamentais da universalidade, do acesso a cuidados de saúde de boa qualidade, da equidade e da solidariedade já foram amplamente reconhecidos no trabalho de várias instituições da União. Por conseguinte, os Estados-Membros deverão igualmente velar pelo respeito desses valores também nos casos que envolvam doentes e cidadãos de outros Estados-Membros e assegurar que todos os doentes sejam tratados de forma equitativa, na base das suas necessidades em termos de cuidados de saúde, e não na base do seu Estado-Membro de afiliação. Ao proceder desta forma, os Estados-Membros deverão respeitar os princípios da livre circulação de pessoas no mercado interno, da não discriminação, nomeadamente por razões de nacionalidade, e da necessidade e proporcionalidade de quaisquer restrições à livre circulação. Contudo, a presente directiva não deverá obrigar os prestadores de cuidados de saúde a aceitar doentes de outros Estados-Membros para tratamentos planeados ou a dar a estes doentes prioridade em detrimento de outros doentes, por exemplo, aumentando o tempo de espera para tratamento de outros doentes. A afluência de doentes pode gerar uma procura que exceda as capacidades existentes num Estado-Membro para um determinado tratamento. Nesses casos excepcionais, o Estado-Membro deverá manter a possibilidade de remediar a situação por razões de saúde pública, nos termos dos artigos 52.º e 62.º do TFUE. No entanto, esta limitação não deverá prejudicar as obrigações dos Estados-Membros ao abrigo 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<sup>(1)</sup>.
- (22) Deverão ser envidados esforços sistemáticos e contínuos para assegurar que as normas de qualidade e segurança sejam melhoradas, em consonância com as Conclusões do Conselho, e que sejam tidos em conta os progressos da ciência médica internacional e as boas práticas médicas geralmente reconhecidas, bem como as novas tecnologias da saúde.
- (23) É essencial definir obrigações comuns claras nos regimes de responsabilidade por danos resultantes da prestação de cuidados de saúde, a fim de evitar que a falta de confiança nesses regimes constitua um entrave à utilização de cuidados de saúde transfronteiriços. Os regimes relativos à responsabilidade por danos no Estado-Membro de tratamento não deverão prejudicar a possibilidade de os Estados-Membros alargarem a cobertura dos seus sistemas nacionais a doentes do seu país que procurem obter cuidados de saúde no estrangeiro, sempre que tal seja mais apropriado para o doente.
- (24) Os Estados-Membros deverão assegurar a existência de regimes de protecção dos doentes e de reparação de danos em caso de danos resultantes de cuidados de saúde prestados no seu território, e que esses regimes sejam adaptados à natureza e à extensão do risco. Todavia, deverá caber aos Estados-Membros determinar as características e as formas de funcionamento desses regimes.

(1) JO L 166 de 30.4.2004, p. 1.

- (25) O direito à protecção dos dados pessoais é um direito fundamental reconhecido no artigo 8.º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. A continuidade dos cuidados de saúde transfronteiriços depende da transferência de dados pessoais sobre a saúde do doente. Esses dados pessoais deverão poder circular entre os Estados-Membros mas, simultaneamente, deverão ser salvaguardados os direitos fundamentais das pessoas. A Directiva 95/46/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Outubro de 1995, relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados<sup>(1)</sup>, confere aos indivíduos o direito de acederem a dados pessoais sobre a sua saúde, nomeadamente aos dados constantes dos registos médicos que contenham informações tais como diagnósticos, resultados dos exames médicos, avaliações dos médicos e quaisquer intervenções ou tratamentos realizados. Estas disposições deverão aplicar-se também no contexto dos cuidados de saúde transfronteiriços abrangidos pela presente directiva.
- (26) O direito ao reembolso dos custos relativos a cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro pelo regime obrigatório de segurança social dos doentes, enquanto pessoas seguradas, foi reconhecido pelo Tribunal de Justiça em diversos acórdãos. O Tribunal de Justiça considerou que as disposições do Tratado sobre a livre prestação de serviços incluem a liberdade de deslocação dos destinatários dos cuidados de saúde, incluindo as pessoas que necessitam de tratamento médico, a outro Estado-Membro, para aí receberem esses cuidados. O mesmo se aplica aos destinatários dos cuidados de saúde que procuram receber esses cuidados noutro Estado-Membro por outras formas, nomeadamente através de serviços de saúde por via electrónica.
- (27) De acordo com os princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça, e sem comprometer o equilíbrio financeiro dos sistemas de saúde e de segurança social dos Estados-Membros, deverá ser garantida maior segurança jurídica em matéria de reembolso das despesas dos cuidados de saúde aos doentes, aos profissionais de saúde, aos prestadores de cuidados de saúde e às instituições de segurança social.
- (28) A presente directiva não deverá afectar os direitos das pessoas seguradas relativos à assunção das despesas com cuidados de saúde que se tornem clinicamente necessários durante a estada temporária noutro Estado-Membro, em conformidade com o Regulamento (CE) n.º 883/2004. Além disso, a presente directiva não deverá afectar o direito de uma pessoa segurada obter autorização de tratamento noutro Estado-Membro, desde que estejam preenchidas as condições previstas nos regulamentos da União relativos à coordenação dos regimes de segurança social, em particular no Regulamento (CE) n.º 883/2004 ou no Regulamento (CEE) n.º 1408/71 do Conselho, de 14 de Junho de 1971, relativo à aplicação dos regimes de segurança social aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade<sup>(2)</sup>, que são aplicáveis por força do Regulamento (UE) n.º 1231/2010 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Novembro de 2010, que torna extensivos o Regulamento (CE) n.º 883/2004 e o Regulamento (CE) n.º 987/2009 aos nacionais de países terceiros que ainda não estejam abrangidos por esses regulamentos por razões exclusivas de nacionalidade<sup>(3)</sup> e do Regulamento (CE) n.º 859/2003 do Conselho, de 14 de Maio de 2003, que torna extensivas as disposições do Regulamento (CEE) n.º 1408/71 e do Regulamento (CEE) n.º 574/72 aos nacionais de Estados terceiros que ainda não estão abrangidos por estas disposições por razões exclusivas de nacionalidade<sup>(4)</sup>.
- (29) Os doentes que procurem receber cuidados de saúde noutro Estado-Membro em circunstâncias diferentes das previstas no Regulamento (CE) n.º 883/2004 deverão também poder beneficiar dos princípios de livre circulação de doentes, serviços e bens, em conformidade com o TFUE e com as disposições da presente directiva. Deverá ser garantida aos doentes a assunção dos custos desses cuidados de saúde, num montante pelo menos equivalente ao do reembolso devido, caso fossem prestados no Estado-Membro de afiliação. Esta medida deverá respeitar plenamente a responsabilidade dos Estados-Membros de determinarem o nível de cobertura dos riscos de doença disponível para os seus cidadãos e deverá evitar qualquer efeito significativo no financiamento dos sistemas nacionais de cuidados de saúde.
- (30) Por conseguinte, para os doentes, os dois sistemas deverão ser coerentes: ou é aplicável a presente directiva ou são aplicáveis os regulamentos da União relativos à coordenação dos regimes de segurança social.
- (31) Caso as respectivas condições sejam satisfeitas, o doente não deverá ser privado da aplicação dos direitos mais favoráveis garantidos pelos regulamentos da União relativos à coordenação dos sistemas de segurança social. Assim sendo, qualquer doente que solicite autorização para receber tratamento adequado ao seu estado de saúde noutro Estado-Membro deverá obter sempre essa autorização nas condições previstas nos regulamentos da União, caso o tratamento em questão esteja previsto nas prestações concedidas pela legislação do Estado-Membro em que o doente reside e caso o doente não possa receber esse tratamento num prazo razoável do ponto de vista médico, tendo em conta o seu estado de saúde e a evolução provável da sua condição. Se, todavia, um doente solicitar expressamente receber tratamento nos termos da presente directiva, as prestações susceptíveis de ser reembolsadas deverão ser limitadas às que estão previstas na presente directiva. Caso o doente tenha direito a cuidados de saúde transfronteiriços, tanto nos termos da presente directiva como nos do Regulamento (CE) n.º 883/2004, e a aplicação deste regulamento seja mais vantajosa para o doente, o Estado-Membro de afiliação deverá chamar a atenção do doente para o facto.

<sup>(1)</sup> JO L 281 de 23.11.1995, p. 31.

<sup>(2)</sup> JO L 149 de 5.7.1971, p. 2.

<sup>(3)</sup> JO L 344 de 29.12.2010, p. 1.

<sup>(4)</sup> JO L 124 de 20.5.2003, p. 1.



- (32) Contudo, o doente não deverá em nenhuma circunstância obter uma vantagem financeira dos cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro, e a assunção dos custos deverá restringir-se, consequentemente, aos custos reais dos cuidados de saúde que tenha recebido.
- (33) A presente directiva não visa criar um novo direito em matéria de reembolso dos custos dos cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro, caso esses cuidados de saúde não estejam previstos nas prestações concedidas pela legislação do Estado-Membro de afiliação da pessoa segurada. Do mesmo modo, a presente directiva não impede os Estados-Membros de tornarem o seu regime de prestações em espécie extensivo aos cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro. A presente directiva deverá reconhecer que os Estados-Membros têm liberdade para organizar os seus sistemas de cuidados de saúde e de segurança social de modo a assegurar o direito a tratamento a nível regional ou local.
- (34) Os Estados-Membros de afiliação deverão conceder aos doentes o direito de receber noutro Estado-Membro pelo menos as mesmas prestações que as previstas na legislação do Estado-Membro de afiliação. Se a lista das prestações não indicar especificamente o método de tratamento aplicado mas definir tipos de tratamento, o Estado-Membro de afiliação não deverá recusar a autorização prévia ou o reembolso baseando-se no facto de o método de tratamento não estar disponível no seu território, mas sim verificar se o tratamento fronteiriço pretendido ou recebido corresponde às prestações previstas na sua legislação. O facto de a obrigação de reembolsar cuidados de saúde transfronteiriços nos termos da presente directiva ser limitada aos cuidados que figuram entre as prestações a que o doente tem direito no seu Estado-Membro de afiliação não deverá impedir os Estados-Membros de reembolsar os custos de cuidados de saúde transfronteiriços que ultrapassem esses limites. Os Estados-Membros podem, por exemplo, reembolsar custos adicionais, tais como despesas de alojamento, de viagem ou despesas suplementares suportadas por pessoas com deficiência, mesmo que esses custos não sejam reembolsados no caso de cuidados de saúde prestados no seu território.
- (35) A presente directiva não deverá prever a transferência dos direitos de segurança social entre Estados-Membros nem outro sistema de coordenação dos regimes de segurança social. O único objectivo das disposições relativas à autorização prévia e ao reembolso dos cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro deverá ser permitir a livre prestação de cuidados de saúde aos doentes e eliminar os entraves injustificados a essa liberdade fundamental no Estado-Membro de afiliação do doente. Por conseguinte, a presente directiva deverá respeitar plenamente as diferenças de cada sistema nacional de cuidados de saúde e as responsabilidades dos Estados-Membros pela organização e prestação dos serviços de saúde e de cuidados médicos.
- (36) A presente directiva deverá estabelecer o direito de o doente receber qualquer medicamento cuja comercialização esteja autorizada no Estado-Membro de tratamento, mesmo que a comercialização desse medicamento não esteja autorizada no Estado-Membro de afiliação, uma vez que tal é indispensável para assegurar um tratamento eficaz noutro Estado-Membro. Nada deverá obrigar o Estado-Membro de afiliação a reembolsar uma pessoa segurada por um medicamento receitado no Estado-Membro de tratamento caso esse medicamento não figure entre as prestações fornecidas a essa pessoa segurada pelo regime obrigatório de segurança social ou pelo sistema nacional de saúde do Estado-Membro de afiliação.
- (37) 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. Tal pode incluir uma avaliação por um profissional de saúde ou por um administrador de cuidados de saúde que preste serviços no âmbito do regime obrigatório de segurança social ou do sistema nacional de saúde do Estado-Membro de afiliação, como o médico de clínica geral ou o médico de medicina geral ou familiar junto do qual o doente está registado, se tal for necessário para determinar individualmente o direito do doente aos cuidados de saúde. Consequentemente, é necessário assegurar que essas condições gerais, esses critérios e essas formalidades sejam aplicados de forma objectiva, transparente e não discriminatória, sejam conhecidos previamente, assentem essencialmente em considerações médicas, não representem um encargo adicional para os doentes que procurem cuidados de saúde noutro Estado-Membro, em comparação com os doentes que são tratados no Estado-Membro de afiliação, e que as decisões necessárias sejam tomadas o mais rapidamente possível. Tal não deverá prejudicar o direito de os Estados-Membros estabelecerem critérios ou condições de autorização prévia para os doentes que procurem cuidados de saúde no seu Estado-Membro de afiliação.
- (38) À luz da jurisprudência do Tribunal de Justiça, constitui uma restrição à livre prestação de serviços sujeitar a autorização prévia a assunção, por um regime obrigatório de segurança social ou por um sistema nacional de saúde, dos custos relativos a cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro. Consequentemente, o Estado-Membro de afiliação não deverá, regra geral, sujeitar a autorização prévia a assunção dos custos de cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro, desde que os custos desses cuidados de saúde, caso tivessem sido prestados no seu território, fossem suportados pelo seu regime obrigatório de segurança social ou pelo seu sistema nacional de saúde.
- (39) Os fluxos de doentes entre Estados-Membros são limitados e assim deverão permanecer, pois a grande maioria dos doentes da União recebe, e assim prefere, cuidados de saúde nos seus próprios países. No entanto, em certos

casos, os doentes poderão procurar algumas formas de tratamento noutro Estado-Membro. Tal sucede, nomeadamente, com os cuidados de saúde altamente especializados ou cuidados prestados em zonas fronteiriças em que o serviço de saúde mais adequado e mais próximo fica situado no outro lado da fronteira. Além disso, alguns doentes desejam ser tratados no estrangeiro para poderem estar perto de familiares que residem noutro Estado-Membro, ou para terem acesso a um método de tratamento diferente do prestado no Estado-Membro de afiliação ou por pensarem poder receber um cuidado de saúde de melhor qualidade noutro Estado-Membro.

- (40) De acordo com a jurisprudência constante do Tribunal de Justiça, os Estados-Membros podem sujeitar a autorização prévia a assunção, pelo sistema nacional, dos custos relativos a cuidados hospitalares prestados noutro Estado-Membro. O Tribunal de Justiça considerou que este requisito é não só necessário mas também razoável, uma vez que o número de hospitais, a sua distribuição geográfica, a forma como estão organizados, os equipamentos de que dispõem e mesmo a natureza dos serviços médicos que têm capacidade para oferecer são questões que exigem obrigatoriamente um planeamento, em geral destinado a satisfazer variadas necessidades. O Tribunal de Justiça entendeu que esse planeamento visa assegurar um acesso suficiente e permanente a um leque equilibrado de cuidados hospitalares de elevada qualidade no Estado-Membro em causa. Além disso, contribui para a consecução do objectivo de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos. De acordo com o Tribunal de Justiça, esse desperdício seria tanto mais prejudicial quanto se reconhece geralmente que o sector dos cuidados hospitalares gera custos consideráveis e tem de responder a necessidades cada vez maiores, ao mesmo tempo que os recursos financeiros disponibilizados para os cuidados de saúde não são ilimitados, seja qual for o modo de financiamento aplicado.
- (41) Aplica-se o mesmo raciocínio aos cuidados de saúde não prestados num hospital, mas sujeitos a necessidades de planeamento semelhantes no Estado-Membro de tratamento. Pode ser o caso de cuidados de saúde que exigem planeamento por envolverem a utilização de infra-estruturas ou de equipamentos médicos altamente especializados e onerosos. Tendo em conta os progressos tecnológicos, o desenvolvimento de novos métodos de tratamento e as diferentes políticas dos Estados-Membros em relação ao papel desempenhado pelos hospitais nos seus sistemas de cuidados de saúde, a questão de saber se este tipo de cuidados de saúde é prestado nos hospitais ou em instalações de cuidados ambulatoriais não é um factor determinante para decidir se exige planeamento ou não.
- (42) Dado que os Estados-Membros são responsáveis pelo estabelecimento de regras aplicáveis à gestão, aos requisitos, às normas de qualidade e segurança e à organização e prestação de cuidados de saúde, e que as necessidades de planeamento diferem de Estado-Membro para Estado-Membro, deverá incumbir aos Estados-Membros decidir se é necessário introduzir um sistema de autorização

prévia e, em caso afirmativo, identificar os cuidados de saúde que requerem autorização prévia no âmbito do seu sistema, nos termos dos critérios definidos pela presente directiva e à luz da jurisprudência do Tribunal de Justiça. As informações relativas a esses cuidados de saúde deverão ser tornadas públicas antecipadamente.

- (43) Os critérios associados à concessão de autorização prévia deverão ser justificados à luz das razões imperiosas de interesse geral susceptíveis de legitimar os entraves à livre circulação dos cuidados de saúde, tais como requisitos de planeamento relacionados com o objectivo de garantir um acesso suficiente e permanente a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade no Estado-Membro em questão ou com o desejo de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos. O Tribunal identificou várias considerações que podem ser invocadas: o risco de prejudicar gravemente o equilíbrio financeiro de um sistema de segurança social, o objectivo de manter, por razões de saúde pública, um serviço médico e hospitalar equilibrado e acessível a todos e o objectivo de manter a capacidade de tratamento ou uma especialidade médica no território nacional, essenciais para a saúde pública e mesmo para a sobrevivência da população. É igualmente importante ter em conta o princípio geral da garantia da protecção da segurança do doente, num sector sobejamente conhecido pela assimetria da informação, na gestão de um sistema de autorização prévia. Inversamente, a recusa de concessão de autorização prévia não pode basear-se no facto de existirem listas de espera no território nacional destinadas a permitir que a prestação de cuidados hospitalares seja planeada e gerida com base em prioridades clínicas gerais pré-determinadas, sem que se efectue uma avaliação médica objectiva.
- (44) De acordo com a jurisprudência constante do Tribunal de Justiça, os critérios para conceder ou recusar a autorização prévia deverão limitar-se ao que é necessário e proporcional à luz dessas razões imperiosas de interesse geral. É de referir que o impacto causado pela mobilidade dos doentes nos sistemas nacionais de saúde poderá variar entre Estados-Membros ou entre regiões no interior de um mesmo Estado-Membro, em função de factores como a localização geográfica, as barreiras linguísticas, a localização dos hospitais nas regiões fronteiriças ou a dimensão da população e do orçamento para os cuidados de saúde. Por conseguinte, deverá caber aos Estados-Membros estabelecer os critérios para a recusa de autorização prévia que sejam necessários e proporcionados no contexto específico, tendo igualmente em conta quais os cuidados de saúde que recaem no âmbito de aplicação do sistema de autorização prévia, uma vez que certos tratamentos de natureza altamente especializada serão mais facilmente afectados, mesmo por um fluxo de saída de doentes limitado, do que outros. Por conseguinte, os Estados-Membros deverão poder estabelecer critérios diferentes para regiões diferentes ou para outros níveis administrativos relevantes para a organização dos cuidados de saúde, ou mesmo para tratamentos diferentes, desde que o sistema seja transparente e facilmente acessível e que os critérios sejam levados de antemão ao conhecimento do público.



- (45) Caso o doente tenha direito a cuidados de saúde que não possam ser prestados dentro de um prazo aceitável do ponto de vista médico, o Estado-Membro de afiliação deverá, em princípio, ser obrigado a conceder a autorização prévia. Contudo, em determinadas circunstâncias, os cuidados de saúde transfronteiriços podem expor o doente ou o público em geral a um risco que prevalece sobre o interesse do doente de receber o cuidado de saúde pretendido. Nesse caso, o Estado-Membro de afiliação deverá poder recusar o pedido de autorização prévia e deverá dirigir o doente para soluções alternativas.
- (46) De qualquer modo, se um Estado-Membro decidir aplicar um sistema de autorização prévia para a assunção dos custos de cuidados hospitalares ou especializados prestados noutro Estado-Membro nos termos das disposições da presente directiva, esses custos deverão igualmente ser reembolsados pelo Estado-Membro de afiliação, num nível equivalente ao do reembolso devido se o doente tivesse recebido cuidados idênticos no Estado-Membro de afiliação, sem contudo exceder o custo real dos cuidados de saúde prestados. Todavia, sempre que estejam preenchidas as condições definidas no Regulamento (CEE) n.º 1408/71 ou no Regulamento (CE) n.º 883/2004, a autorização deverá ser concedida e as prestações deverão ser realizadas nos termos do Regulamento (CE) n.º 883/2004, salvo pedido em contrário do doente. Tal deverá aplicar-se, em particular, nos casos em que a autorização seja concedida na sequência de recurso administrativo ou contencioso relativo ao pedido de autorização e em que a pessoa em causa tenha recebido o tratamento noutro Estado-Membro. Nestes casos, os artigos 7.º e 8.º da presente directiva não deverão ser aplicados. O que precede respeita a jurisprudência do Tribunal de Justiça, na qual se especifica que, caso um pedido de autorização seja indeferido por razões que venham ulteriormente a ser consideradas infundadas, os doentes têm direito ao reembolso da totalidade dos custos dos tratamentos recebidos noutro Estado-Membro, de acordo com a legislação do Estado-Membro em que os tratamentos tenham sido realizados.
- (47) Os procedimentos adoptados pelos Estados-Membros no domínio dos cuidados de saúde transfronteiriços deverão dar aos doentes garantias de objectividade, não discriminação e transparência que assegurem que as decisões das autoridades nacionais sejam tomadas atempadamente e tendo na devida conta esses princípios gerais e as circunstâncias individuais de cada caso. Tal deverá aplicar-se, igualmente, ao reembolso efectivo dos custos dos cuidados de saúde incorridos noutro Estado-Membro, após o doente ter recebido o tratamento. É conveniente que, em circunstâncias normais, os doentes tenham o direito de receber as decisões relativas a cuidados de saúde transfronteiriços dentro de um prazo razoável. Se o tratamento em causa for urgente, o prazo deverá ser mais curto.
- (48) É necessária uma informação adequada sobre todos os aspectos essenciais dos cuidados de saúde transfronteiriços, para permitir que os doentes exerçam na prática os seus direitos. No que diz respeito aos cuidados de saúde transfronteiriços, uma das formas de divulgar essa informação consiste na criação de pontos de contacto nacionais em cada Estado-Membro. Deverão ser especificadas as informações que têm de ser obrigatoriamente comunicadas aos doentes. Contudo, os pontos de contacto nacionais podem prestar mais informações numa base facultativa e também com o apoio da Comissão. Os pontos de contacto nacionais deverão prestar as informações aos doentes em qualquer das línguas oficiais do Estado-Membro em que estão situados. As informações podem ser prestadas em qualquer outra língua.
- (49) Competirá aos Estados-Membros decidir sobre a forma e o número dos respectivos pontos de contacto nacionais. Esses pontos de contacto nacionais poderão também estar integrados em centros de informação já existentes ou apoiar-se nas actividades desses centros, desde que seja claramente indicado que essas estruturas funcionam simultaneamente como pontos de contacto nacionais para os cuidados de saúde transfronteiriços. Os pontos de contacto nacionais deverão ser estabelecidos de um modo eficiente e transparente e deverão poder concertar-se com organizações de doentes, seguradoras no domínio dos cuidados de saúde e prestadores de cuidados de saúde. Os pontos de contacto nacionais deverão dispor de infra-estruturas apropriadas para facilitar informações sobre os principais aspectos dos cuidados de saúde transfronteiriços. A Comissão deverá trabalhar em conjunto com os Estados-Membros para facilitar a cooperação relacionada com os pontos de contacto nacionais para os cuidados de saúde transfronteiriços, nomeadamente facultando toda a informação pertinente a nível da União. A existência de pontos de contacto nacionais não deverá impedir os Estados-Membros de criarem outros pontos de contacto interligados a nível regional ou local, reflectindo a organização específica dos seus sistemas de cuidados de saúde.
- (50) Para garantir cuidados de saúde transfronteiriços seguros, eficientes e de elevada qualidade, os Estados-Membros deverão facilitar a cooperação entre os prestadores de cuidados de saúde, os utentes e os reguladores dos diferentes Estados-Membros, a nível nacional, regional ou local. Tal poderá assumir particular importância nas regiões fronteiriças, onde a prestação de serviços transfronteiriços pode constituir a forma mais eficiente de organizar os serviços de saúde para as populações locais, mas onde a prestação continuada desses serviços exige uma cooperação entre os sistemas de saúde dos diferentes Estados-Membros. Essa cooperação pode incluir o planeamento conjunto, o reconhecimento mútuo ou a adaptação de procedimentos ou normas, a interoperabilidade dos respectivos sistemas nacionais de tecnologias de informação e comunicação (TIC), mecanismos práticos que assegurem a continuidade dos cuidados de saúde ou medidas que facilitem na prática a prestação, por profissionais de saúde, de cuidados de saúde transfronteiriços numa base temporária ou ocasional. Nos termos da Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais<sup>(1)</sup>, a prestação gratuita de serviços temporários ou ocasionais noutro Estado-Membro, incluindo os serviços prestados por profissionais de saúde, não é restringida por qualquer razão

(1) JO L 255 de 30.9.2005, p. 22.

relativa às qualificações profissionais, salvo quando previsto especificamente pelo direito da União. A presente directiva deverá aplicar-se sem prejuízo do disposto na Directiva 2005/36/CE.

- (51) A Comissão deverá incentivar a cooperação entre os Estados-Membros nos domínios referidos no capítulo IV da presente directiva e pode tomar todas as iniciativas adequadas que facilitem e promovam essa cooperação nos termos do n.º 2 do artigo 168.º do TFUE e em estreito contacto com os Estados-Membros. Neste contexto a Comissão deverá incentivar a cooperação em matéria de prestação de cuidados de saúde transfronteiriços aos níveis regional e local, através, nomeadamente, da identificação dos principais entraves à cooperação entre prestadores de cuidados de saúde em regiões fronteiriças e da formulação de recomendações e divulgação de informação e boas práticas sobre a melhor forma de ultrapassar estes obstáculos.
- (52) Os Estados-Membros de afiliação podem necessitar de uma confirmação de que o cuidado de saúde transfronteiriço foi ou será prestado por um profissional que exerça a sua actividade legalmente. É, por conseguinte, conveniente velar por que a informação sobre o direito de exercer previsto nas ordens dos profissionais de saúde nacionais ou locais, se se encontrarem estabelecidos no Estado-Membro do tratamento, seja disponibilizada às autoridades do Estado-Membro de afiliação, a pedido destas.
- (53) Caso um medicamento autorizado num Estado-Membro seja receitado a um determinado doente nesse Estado-Membro por uma pessoa que exerça uma profissão de saúde regulamentada nos termos da Directiva 2005/36/CE, essa receita médica deverá poder, em princípio, ser reconhecida por um médico e o medicamento deverá poder ser fornecido noutro Estado-Membro em que esse medicamento seja autorizado. A eliminação de barreiras reguladoras e administrativas a esse reconhecimento não deverá dispensar a necessidade de um acordo apropriado por parte do médico ou do farmacêutico em causa, para cada caso individual, quando justificado por razões de protecção da saúde humana e desde que seja necessário e proporcional para atingir esse objectivo. O reconhecimento de receitas médicas provenientes de outros Estados-Membros não deverá afectar os deveres profissionais ou éticos que exijam que o farmacêutico se recuse a aviar a receita. Esse reconhecimento médico também não deverá prejudicar a decisão do Estado-Membro de afiliação sobre uma eventual inclusão desse medicamento nas prestações abrangidas pelo regime de segurança social em que o doente está afiliado. É de notar ainda que o reembolso dos medicamentos não é afectado pelas regras relativas ao reconhecimento mútuo das receitas médicas, mas sim abrangido pelas regras gerais aplicáveis ao reembolso de cuidados de saúde transfronteiriços previstas no capítulo III da presente directiva. A aplicação do princípio do reconhecimento deverá ser facilitada pela adopção das medidas necessárias para proteger a segurança dos doentes e evitar qualquer utilização indevida ou confusão relacionada com os medicamentos. Entre essas medidas conta-se a adopção de uma lista não exaustiva de elementos a incluir nas receitas médicas. Nada obsta a que os Estados-Membros introduzam nas suas receitas médicas outros elementos, desde que tal não impeça o reconhecimento das receitas provenientes de

outros Estados-Membros nas quais figure a lista comum de elementos. O reconhecimento das receitas médicas deverá aplicar-se também aos dispositivos médicos legalmente colocados no mercado no Estado-Membro em que o dispositivo é fornecido.

- (54) A Comissão deverá apoiar o desenvolvimento continuado de redes europeias de referência entre os prestadores de cuidados de saúde e os centros especializados nos Estados-Membros. As redes europeias de referência podem melhorar o acesso ao diagnóstico e a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade a todos os doentes cuja condição clínica exija uma concentração especial de recursos ou de conhecimentos especializados, e podem também servir de pontos de contacto de formação e investigação médica, divulgação de informação e avaliação, em particular no caso das doenças raras. Por conseguinte, a presente directiva deverá incentivar os Estados-Membros a incrementar o desenvolvimento contínuo das redes europeias de referência. As redes europeias de referência baseiam-se na participação voluntária dos seus membros, mas a Comissão deverá definir os critérios e as condições que deverão ser preenchidos pelas redes para obterem o apoio da Comissão.
- (55) São consideradas doenças raras aquelas que têm um limite de prevalência de cinco casos, no máximo, por cada 10 000 pessoas, nos termos do Regulamento (CE) n.º 141/2000 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Dezembro de 1999, relativo aos medicamentos órfãos<sup>(1)</sup>, sendo todas elas doenças graves, crónicas e que frequentemente põem em perigo a vida do doente. Alguns doentes afectados por doenças raras sentem dificuldades em obter um diagnóstico e um tratamento que lhes permitam melhorar a qualidade de vida e aumentar a esperança de vida, dificuldades essas que são reconhecidas na Recomendação do Conselho, de 8 de Junho de 2009, relativa a uma acção europeia em matéria de doenças raras<sup>(2)</sup>.
- (56) A evolução tecnológica verificada na prestação transfronteiriça de cuidados de saúde mediante a utilização de TIC pode tornar o exercício das responsabilidades de controlo pelos Estados-Membros menos claro e, dessa forma, prejudicar a livre circulação dos cuidados de saúde e gerar possíveis riscos adicionais para a protecção da saúde. Na União, os cuidados de saúde que utilizam TIC obedecem a normas e modelos significativamente diferentes e incompatíveis, o que dificulta a prestação deste tipo de cuidados transfronteiriços e pode gerar riscos para a protecção da saúde. Por conseguinte, é necessário que os Estados-Membros procurem assegurar a interoperabilidade dos sistemas de TIC. No entanto, a implantação de sistemas de TIC no domínio da saúde é inteiramente da competência nacional. A presente directiva deverá reconhecer, por conseguinte, tanto a importância dos trabalhos sobre a interoperabilidade como a repartição adequada de competências, prevendo disposições para que a Comissão e os Estados-Membros prossigam os trabalhos destinados a elaborar medidas que, embora não sendo de forma alguma juridicamente vinculativas, figurarão entre os instrumentos que os Estados-Membros podem decidir

<sup>(1)</sup> JO L 18 de 22.1.2000, p. 1.

<sup>(2)</sup> JO C 151 de 3.7.2009, p. 7.



utilizar para facilitar uma maior interoperabilidade dos sistemas de tecnologias da informação e da comunicação no domínio dos cuidados de saúde, bem como para facilitar o acesso do doente às aplicações electrónicas no domínio da saúde, quando os Estados-Membros decidirem introduzi-las.

- (57) A interoperabilidade dos serviços de saúde em linha deverá ser feita no respeito das legislações nacionais relativas aos serviços de prestação de cuidados de saúde adoptadas tendo em vista a protecção dos doentes, incluindo as disposições sobre o envio de medicamentos por farmácias em linha, em particular as proibições nacionais de envio de medicamentos sujeitos a prescrição médica, na medida em que sejam compatíveis com a jurisprudência do Tribunal de Justiça, a Directiva 97/7/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 20 de Maio de 1997, relativa à protecção dos consumidores em matéria de contratos à distância<sup>(1)</sup> e a Directiva 2000/31/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 8 de Junho de 2000, relativa a certos aspectos legais dos serviços da sociedade de informação, em especial do comércio electrónico, no mercado interno<sup>(2)</sup>.
- (58) A evolução constante da ciência médica e das tecnologias da saúde representa, simultaneamente, uma oportunidade e um desafio para os sistemas de saúde dos Estados-Membros. A cooperação na avaliação das novas tecnologias da saúde pode ajudar os Estados-Membros ao gerar economias de escala e evitar duplicações de esforços, além de fornecer uma base de conhecimentos mais adequada, que permite otimizar a utilização das novas tecnologias, assegurando cuidados de saúde seguros, de elevada qualidade e eficientes. Esta cooperação exige a criação de estruturas estáveis, que envolvam todas as autoridades competentes dos Estados-Membros e que se baseiem nos projectos-piloto existentes e na consulta de um vasto espectro de partes interessadas. Por conseguinte, a presente directiva deverá constituir uma base para um apoio continuado da União a essa cooperação.
- (59) Nos termos do artigo 291.º do TFUE, as regras e os princípios gerais relativos aos mecanismos de controlo pelos Estados-Membros do exercício das competências de execução pela Comissão devem ser previamente definidos num regulamento adoptado de acordo com o processo legislativo ordinário. Enquanto se aguarda a adopção desse novo regulamento, a Decisão 1999/468/CE, de 28 de Junho de 1999, que fixa as regras de exercício das competências de execução atribuídas à Comissão<sup>(3)</sup>, continua a aplicar-se, com excepção do procedimento de regulamentação com controlo, que não é aplicável.
- (60) A Comissão deverá ter poderes para adoptar actos delegados nos termos do artigo 290.º do TFUE no que diz respeito a medidas que excluam certas categorias de

medicamentos ou dispositivos médicos do princípio de reconhecimento das receitas médicas, previsto na presente directiva. A fim de identificar as redes de referência que deverão beneficiar do apoio da Comissão, esta última também deverá ter poderes para adoptar actos delegados no que respeita aos critérios e condições que as redes de referência europeias deverão preencher.

- (61) É particularmente importante que, quando lhe forem atribuídos poderes para adoptar actos delegados nos termos do artigo 290.º do TFUE, a Comissão proceda a consultas adequadas durante os trabalhos preparatórios, inclusive a nível de peritos.
- (62) Nos termos do ponto 34 do Acordo Interinstitucional «Legislar melhor»<sup>(4)</sup>, os Estados-Membros são encorajados a elaborar, para si próprios e no interesse da União, os seus próprios quadros, que ilustrem, na medida do possível, a concordância entre a presente directiva e as medidas de transposição, e a publicá-los.
- (63) A Autoridade Europeia para a Protecção de Dados também emitiu parecer sobre a proposta referente à presente directiva<sup>(5)</sup>.
- (64) Atendendo a que o objectivo da presente directiva, a saber, a definição de regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União, não pode ser suficientemente realizado pelos Estados-Membros e pode, pois, devido à sua dimensão e aos seus efeitos, ser mais bem alcançado a nível da União, a União pode tomar medidas em conformidade com o princípio da subsidiariedade consagrado no artigo 5.º do Tratado da União Europeia. Em conformidade com o princípio da proporcionalidade consagrado no mesmo artigo, a presente directiva não excede o necessário para atingir aquele objectivo,

ADOPTARAM A PRESENTE DIRECTIVA:

#### CAPÍTULO I

#### DISPOSIÇÕES GERAIS

##### Artigo 1.º

#### Objecto e âmbito de aplicação

1. A presente directiva estabelece regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os Estados-Membros, no pleno respeito das competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde. A presente directiva visa igualmente clarificar a sua articulação com o quadro de coordenação dos regimes de segurança social já existente [Regulamento (CE) n.º 883/2004] com vista à aplicação dos direitos dos doentes.

<sup>(1)</sup> JO L 144 de 4.6.1997, p. 19.

<sup>(2)</sup> JO L 178 de 17.7.2000, p. 1.

<sup>(3)</sup> JO L 184 de 17.7.1999, p. 23.

<sup>(4)</sup> JO C 321 de 31.12.2003, p. 1.

<sup>(5)</sup> JO C 128 de 6.6.2009, p. 20.

2. A presente directiva aplica-se à prestação de cuidados de saúde aos doentes, independentemente da forma como sejam organizados, prestados ou financiados.

3. A presente directiva não se aplica:

- a) Aos serviços no domínio dos cuidados de saúde continuados destinados a apoiar as pessoas que necessitam de assistência para a realização das tarefas rotineiras da sua vida quotidiana;
- b) À atribuição de órgãos e ao acesso aos mesmos para efeitos de transplante;
- c) Com excepção do capítulo IV, aos programas de vacinação pública contra doenças infecciosas destinados exclusivamente a proteger a saúde da população no território de um Estado-Membro e que são objecto de planeamento e de medidas de aplicação específicos.

4. A presente directiva não afecta as disposições legislativas e regulamentares dos Estados-Membros no que diz respeito à organização e ao financiamento dos cuidados de saúde em situações não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços. Designadamente, nenhuma disposição da presente directiva obriga um Estado-Membro a reembolsar os custos dos cuidados de saúde ministrados por prestadores de cuidados de saúde estabelecidos no seu território se esses prestadores não estiverem integrados no regime de segurança social ou no sistema de saúde público desse Estado-Membro.

#### Artigo 2.º

##### Articulação com outros actos da União

A presente directiva é aplicável sem prejuízo do disposto:

- a) Na Directiva 89/105/CEE do Conselho, de 21 de Dezembro de 1988, relativa à transparência das medidas que regulamentam a formação do preço das especialidades farmacêuticas para uso humano e a sua inclusão nos sistemas nacionais de seguro de saúde <sup>(1)</sup>;
- b) Na Directiva 90/385/CEE do Conselho, de 20 de Junho de 1990, relativa à aproximação das legislações dos Estados-Membros respeitantes aos dispositivos medicinais implantáveis activos <sup>(2)</sup>, na Directiva 93/42/CEE do Conselho, de 14 de Junho de 1993, relativa aos dispositivos médicos <sup>(3)</sup>, e na Directiva 98/79/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Outubro de 1998, relativa aos dispositivos médicos de diagnóstico *in vitro* <sup>(4)</sup>;
- c) Na Directiva 95/46/CE e na Directiva 2002/58/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de Julho de 2002, relativa ao tratamento de dados pessoais e à protecção da privacidade no sector das comunicações electrónicas <sup>(5)</sup>;
- d) Na Directiva 96/71/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Dezembro de 1996, relativa ao destacamento de trabalhadores no âmbito de uma prestação de serviços <sup>(6)</sup>;
- e) Na Directiva 2000/31/CE;

f) Na Directiva 2000/43/CE do Conselho, de 29 de Junho de 2000, que aplica o princípio da igualdade de tratamento entre as pessoas, sem distinção de origem racial ou étnica <sup>(7)</sup>;

g) Na Directiva 2001/20/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 4 de Abril de 2001, relativa à aproximação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas dos Estados-Membros respeitantes à aplicação de boas práticas clínicas na condução dos ensaios clínicos de medicamentos para uso humano <sup>(8)</sup>;

h) Na Directiva 2001/83/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de Novembro de 2001, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano <sup>(9)</sup>;

i) Na Directiva 2002/98/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de Janeiro de 2003, que estabelece normas de qualidade e segurança em relação à colheita, análise, processamento, armazenamento e distribuição de sangue humano e de componentes sanguíneos <sup>(10)</sup>;

j) No Regulamento (CE) n.º 859/2003;

k) Na Directiva 2004/23/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004, relativa ao estabelecimento de normas de qualidade e segurança em relação à dádiva, colheita, análise, processamento, preservação, armazenamento e distribuição de tecidos e células de origem humana <sup>(11)</sup>;

l) No Regulamento (CE) n.º 726/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 31 de Março de 2004, que estabelece procedimentos comunitários de autorização e de fiscalização de medicamentos para uso humano e veterinário e que institui uma Agência Europeia de Medicamentos <sup>(12)</sup>;

m) No Regulamento (CE) n.º 883/2004 e no 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 <sup>(13)</sup>;

n) Na Directiva 2005/36/CE;

o) No Regulamento (CE) n.º 1082/2006 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 5 de Julho de 2006, relativo aos agrupamentos europeus de cooperação territorial (AECT) <sup>(14)</sup>;

<sup>(1)</sup> JO L 180 de 19.7.2000, p. 22.

<sup>(2)</sup> JO L 121 de 1.5.2001, p. 34.

<sup>(3)</sup> JO L 311 de 28.11.2001, p. 67.

<sup>(4)</sup> JO L 33 de 8.2.2003, p. 30.

<sup>(5)</sup> JO L 102 de 7.4.2004, p. 48.

<sup>(6)</sup> JO L 136 de 30.4.2004, p. 1.

<sup>(7)</sup> JO L 284 de 30.10.2009, p. 1.

<sup>(8)</sup> JO L 210 de 31.7.2006, p. 19.

<sup>(1)</sup> JO L 40 de 11.2.1989, p. 8.

<sup>(2)</sup> JO L 189 de 20.7.1990, p. 17.

<sup>(3)</sup> JO L 169 de 12.7.1993, p. 1.

<sup>(4)</sup> JO L 331 de 7.12.1998, p. 1.

<sup>(5)</sup> JO L 201 de 31.7.2002, p. 37.

<sup>(6)</sup> JO L 18 de 21.1.1997, p. 1.

- p) No Regulamento (CE) n.º 1338/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Dezembro de 2008, relativo às estatísticas comunitárias sobre saúde pública e saúde e segurança no trabalho <sup>(1)</sup>;
- q) No Regulamento (CE) n.º 593/2008 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 17 de Junho de 2008, sobre a lei aplicável às obrigações contratuais (Roma I) <sup>(2)</sup>, no Regulamento (CE) n.º 864/2007 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de Julho de 2007, relativo à lei aplicável às obrigações extracontratuais (Roma II) <sup>(3)</sup>, e noutras normas da União de direito internacional privado, e particular no que se refere à competência judiciária e ao direito aplicável;
- r) Na Directiva 2010/53/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Julho de 2010, relativa a normas de qualidade e segurança dos órgãos humanos destinados a transplantação <sup>(4)</sup>;
- s) No Regulamento (UE) n.º 1231/2010.

### Artigo 3.º

#### Definições

Para efeitos da presente directiva, entende-se por:

- a) «Cuidados de saúde», os serviços de saúde prestados por profissionais de saúde aos doentes com o objectivo de avaliar, manter ou reabilitar o seu estado de saúde, incluindo a prescrição, a dispensa e o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos;
- b) «Pessoa segurada»:
- i) as pessoas, incluindo os membros da sua família e os seus sobreviventes, abrangidas pelo artigo 2.º do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e que sejam pessoas seguradas na acepção da alínea c) do artigo 1.º do mesmo regulamento, e
- ii) os nacionais de um país terceiro abrangidos pelo Regulamento (CE) n.º 859/2003 ou pelo Regulamento (UE) n.º 1231/2010, ou que satisfaçam as condições estabelecidas na legislação do Estado-Membro de afiliação relativa ao direito às prestações;
- c) «Estado-Membro de afiliação»,
- i) para as pessoas a que se refere a subalínea i) da alínea b), o Estado-Membro competente para conceder às pessoas seguradas uma autorização prévia para receber tratamento adequado fora do Estado-Membro de residência nos termos do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e do Regulamento (CE) n.º 987/2009,
- ii) para as pessoas a que se refere a subalínea ii) da alínea b), o Estado-Membro competente para conceder às pessoas seguradas uma autorização prévia para receber tratamento adequado noutra Estado-Membro nos termos do Regulamento (CE) n.º 859/2003 ou do Regulamento (UE) n.º 1231/2010. Se nenhum Estado-Membro for competente nos termos dos referidos regulamentos, o Estado-Membro de afiliação é o Estado-Membro em que as pessoas estão seguradas ou têm direito a prestações de doença nos termos da legislação desse Estado-Membro;
- d) «Estado-Membro de tratamento», o Estado-Membro em cujo território os cuidados de saúde são efectivamente prestados ao doente. No caso da telemedicina, considera-se que os cuidados de saúde são prestados no Estado-Membro em que o prestador dos cuidados de saúde está estabelecido;
- e) «Cuidados de saúde transfronteiriços», os cuidados de saúde prestados ou prescritos num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de afiliação;
- f) «Profissional de saúde», um médico, um enfermeiro responsável por cuidados gerais, um dentista, uma parteira ou um farmacêutico nos termos da Directiva 2005/36/CE, ou outro profissional cuja actividade no sector dos cuidados de saúde constitua uma profissão regulamentada nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 3.º da Directiva 2005/36/CE, ou ainda uma pessoa considerada profissional de saúde nos termos da legislação do Estado-Membro de tratamento;
- g) «Prestador de cuidados de saúde», uma pessoa singular ou colectiva ou outra entidade que preste legalmente cuidados de saúde no território de um Estado-Membro;
- h) «Doente», uma pessoa singular que procure receber ou receba cuidados de saúde num Estado-Membro;
- i) «Medicamento», qualquer medicamento na acepção da Directiva 2001/83/CE;
- j) «Dispositivo médico», um dispositivo médico na acepção da Directiva 90/385/CEE, da Directiva 93/42/CEE ou da Directiva 98/79/CE;
- k) «Receita médica», uma receita de medicamentos ou de dispositivos médicos prescrita por uma pessoa que exerça uma profissão de saúde regulamentada na acepção da alínea a) do n.º 1 do artigo 3.º da Directiva 2005/36/CE e que esteja legalmente habilitada a fazê-lo no Estado-Membro em que a receita é prescrita;

<sup>(1)</sup> JO L 354 de 31.12.2008, p. 70.

<sup>(2)</sup> JO L 177 de 4.7.2008, p. 6.

<sup>(3)</sup> JO L 199 de 31.7.2007, p. 40.

<sup>(4)</sup> JO L 207 de 6.8.2010, p. 14.



- l) «Tecnologia da saúde», um medicamento, um dispositivo médico ou procedimentos médicos ou cirúrgicos, bem como medidas de prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças utilizadas na prestação de cuidados de saúde;
- m) «Processo clínico», o conjunto de documentos com todo o tipo de dados, avaliações e informações sobre a situação e a evolução clínica de um doente ao longo do processo de prestação de cuidados de saúde.

#### CAPÍTULO II

### OBRIGAÇÕES DOS ESTADOS-MEMBROS NO QUE DIZ RESPEITO AOS CUIDADOS DE SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇOS

#### Artigo 4.º

##### Obrigações do Estado-Membro de tratamento

1. Tendo em conta os princípios da universalidade, do acesso a cuidados de saúde de boa qualidade, da equidade e da solidariedade, os cuidados de saúde transfronteiriços são prestados:

- a) Nos termos da legislação do Estado-Membro de tratamento;
- b) De acordo com as normas e orientações em matéria de qualidade e segurança estabelecidas pelo Estado-Membro de tratamento; e
- c) Nos termos da legislação da União relativa às normas de segurança;

2. O Estado-Membro de tratamento assegura que:

- a) Os doentes recebam, a seu pedido, informação relevante dos pontos de contacto nacionais a que se refere o artigo 6.º sobre as normas e orientações referidas na alínea b) do n.º 1 do presente artigo, incluindo disposições relativas à supervisão e à avaliação dos prestadores de cuidados de saúde, bem como informação sobre os prestadores de cuidados de saúde sujeitos a essas normas e orientações e informação sobre a acessibilidade dos hospitais para pessoas com deficiência;
- b) Os prestadores de cuidados de saúde facultem informação relevante que permita a cada doente fazer uma escolha esclarecida sobre, nomeadamente, as opções de tratamento, a disponibilidade, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde que prestam no Estado-Membro de tratamento; os prestadores de cuidados de saúde facultam igualmente facturas claras e informações claras sobre os preços, sobre a sua situação em termos de autorização ou de registo, sobre a sua cobertura de seguros ou sobre outros meios de protecção individual ou colectiva no tocante à responsabilidade profissional. Na medida em que os prestadores de cuidados de saúde já forneçam aos doentes residentes no Estado-Membro de tratamento informações relevantes nesta matéria, a presente directiva não obriga os prestadores de cuidados de

saúde a facultarem informações mais amplas aos doentes provenientes de outros Estados-Membros;

- c) Os doentes disponham de procedimentos de reclamação transparentes, para que possam procurar vias de reparação de danos resultantes da prestação de cuidados de saúde nos termos da legislação do Estado-Membro de tratamento;
- d) Exista um regime de seguro de responsabilidade profissional, ou uma garantia ou disposição similar que seja equivalente ou no essencial comparável quanto ao seu objectivo e esteja adaptada à natureza e à dimensão do risco, para os tratamentos realizados no seu território;
- e) O direito fundamental à privacidade, no que se refere ao tratamento dos dados pessoais, esteja salvaguardado nos termos das medidas nacionais de aplicação das disposições da União sobre a protecção dos dados pessoais, nomeadamente as Directivas 95/46/CE e 2002/58/CE;
- f) A fim de garantir a continuidade do tratamento, os doentes que tenham recebido tratamento tenham direito a que este fique consignado num processo clínico escrito ou informático e tenham acesso pelo menos a uma cópia desse registo nos termos e nas condições das medidas nacionais de aplicação das disposições da União sobre a protecção dos dados pessoais, nomeadamente as Directivas 95/46/CE e 2002/58/CE.

3. O princípio da não discriminação por razões de nacionalidade é aplicável aos doentes dos outros Estados-Membros.

Tal não prejudica a possibilidade de o Estado-Membro de tratamento adoptar medidas relativas ao acesso ao tratamento que visem o cumprimento da sua responsabilidade fundamental de assegurar um acesso suficiente e permanente aos cuidados de saúde no seu território, caso isso se justifique por razões imperiosas de interesse geral, tais como requisitos de planeamento relacionados com o objectivo de garantir um acesso suficiente e permanente a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade no Estado-Membro em causa ou com o desejo de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos. Tais medidas devem limitar-se ao que é necessário e proporcional e não podem constituir um meio de discriminação arbitrária, devendo ser previamente publicitadas.

4. Os Estados-Membros asseguram que os prestadores de cuidados de saúde apliquem, no seu território, aos doentes dos outros Estados-Membros a mesma tabela de preços para os cuidados de saúde que a aplicada aos doentes nacionais em situação médica comparável, ou cobrem um preço calculado de acordo com critérios objectivos e não discriminatórios, caso não haja um preço comparável para os doentes nacionais.

O presente número não prejudica a legislação nacional que autoriza os prestadores de cuidados de saúde a fixarem os seus próprios preços, desde que não sejam discriminatórios relativamente aos doentes dos outros Estados-Membros.

5. A presente directiva não afecta as disposições legislativas e regulamentares dos Estados-Membros em matéria de regime linguístico. Os Estados-Membros podem optar por prestar informações noutras línguas que não sejam as línguas oficiais do Estado-Membro em causa.

#### Artigo 5.º

##### Obrigações do Estado-Membro de afiliação

O Estado-Membro de afiliação assegura que:

- a) Os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços sejam reembolsados nos termos do capítulo III;
- b) Os doentes disponham de vias para obter, a seu pedido, informações sobre os seus direitos nesse Estado-Membro relacionados com a obtenção de cuidados de saúde transfronteiriços, em especial no que diz respeito aos termos e condições para o reembolso dos custos, ao abrigo do n.º 6 do artigo 7.º, e aos procedimentos para avaliação e determinação dos referidos direitos e das vias de recurso e reparação, se o doente considerar que os seus direitos não foram respeitados, nos termos do artigo 9.º. Na informação sobre cuidados de saúde transfronteiriços, será feita uma distinção clara entre os direitos que os doentes têm em virtude da presente directiva e os direitos decorrentes do Regulamento (CE) n.º 883/2004;
- c) Caso um doente tenha recebido cuidados de saúde transfronteiriços e seja necessário um acompanhamento clínico, seja disponibilizado um acompanhamento clínico idêntico ao que teria sido providenciado se os cuidados de saúde tivessem sido prestados no seu território;
- d) Os doentes que procurem receber ou recebam cuidados de saúde transfronteiriços tenham acesso à distância ou disponham de pelo menos uma cópia do seu processo clínico, nos termos e nas condições das medidas nacionais de aplicação das disposições da União sobre a protecção dos dados pessoais, nomeadamente as Directivas 95/46/CE e 2002/58/CE.

#### Artigo 6.º

##### Pontos de contacto nacionais para os cuidados de saúde transfronteiriços

1. Cada Estado-Membro designa um ou mais pontos de contacto nacionais para os cuidados de saúde transfronteiriços e comunica os seus nomes e contactos à Comissão. A Comissão e os Estados-Membros tornam pública esta informação. Os Estados-Membros velam por que os pontos de contacto nacionais consultem as organizações de doentes, os prestadores de cuidados de saúde e as seguradoras no domínio dos cuidados de saúde.

2. Os pontos de contacto nacionais facilitam o intercâmbio de informações referido no n.º 3 e cooperam estreitamente entre si e com a Comissão. Os pontos de contacto nacionais fornecem aos doentes, a pedido destes, os dados dos pontos de contacto nacionais nos outros Estados-Membros.

3. Para que os doentes possam exercer os seus direitos em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, os pontos de contacto nacionais no Estado-Membro de tratamento facultam-lhes informações sobre os prestadores de cuidados de saúde, incluindo, a pedido, informações sobre o direito de um prestador específico prestar serviços ou sobre eventuais restrições à sua prática, informações a que se refere a alínea a) do n.º 2 do artigo 4.º, bem como informações sobre os direitos dos doentes, sobre os procedimentos de reclamação e sobre as vias de reparação de danos, nos termos da legislação desse Estado-Membro, e as opções jurídicas e administrativas disponíveis em matéria de resolução de conflitos, nomeadamente em caso de danos resultantes da prestação de cuidados de saúde transfronteiriços.

4. Os pontos de contacto nacionais no Estado-Membro de afiliação facultam aos doentes e aos profissionais de saúde as informações referidas na alínea b) do artigo 5.º.

5. A informação a que se refere o presente artigo deve ser facilmente acessível e divulgada através de meios electrónicos e em formatos de fácil acesso para as pessoas com deficiência, conforme adequado.

#### CAPÍTULO III

##### REEMBOLSO DOS CUSTOS DOS CUIDADOS DE SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇOS

#### Artigo 7.º

##### Princípios gerais de reembolso dos custos

1. Sem prejuízo do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e dos artigos 8.º e 9.º, 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.

2. Não obstante o disposto no n.º 1:

- a) Se um Estado-Membro constar do anexo IV do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e, ao abrigo desse regulamento, tiver reconhecido o direito a prestações de doença para os titulares de pensões e membros da sua família que residam noutro Estado-Membro, deve prestar-lhes cuidados de saúde ao abrigo da presente directiva, a expensas suas, quando aqueles estiverem no seu território, nos termos da sua legislação, como se as pessoas em causa fossem residentes no Estado-Membro constante daquele anexo;

b) Se os cuidados de saúde prestados nos termos da presente directiva não estiverem sujeitos a autorização prévia, não forem prestados nos termos do capítulo 1 do título III do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e forem prestados no território de um Estado-Membro que, nos termos do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e do Regulamento (CE) n.º 987/2009, é, em última instância, responsável pelo reembolso dos custos, os custos são assumidos por esse Estado-Membro. Esse Estado-Membro pode assumir os custos dos cuidados de saúde em conformidade com os termos, condições, critérios de elegibilidade e formalidades regulamentares e administrativas por si estabelecidos, desde que estes sejam compatíveis com o TFUE.

3. Cabe ao Estado-Membro de afiliação determinar, a nível local, regional ou nacional, os cuidados de saúde a cuja assunção de custos a pessoa segurada tem direito e o limite de assunção desses custos, independentemente do local de prestação dos cuidados de saúde em causa.

4. Os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços são reembolsados e pagos directamente pelo Estado-Membro de afiliação até ao limite que teria sido assumido pelo Estado-Membro de afiliação caso esses cuidados tivessem sido prestados no seu território, sem exceder contudo os custos reais dos cuidados de saúde recebidos.

Caso a totalidade dos custos incorridos com cuidados de saúde transfronteiriços exceda o nível que os custos teriam tido se os cuidados de saúde tivessem sido prestados no seu território, o Estado-Membro de afiliação pode, ainda assim, decidir reembolsar a totalidade dos custos.

O Estado-Membro de afiliação pode decidir reembolsar outros custos, nomeadamente despesas de alojamento ou de viagem, ou custos suplementares nos quais as pessoas com deficiência podem incorrer quando recebem cuidados de saúde transfronteiriços devido a uma ou mais deficiências, de acordo com a legislação nacional e desde que exista documentação suficiente comprovativa destes custos.

5. Os Estados-Membros podem adoptar disposições nos termos do TFUE destinadas a assegurar que, quando os doentes receberem cuidados de saúde transfronteiriços, beneficiem dos mesmos direitos de que beneficiariam se tivessem recebido cuidados de saúde numa situação comparável no Estado-Membro de afiliação.

6. Para efeitos do n.º 4, os Estados-Membros devem dispor de um sistema transparente para o cálculo dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços a reembolsar à pessoa segurada pelo Estado-Membro de afiliação. Este sistema deve basear-se em

critérios objectivos e não discriminatórios previamente conhecidos e deve ser aplicado ao nível administrativo adequado (local, regional ou nacional).

7. O Estado-Membro de afiliação pode impor a uma pessoa segurada que solicite o reembolso dos custos de cuidados de saúde transfronteiriços, incluindo cuidados de saúde recebidos por telemedicina, as mesmas condições, critérios de elegibilidade e formalidades legais e administrativas, quer sejam estabelecidos a nível local, nacional ou regional, que imporia se esses cuidados de saúde tivessem sido prestados no seu território. Tal pode incluir uma avaliação por um profissional de saúde ou por um administrador de cuidados de saúde que preste serviços no âmbito do regime obrigatório de segurança social ou do sistema nacional de saúde do Estado-Membro de afiliação, como o médico de clínica geral ou o médico de medicina geral ou familiar junto do qual o doente está registado, se tal for necessário para determinar individualmente o direito do doente aos cuidados de saúde. No entanto, as condições, os critérios de elegibilidade e as formalidades legais e administrativas impostos nos termos do presente número não podem ser discriminatórios nem constituir um entrave à livre circulação de doentes, serviços ou mercadorias, salvo se objectivamente justificados por requisitos de planeamento relacionados com o objectivo de garantir um acesso suficiente e permanente a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade no Estado-Membro em questão ou com o desejo de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos.

8. O Estado-Membro de afiliação não pode sujeitar o reembolso dos custos de cuidados de saúde transfronteiriços a autorização prévia, excepto nos casos previstos no artigo 8.º

9. O Estado-Membro de afiliação pode restringir a aplicação das regras relativas ao reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços com base em razões imperiosas de interesse geral, tais como requisitos de planeamento relacionados com o objectivo de garantir um acesso suficiente e permanente a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade no Estado-Membro em questão ou com o desejo de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos.

10. Não obstante o disposto no n.º 9, os Estados-Membros velam para que os cuidados de saúde transfronteiriços para os quais foi emitida uma autorização prévia sejam reembolsados em conformidade com essa autorização.

11. A decisão de restringir a aplicação do presente artigo nos termos do n.º 9 não deve ir além do necessário e proporcional e não pode constituir um meio de discriminação arbitrária ou um entrave injustificado à livre circulação de mercadorias, de pessoas ou de serviços. Os Estados-Membros notificam a Comissão de quaisquer decisões de restrição do reembolso tomadas com fundamento no n.º 9.



## Artigo 8.º

**Cuidados de saúde que podem ser sujeitos a autorização prévia**

1. O Estado-Membro de afiliação pode prever um sistema de autorização prévia para o reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços, nos termos do presente artigo e do artigo 9.º. O sistema de autorização prévia, incluindo os critérios e a aplicação dos mesmos e as decisões individuais de recusa da concessão de autorização prévia, não deve ir além do necessário e deve ser proporcional ao objectivo visado e não pode constituir um meio de discriminação arbitrária ou um entrave injustificado à livre circulação dos doentes.

2. Os cuidados de saúde que podem ser sujeitos a autorização prévia ficam limitados aos cuidados de saúde que:

- a) Estejam sujeitos a requisitos de planeamento relacionados com o objectivo de garantir um acesso suficiente e permanente a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade no Estado-Membro em questão ou com o desejo de controlar os custos e evitar, tanto quanto possível, o desperdício de recursos financeiros, técnicos e humanos, e:
  - i) que impliquem o internamento hospitalar do doente durante, pelo menos, uma noite, ou
  - ii) exijam o recurso a infra-estruturas ou equipamentos médicos altamente especializados e onerosos;
- b) Envolvam tratamentos que apresentem um risco especial para o doente ou para a população; ou
- c) Sejam prestados por um prestador de cuidados de saúde que, por decisão casuística do Estado-Membro de afiliação, possa suscitar preocupações sérias e específicas quanto à qualidade ou à segurança dos cuidados, com excepção dos cuidados de saúde sujeitos à legislação da União que assegura um nível mínimo de segurança e qualidade em toda a União.

Os Estados-Membros comunicam à Comissão as categorias de cuidados de saúde a que se refere a alínea a).

3. No que diz respeito aos pedidos de autorização prévia apresentados por uma pessoa segurada para receber cuidados de saúde transfronteiriços, o Estado-Membro de afiliação deve verificar se se encontram preenchidas as condições do Regulamento (CE) n.º 883/2004. Se essas condições estiverem preenchidas, a autorização prévia é concedida de harmonia com o disposto nesse regulamento, salvo solicitação em contrário do doente.

4. Quando um doente afectado, ou suspeito de estar afectado, por uma doença rara solicitar autorização prévia, pode ser realizado um exame clínico por peritos no domínio em questão. Se não houver peritos disponíveis no Estado-Membro de afiliação ou se o parecer dos peritos não for concludente, o Estado-Membro de afiliação pode solicitar um parecer científico.

5. Sem prejuízo do disposto nas alíneas a) a c) do n.º 6, o Estado-Membro de afiliação não pode recusar conceder uma autorização prévia se o doente tiver direito aos cuidados de saúde em questão, nos termos do artigo 7.º, e se os cuidados de saúde em causa não puderem ser prestados no seu território num prazo útil fundamentado do ponto de vista médico, com base numa avaliação objectiva da situação clínica do doente, da história e da evolução provável da sua doença, do grau de dor por ele suportado e/ou da natureza da sua incapacidade no momento em que foi apresentado ou renovado o pedido de autorização.

6. O Estado-Membro de afiliação pode recusar conceder uma autorização prévia pelas seguintes razões:

- a) Se uma avaliação clínica indicar, com um grau de certeza razoável, que o doente será 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 pensar que o público em geral será exposto a um risco de segurança considerável em resultado dos cuidados de saúde transfronteiriços em questão;
- 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 das normas e orientações em matéria de qualidade dos cuidados e de segurança dos doentes, nomeadamente as disposições relativas à supervisão, quer essas normas e orientações sejam estabelecidas por disposições legislativas e regulamentares, quer por sistemas de acreditação estabelecidos pelo Estado-Membro de tratamento;
- d) Se os cuidados de saúde em causa puderem ser prestados no seu território num prazo útil fundamentado do ponto de vista médico, tendo em conta o estado de saúde e a evolução provável da doença do paciente em causa.

7. O Estado-Membro de afiliação torna pública a lista dos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia para efeitos da presente directiva, bem como todas as informações relevantes sobre o sistema de autorização prévia.

**Artigo 9.º****Procedimentos administrativos aplicáveis aos cuidados de saúde transfronteiriços**

1. O Estado-Membro de afiliação assegura que os procedimentos administrativos relativos ao recurso a cuidados de saúde transfronteiriços e ao reembolso dos custos de cuidados de saúde suportados noutro Estado-Membro se baseiem em critérios objectivos e não discriminatórios que sejam necessários e proporcionais ao objectivo a alcançar.

2. Os tipos de procedimentos administrativos a que se refere o n.º 1 devem ser facilmente acessíveis e as informações relativas a estes devem ser tornadas públicas de forma adequada. Estes procedimentos devem ser susceptíveis de assegurar um tratamento objectivo e imparcial dos pedidos.

3. Os Estados-Membros estabelecem prazos razoáveis para o processamento dos pedidos de cuidados de saúde transfronteiriços e tornam-nos públicos previamente. Na apreciação dos pedidos de cuidados de saúde transfronteiriços, os Estados-Membros têm em conta:

- a) A condição clínica do doente,
- b) A urgência e as circunstâncias específicas de cada pedido.

4. Os Estados-Membros asseguram que as decisões individuais relativas ao recurso a cuidados de saúde transfronteiriços e ao reembolso dos custos de cuidados de saúde incorridos noutro Estado-Membro sejam devidamente fundamentadas e possam, segundo os casos, ser objecto de recurso administrativo e de impugnação judicial, incluindo a interposição de medidas cautelares.

5. A presente directiva não invalida o direito dos Estados-Membros de oferecer aos doentes um sistema voluntário de notificação prévia, no âmbito do qual, juntamente com a notificação, os doentes recebam uma confirmação por escrito com a indicação de uma estimativa do montante a reembolsar. Esta estimativa deve ter em conta a condição clínica do doente, com a especificação dos procedimentos clínicos susceptíveis de serem aplicados.

Os Estados-Membros podem optar por aplicar mecanismos de compensação financeira entre as instituições competentes, tal como prevê o Regulamento (CE) n.º 883/2004. Caso um Estado-Membro de afiliação não aplique estes mecanismos, deve garantir que os doentes recebem o reembolso sem atrasos injustificados.

**CAPÍTULO IV****COOPERAÇÃO NO DOMÍNIO DOS CUIDADOS DE SAÚDE****Artigo 10.º****Assistência mútua e cooperação**

1. Os Estados-Membros prestam a assistência mútua necessária à aplicação da presente directiva, incluindo a cooperação

sobre normas e orientações em matéria de qualidade e segurança e o intercâmbio de informações, em particular entre os respectivos pontos de contacto nacionais, nos termos do artigo 6.º, nomeadamente sobre as disposições em matéria de supervisão, bem como assistência mútua para clarificar o conteúdo das facturas.

2. Os Estados-Membros facilitam a cooperação no domínio da prestação de cuidados de saúde transfronteiriços aos níveis regional e local, bem como através das tecnologias da informação e da comunicação e de outras formas de cooperação transfronteiriça.

3. A Comissão incentiva os Estados-Membros, nomeadamente os Estados limítrofes, a celebrarem acordos entre si. A Comissão incentiva igualmente os Estados-Membros a cooperarem na prestação de cuidados de saúde transfronteiriços nas regiões fronteiriças.

4. Os Estados-Membros de tratamento garantem que a informação sobre o direito de exercício da profissão por parte dos profissionais de saúde constantes de registos nacionais ou locais estabelecido nos seus territórios é disponibilizada, a seu pedido, às autoridades de outros Estados-Membros, para efeitos de cuidados de saúde transfronteiriços, nos termos dos capítulos II e III e das medidas nacionais de execução das disposições da União relativas à protecção dos dados pessoais, em particular as Directivas 95/46/CE e 2002/58/CE, e o princípio de presunção de inocência. O intercâmbio de informações deverá processar-se através do Sistema de Informação do Mercado Interno criado nos termos da Decisão da Comissão 2008/49/CE, de 12 de Dezembro de 2007, relativa à protecção dos dados pessoais no âmbito do Sistema de Informação do Mercado Interno (IMI) <sup>(1)</sup>.

**Artigo 11.º****Reconhecimento das receitas médicas emitidas noutro Estado-Membro**

1. Caso um medicamento obtenha autorização para ser comercializado no território de um Estado-Membro, nos termos da Directiva 2001/83/CE ou do Regulamento (CE) n.º 726/2004, esse Estado-Membro deve assegurar que as receitas médicas prescritas a um doente noutro Estado-Membro possam ser aviadas no seu território nos termos da sua legislação nacional em vigor, e que quaisquer restrições ao reconhecimento de uma dada receita sejam proibidas, a não ser que essas restrições:

a) Sejam necessárias e proporcionadas para proteger a saúde humana e não sejam discriminatórias; ou

b) Se baseiem em dúvidas legítimas e justificadas sobre a autenticidade, o conteúdo ou a inteligibilidade da receita.

<sup>(1)</sup> JO L 13 de 16.1.2008, p. 18.

O reconhecimento dessas receitas médicas não afecta as disposições nacionais que regulam a sua prescrição e aviamento, se essas disposições forem compatíveis com a legislação da União, incluindo os medicamentos genéricos ou outros substitutos. O reconhecimento das receitas médicas não afecta as disposições em matéria de reembolso de medicamentos. O reembolso do custo dos medicamentos está abrangido pelo Capítulo III da presente directiva.

Em particular, o reconhecimento das receitas não afecta o direito do farmacêutico, nos termos das disposições nacionais, de se recusar, por razões éticas, a fornecer um medicamento se a receita tiver sido passada noutro Estado-Membro, se o farmacêutico tiver o direito de se recusar a aviar a receita se esta tivesse sido passada no Estado-Membro de afiliação.

O Estado-Membro de afiliação deve tomar todas as medidas necessárias, para além do reconhecimento da receita, para assegurar a continuidade do tratamento nos casos em que seja emitida uma receita no Estado-Membro de tratamento para medicamentos ou dispositivos médicos disponíveis no Estado-Membro de afiliação e em que seja solicitado o aviamento no Estado-Membro de afiliação.

O presente número aplica-se igualmente aos dispositivos médicos legalmente colocados no mercado no Estado-Membro respectivo.

2. Para facilitar a aplicação do n.º 1, a Comissão adopta:

- a) Medidas que permitam aos profissionais de saúde verificar a autenticidade de uma receita médica e se a receita foi emitida noutro Estado-Membro por um membro de uma profissão regulamentada no sector da saúde legalmente habilitado a fazê-lo, mediante a elaboração de uma lista não exaustiva de elementos a incluir nas receitas, os quais devem ser claramente identificáveis em todos os formatos de receita, incluindo os elementos destinados a facilitar, se necessário, o contacto entre quem receita e quem avia o medicamento, a fim de contribuir para uma total compreensão do tratamento, no pleno respeito da protecção dos dados;
- b) Orientações que ajudem os Estados-Membros a promover a interoperabilidade das receitas electrónicas;
- c) Medidas destinadas a facilitar a correcta identificação dos medicamentos ou dos dispositivos médicos prescritos num Estado-Membro e dispensados noutro Estado-Membro, incluindo medidas destinadas a responder às preocupações relativas à segurança dos doentes ligadas à substituição de medicamentos ou de dispositivos médicos no quadro de cuidados de saúde transfronteiriços, caso a legislação do Estado-Membro de dispensa da receita permita tal substituição. A Comissão deve ponderar, designadamente, a utilização da denominação comum internacional e a dosagem dos medicamentos;

- d) Medidas destinadas a facilitar a inteligibilidade das informações destinadas aos doentes sobre a receita médica e das instruções nela incluídas sobre a utilização do produto, incluindo uma indicação da substância activa e da dosagem.

As medidas a que se refere a alínea a) são adoptadas pela Comissão o mais tardar até 25 de Dezembro de 2012 e as medidas referidas nas alíneas c) e d) são adoptadas pela Comissão o mais tardar até 25 de Outubro de 2012.

3. As medidas e orientações referidas nas alíneas a) a d) do n.º 2 são adoptadas pelo procedimento de regulamentação a que se refere o n.º 2 do artigo 16.º

4. Ao adoptar medidas ou orientações nos termos do n.º 2, a Comissão deve tomar em consideração a proporcionalidade dos eventuais custos da aplicação de tais medidas ou orientações, bem como os benefícios prováveis delas resultantes.

5. Para efeitos do n.º 1, a Comissão adopta igualmente, através de actos delegados nos termos do artigo 17.º e nas condições dos artigos 18.º e 19.º, até 25 de Outubro de 2012, medidas destinadas a excluir certas categorias de medicamentos ou dispositivos médicos do princípio de reconhecimento das receitas médicas previsto no presente artigo, caso tal seja necessário para proteger a saúde pública.

6. O n.º 1 não se aplica aos medicamentos para os quais é obrigatória uma receita médica especial, tal como previsto no n.º 2 do artigo 71.º da Directiva 2001/83/CE.

#### Artigo 12.º

##### Redes europeias de referência

1. A Comissão apoia os Estados-Membros na criação de redes europeias de referência entre os prestadores de cuidados de saúde e os centros de especialização nos Estados-Membros, em particular no domínio das doenças raras. As redes assentam na participação voluntária dos seus membros, que participam nas actividades das redes e contribuem para as mesmas, nos termos da legislação do Estado-Membro onde os membros estão estabelecidos, e estarão sempre abertas aos novos prestadores de cuidados de saúde que desejem participar, desde que estes cumpram todas as condições e os critérios exigidos a que se refere o n.º 4.

2. As redes europeias de referência devem visar pelo menos três dos seguintes objectivos:

- a) Ajudar a explorar as potencialidades da cooperação europeia no domínio dos cuidados de saúde altamente especializados para os doentes e para os serviços de saúde, tirando partido das inovações registadas na ciência médica e nas tecnologias da saúde;



- b) Contribuir para a fusão dos conhecimentos sobre a prevenção de doenças;
- c) Promover a melhoria dos diagnósticos e a prestação de cuidados de saúde rentáveis, de elevada qualidade e acessíveis para todos os doentes cuja condição clínica exija uma concentração especial de conhecimentos especializados em áreas médicas em que são raros esses conhecimentos;
- d) Maximizar uma utilização rentável dos recursos, concentrando-os quando apropriado;
- e) Reforçar a investigação e o controlo epidemiológico, como a manutenção de registos, e a assegurar a formação dos profissionais de saúde;
- f) Facilitar a mobilidade dos conhecimentos especializados, virtual ou fisicamente, e desenvolver, partilhar e divulgar informações, conhecimentos e as melhores práticas e promover o desenvolvimento do diagnóstico e do tratamento de doenças raras, no âmbito da rede e no exterior;
- g) Incentivar a elaboração de parâmetros de referência em matéria de qualidade e de segurança e contribuir para a elaboração e divulgação de boas práticas, no âmbito da rede e no exterior;
- h) Ajudar os Estados-Membros que tiverem um número insuficiente de doentes com uma condição clínica particular, ou que não dispõem das tecnologias ou dos conhecimentos necessários, a prestarem serviços altamente especializados e de mais elevada qualidade.
3. Os Estados-Membros são encorajados a promover o desenvolvimento das redes europeias de referência:
- a) Conectando os prestadores de cuidados de saúde e os centros de especialização em todo o seu território nacional e velando pela divulgação da informação aos prestadores de cuidados de saúde e os centros de especialização em todo o seu território nacional;
- b) Fomentando a participação dos prestadores de cuidados de saúde e dos centros de especialização nas redes europeias de referência.
4. Para efeitos do n.º 1, a Comissão:
- a) Adopta uma lista dos critérios e condições que as redes europeias de referência deverão satisfazer, bem como as condições e critérios exigidos aos prestadores de cuidados de saúde que desejem integrar as redes europeias de referência. Estes critérios e condições destinam-se a garantir, nomeadamente, que as redes europeias de referência:
- i) disponham das capacidades e conhecimentos adequados para diagnosticar, acompanhar e gerir os doentes, com base nos bons resultados conseguidos, quando aplicável,
  - ii) adoptem uma abordagem multidisciplinar,
  - iii) disponham de um nível elevado de conhecimentos e de capacidades que lhes permitam elaborar orientações sobre boas práticas, aplicar medidas com base nos resultados e garantir o controlo da qualidade,
  - iv) contribuam para o desenvolvimento da investigação,
  - v) organizem actividades de ensino e formação, e
  - vi) colaborem estreitamente com outros centros e redes de conhecimento especializado aos níveis nacional e internacional;
- b) Elabora e publica os critérios para a criação e avaliação das redes europeias de referência;
- c) Facilita o intercâmbio de informações e de conhecimentos especializados para a criação das redes europeias de referência e para a sua avaliação.
5. A Comissão adopta, mediante actos delegados nos termos do artigo 17.º e sob reserva das condições previstas nos artigos 18.º e 19.º, as medidas a que se refere a alínea a) do n.º 4. As medidas referidas nas alíneas b) e c) do n.º 4 são adoptadas pelo procedimento de regulamentação a que se refere o n.º 2 do artigo 16.º.
6. As medidas adoptadas nos termos do presente artigo não harmonizam as disposições legislativas ou regulamentares dos Estados-Membros e respeitam plenamente as responsabilidades dos Estados-Membros quanto à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos.

#### Artigo 13.º

#### Doenças raras

A Comissão apoia a cooperação entre os Estados-Membros tendo em vista o desenvolvimento do diagnóstico e da capacidade de tratamento com o objectivo de, nomeadamente:

- a) Sensibilizar os profissionais de saúde para os instrumentos existentes a nível da União susceptíveis de os ajudar a elaborar um diagnóstico correcto das doenças raras, em particular a base de dados Orphanet, e as redes europeias de referência;
- b) Sensibilizar os doentes, os profissionais de saúde e as entidades responsáveis pelo financiamento de cuidados de saúde para as possibilidades oferecidas pelo Regulamento (CE) n.º 883/2004, no que se refere ao envio de doentes com doenças raras para outros Estados-Membros, inclusivamente para fins de diagnóstico e tratamentos que não estejam disponíveis no Estado-Membro de afiliação.

*Artigo 14.º***Saúde em linha**

1. 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.

2. A rede de saúde em linha tem os seguintes objectivos:

a) Criação de sistemas e serviços de saúde em linha e aplicações interoperáveis que proporcionem vantagens económicas e sociais sustentáveis, com vista a alcançar um elevado nível de confiança e segurança, reforçar a continuidade dos cuidados e assegurar o acesso a cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade;

b) Elaboração de orientações sobre:

i) uma lista não exaustiva de dados a incluir nos resumos sobre os doentes, que pode ser partilhada entre os profissionais de saúde, a fim de permitir a continuidade dos cuidados e de promover a segurança do doente além-fronteiras, e

ii) métodos eficazes que permitam utilizar as informações médicas para efeitos de saúde pública e de investigação;

c) Prestação de apoio aos Estados-Membros na elaboração de medidas comuns de identificação e autenticação destinadas a facilitar a transferibilidade dos dados no âmbito de cuidados de saúde transfronteiriços.

Na realização dos objectivos a que se referem as alíneas b) e c), respeitam-se os princípios relativos à protecção de dados consagrados, designadamente, nas Directivas 95/46/CE e 2002/58/CE.

3. A Comissão aprova, pelo procedimento de regulamentação referido no n.º 2 do artigo 16.º, as medidas necessárias para a criação, gestão e funcionamento transparente da rede.

*Artigo 15.º***Cooperação em matéria de avaliação das tecnologias da saúde**

1. 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 ou organismos nacionais responsáveis pela avaliação das tecnologias da saúde designados pelos Estados-Membros. Os Estados-Membros comunicam à Comissão os respectivos nomes e elementos de contacto. Os membros da rede participam nas actividades da rede e contribuem para as mesmas nos termos da legislação do

Estado-Membro onde estão estabelecidos. Esta rede assenta nos princípios de boa governação, nomeadamente, transparência, objectividade, independência dos conhecimentos especializados, procedimentos justos, e participação adequada das partes interessadas.

2. A rede de avaliação das tecnologias da saúde tem por objectivos:

a) Apoiar a cooperação entre as autoridades ou organismos nacionais;

b) Apoiar os Estados-Membros na prestação de informações objectivas, fiáveis, atempadas, transparentes, comparáveis e transferíveis sobre a eficácia relativa, bem como sobre a eficácia a curto e a longo prazo, se for caso disso, das tecnologias da saúde, e permitir o intercâmbio efectivo dessas informações entre as autoridades ou organismos nacionais;

c) Apoiar a análise da natureza e do tipo de informações susceptíveis de serem objecto de intercâmbio;

d) Evitar a repetição de avaliações.

3. A fim de alcançar os objectivos previstos no n.º 2, a rede de avaliação das tecnologias da saúde pode beneficiar de ajuda da União. A ajuda pode ser concedida a fim de:

a) Contribuir para o financiamento do apoio administrativo e técnico;

b) Apoiar a colaboração entre os Estados-Membros na elaboração e partilha de metodologias de avaliação das tecnologias da saúde, incluindo a avaliação da eficácia relativa;

c) Contribuir para o financiamento da prestação de informações científicas transferíveis a utilizar nos sistemas de informação nacionais e nos estudos conduzidos pela rede;

d) Facilitar a cooperação entre a rede e outras instituições e organismos relevantes da União;

e) Facilitar a consulta das partes interessadas sobre os trabalhos da rede.

4. A Comissão aprova, pelo procedimento de regulamentação referido no n.º 2 do artigo 16.º, as medidas necessárias para a criação, gestão e funcionamento transparente da rede.

5. As modalidades de concessão da ajuda, as condições a que possa estar sujeita e o seu montante são adoptados pelo procedimento de regulamentação a que se refere o n.º 2 do artigo 16.º. Só podem beneficiar da ajuda da União as autoridades e os organismos da rede designados como beneficiários pelos Estados-Membros participantes.

6. O montante das dotações necessárias para as medidas previstas no presente artigo é fixado anualmente no âmbito do processo orçamental.

7. As medidas adoptadas nos termos do presente artigo não devem interferir com a competência dos Estados-Membros para tomar decisões sobre a aplicação das conclusões da avaliação das tecnologias da saúde, não devem harmonizar as disposições legislativas ou regulamentares dos Estados-Membros e devem respeitar plenamente as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos.

#### CAPÍTULO V

#### DISPOSIÇÕES DE EXECUÇÃO E DISPOSIÇÕES FINAIS

##### Artigo 16.º

##### Comité

1. A Comissão é assistida por um Comité, composto por representantes dos Estados-Membros e presidido pelo representante da Comissão.

2. Sempre que se faça referência ao presente número, são aplicáveis os artigos 5.º e 7.º da Decisão 1999/468/CE, tendo-se em conta o disposto no seu artigo 8.º

O prazo previsto no n.º 6 do artigo 5.º da Decisão 1999/468/CE é de três meses.

##### Artigo 17.º

##### Exercício da delegação

1. O poder de adoptar os actos delegados referidos no n.º 5 do artigo 11.º e no n.º 5 do artigo 12.º é conferido à Comissão por um período de cinco anos a contar de 24 de Abril de 2011. A Comissão apresenta um relatório sobre os poderes delegados o mais tardar seis meses antes do final do período de cinco anos. A delegação de poderes é renovada automaticamente por períodos de igual duração, salvo se o Parlamento Europeu ou o Conselho a revogarem nos termos do artigo 18.º

2. Assim que adoptar um acto delegado, a Comissão notifica-o simultaneamente ao Parlamento Europeu e ao Conselho.

3. O poder de adoptar actos delegados conferido à Comissão está sujeito às condições estabelecidas nos artigos 18.º e 19.º

##### Artigo 18.º

##### Revogação da delegação

1. A delegação de poderes referida no n.º 5 do artigo 11.º e no n.º 5 do artigo 12.º pode ser revogada a qualquer momento pelo Parlamento Europeu ou pelo Conselho.

2. A instituição que tiver dado início a um procedimento interno para decidir se tenciona revogar a delegação de poderes procura informar a outra instituição e a Comissão, com uma antecedência razoável relativamente à decisão final, indicando os poderes delegados que poderão ser objecto de revogação, bem como os motivos da mesma.

3. A decisão de revogação põe termo à delegação dos poderes nela especificados. Produz efeitos imediatamente ou numa data posterior especificada na mesma. A decisão de revogação não afecta os actos delegados já em vigor. É publicada no *Jornal Oficial da União Europeia*.

##### Artigo 19.º

##### Objecções aos actos delegados

1. O Parlamento Europeu e o Conselho podem formular objecções ao acto delegado no prazo de dois meses a contar da data de notificação.

Por iniciativa do Parlamento Europeu ou do Conselho, esse prazo é prorrogado por dois meses.

2. Se, no termo do prazo previsto no n.º 1, nem o Parlamento Europeu nem o Conselho tiverem formulado objecções ao acto delegado, este é publicado no *Jornal Oficial da União Europeia* e entra em vigor na data nele prevista.

O acto delegado pode ser publicado no *Jornal Oficial da União Europeia* e entrar em vigor antes do termo desse prazo se tanto o Parlamento Europeu como o Conselho tiverem informado a Comissão de que não tencionam formular objecções.

3. Se o Parlamento Europeu ou o Conselho formularem objecções ao acto delegado no prazo previsto no n.º 1, este não entra em vigor. A instituição que formular objecções ao acto delegado expõe os motivos das mesmas.

##### Artigo 20.º

##### Relatórios

1. Até 25 de Outubro de 2015 e, seguidamente, de três em três anos, a Comissão elabora um relatório sobre a aplicação da presente directiva e apresenta-o ao Parlamento Europeu e ao Conselho.

2. O relatório deve incluir, nomeadamente, informações sobre os fluxos de doentes, sobre as dimensões financeiras da mobilidade dos doentes, sobre a aplicação do n.º 9 do artigo 7.º e do artigo 8.º e sobre o funcionamento das redes europeias de referência e dos pontos de contacto nacionais. Para o efeito, a Comissão procede a uma avaliação dos sistemas e das práticas aplicados nos Estados-Membros, tendo em conta as prescrições constantes da presente directiva e das outras disposições da legislação da União relativas à mobilidade dos doentes.

Os Estados-Membros prestam à Comissão a assistência e todas as informações disponíveis para realizar a avaliação e a elaboração dos relatórios.

3. Os Estados-Membros e a Comissão recorrem à Comissão Administrativa criada nos termos do artigo 71.º do Regulamento (CE) n.º 883/2004 para tratar as consequências financeiras da aplicação da presente directiva para os Estados-Membros que tenham optado pelo sistema de reembolso com base em montantes fixos, nos casos abrangidos pelo n.º 4 do artigo 20.º e pelo n.º 5 do artigo 27.º desse regulamento.

A Comissão acompanha e apresenta relatórios periódicos sobre os efeitos da subalínea i) da alínea c) do artigo 3.º e do artigo 8.º da presente directiva. O primeiro relatório deve ser apresentado até 25 de Outubro de 2013. Com base nesses relatórios, a Comissão apresenta, se adequado, propostas para atenuar as eventuais desproporcionalidades.

*Artigo 21.º*

#### **Transposição**

1. Os Estados-Membros põem em vigor as disposições legislativas, regulamentares e administrativas necessárias para dar cumprimento à presente directiva até 25 de Outubro de 2013. Informam imediatamente a Comissão desse facto.

Quando os Estados-Membros adoptarem essas disposições, estas devem incluir uma referência à presente directiva ou ser acom-

panhadas dessa referência aquando da sua publicação oficial. As modalidades dessa referência são aprovadas pelos Estados-Membros.

2. Os Estados-Membros comunicam à Comissão o texto das principais disposições de direito interno que aprovarem no domínio abrangido pela presente directiva.

*Artigo 22.º*

#### **Entrada em vigor**

A presente directiva entra em vigor no vigésimo dia seguinte ao da sua publicação no *Jornal Oficial da União Europeia*.

*Artigo 23.º*

#### **Destinatários**

Os destinatários da presente directiva são os Estados-Membros.

Feito em Estrasburgo, em 9 de Março de 2011.

*Pelo Parlamento Europeu*

*O Presidente*

J. BUZEK

*Pelo Conselho*

*A Presidente*

GYÓRI E.

## Anexo II - Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto

4434

Diário da República, 1.ª série—N.º 162—25 de agosto de 2014

b) Independentemente do trânsito em julgado, as decisões que, a título preventivo ou cautelar, profira em sede contraordenacional e respetivas vicissitudes.

### Artigo 17.º

#### Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 8 de julho de 2014.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 11 de agosto de 2014.

Publique-se.

O Presidente da República, ANÍBAL CAVACO SILVA.

Referendada em 18 de agosto de 2014.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

### Lei n.º 52/2014

de 25 de agosto

**Estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo 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.**

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

### Artigo 1.º

#### Objeto

A presente lei estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo para a ordem jurídica interna a Diretiva n.º 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 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 noutro Estado membro.

### Artigo 2.º

#### Âmbito

1 — A presente lei não se aplica:

a) Aos 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;

b) À dádava ou colheita de órgãos, após a morte, respetiva alocação e acesso aos mesmos para fins terapêuticos ou de transplante;

c) Ao Plano Nacional e Regional de Vacinação, nos termos da legislação em vigor.

2 — O disposto na presente lei não prejudica a aplicação:

a) 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;

b) Da legislação em vigor relativa à organização e ao financiamento dos cuidados de saúde, em situações não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços;

c) Da legislação aplicável aos subsistemas de saúde.

3 — Nenhuma disposição da presente lei 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.

### Artigo 3.º

#### Definições

Para efeitos do disposto na presente lei, entende-se por:

a) «Beneficiário», o beneficiário do Serviço Nacional de Saúde ou o beneficiário dos Serviços Regionais de Saúde, nos termos da lei, nomeadamente:

i) Os cidadãos de nacionalidade portuguesa;

ii) As pessoas, incluindo os membros da sua família e os seus sobreviventes, abrangidos no capítulo I do título III do Regulamento (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, e relativamente aos quais o Estado Português seja tido como Estado competente, nos termos dos regulamentos comunitários aplicáveis e da lei;

iii) Os nacionais de países terceiros residentes em Portugal abrangidos pelo Regulamento (CE) n.º 859/2003, do Conselho, de 14 de maio de 2003, ou pelo Regulamento (UE) n.º 1231/2010, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de novembro de 2010, ou nos termos da lei;

b) «Cuidados de saúde», os cuidados prestados por profissionais de saúde aos doentes com o objetivo de avaliar, manter ou reabilitar o seu estado de saúde, incluindo a prescrição, a dispensa e o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos;

c) «Cuidados de saúde transfronteiriços», os cuidados de saúde prestados ou prescritos noutro Estado membro da União Europeia quando o Estado membro de afiliação é o Estado Português, assim como os cuidados de saúde prestados ou prescritos pelo Estado Português quando o Estado membro de afiliação seja outro Estado membro;

d) «Dispositivo médico», um dispositivo médico como tal considerado pelo Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de junho;

e) «Doente», uma pessoa singular que procure receber ou receba cuidados de saúde em Portugal ou noutro Estado membro;

f) «Estado membro de afiliação»,

i) Para as pessoas a que se referem as subalíneas i) e ii) da alínea a), o Estado membro competente para conceder uma autorização prévia para tratamento adequado fora do Estado membro de residência nos termos do Regula-



mento (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;

ii) Para as pessoas a que se refere a subalínea iii) da alínea a), o Estado membro competente para conceder uma autorização prévia para tratamento adequado noutra Estado membro nos termos do Regulamento (CE) n.º 859/2003, do Conselho, de 14 de maio de 2003, ou pelo Regulamento (UE) n.º 1231/2010, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de novembro de 2010, sendo que, se nenhum Estado membro for competente nos termos dos referidos regulamentos, o Estado membro de afiliação é o Estado membro em que as pessoas estão seguradas ou têm direito a prestações de doença nos termos da legislação desse Estado membro;

g) «Estado membro de tratamento», o Estado membro em cujo território os cuidados de saúde são efetivamente prestados ao doente, considerando-se, no caso da telemedicina, que os cuidados de saúde são prestados no Estado membro em que o prestador dos cuidados de saúde está estabelecido;

h) «Medicamento», qualquer medicamento nos termos do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto;

i) «Prestador de cuidados de saúde», uma pessoa singular ou coletiva que preste cuidados de saúde nos termos da lei;

j) «Processo clínico», qualquer registo, informatizado ou não, que contenha informação de saúde sobre os doentes ou seus familiares, nos termos da Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro;

k) «Profissional de saúde», um profissional de saúde que preste cuidados de saúde nos termos da Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, ou outro profissional cuja atividade no sector dos cuidados de saúde constitua uma profissão regulamentada nos termos da Lei n.º 9/2009, de 4 de março, ou ainda uma pessoa considerada profissional de saúde nos termos da lei do Estado membro de tratamento;

l) «Receita médica», uma receita de medicamentos ou de dispositivos médicos prescrita por uma pessoa que exerça uma profissão de saúde regulamentada nos termos da alínea a) do n.º 1 do artigo 3.º da Diretiva n.º 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de setembro de 2005, e que esteja legalmente habilitada a fazê-lo no Estado membro em que a receita é prescrita;

m) «Tecnologia da saúde», um medicamento, um dispositivo médico ou procedimentos médicos ou cirúrgicos, bem como medidas de prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças utilizadas na prestação de cuidados de saúde.

#### Artigo 4.º

##### Princípios gerais da prestação de cuidados de saúde transfronteiriços

1 — 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, em conformidade com:

a) A legislação do Estado membro de tratamento;

b) As normas e orientações em matéria de qualidade e segurança estabelecidas pelo Estado membro de tratamento; e

c) A legislação da União Europeia relativa às normas de segurança.

2 — Os cuidados de saúde transfronteiriços são prestados no respeito pelo direito à privacidade dos doentes, nos termos da Lei n.º 67/98, de 26 de outubro, e da Lei n.º 46/2012, de 29 de agosto.

3 — Os cuidados de saúde transfronteiriços são reembolsados aos beneficiários, nos termos da presente lei.

4 — A prestação de cuidados de saúde transfronteiriços no âmbito das unidades de saúde do Serviço Nacional de Saúde não prejudica a prestação de cuidados de saúde aos cidadãos residentes em território nacional.

#### Artigo 5.º

##### Ponto de contacto nacional

1 — 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, e os pontos de contacto nacionais para as regiões autónomas para os cuidados de saúde transfronteiriços são designados por despachos dos membros dos governos das regiões autónomas responsáveis pela área da saúde, sendo os respetivos contactos comunicados à Comissão Europeia.

2 — Ao ponto de contacto nacional e aos pontos de contacto nacionais para as regiões autónomas compete 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.

3 — O ponto de contacto nacional e os pontos de contacto nacionais das regiões autónomas devem ainda prestar informações, quando solicitadas pelo doente, sobre:

a) As normas clínicas em vigor no sistema de saúde, aplicáveis a todos os profissionais de saúde que exercem a sua atividade profissional;

b) A legislação em vigor em matéria de licenciamento das entidades prestadoras de cuidados de saúde;

c) Os mecanismos de supervisão e a avaliação relativamente ao cumprimento das normas e legislação referidas nas alíneas anteriores;

d) O direito de um prestador específico exercer legalmente determinada atividade ou sobre eventuais restrições à sua prática, no território nacional;

e) Os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, incluindo as condições para o reembolso dos custos e as condições de aplicabilidade dos regulamentos da União Europeia em matéria de coordenação dos sistemas de segurança social;

f) Os mecanismos de impugnação administrativa ou judicial;

g) O acesso a unidades de saúde para pessoas com deficiência;

h) Os dados dos pontos de contacto nacionais dos outros Estados membros;

i) Os elementos a incluir nas receitas emitidas em Estado membro que não seja aquele em que são dispensadas.

4 — O ponto de contacto nacional e os pontos de contacto nacionais para as regiões autónomas estabelecem uma estreita articulação com as restantes entidades com atribuições no domínio dos cuidados de saúde a nível nacional e da União Europeia e consultam, quando necessário, as organizações de doentes e os prestadores de cuidados de saúde.

5 — Os serviços e as entidades que integram a estrutura do Ministério da Saúde nos termos da sua lei orgânica, os prestadores de cuidados de saúde privados e as Ordens Profissionais ligadas ao sector da saúde prestam, ao ponto de contacto nacional e aos pontos de contacto nacionais para as regiões autónomas, as informações necessárias ao cumprimento do disposto nos n.ºs 2 e 3.

6 — O ponto de contacto nacional e os pontos de contacto nacionais das regiões autónomas prestam aos outros pontos de contacto nacionais dos restantes Estados membros da União Europeia as informações necessárias no domínio dos cuidados de saúde transfronteiriços, bem como solicitam a colaboração dos mesmos, nomeadamente em matéria de qualidade e segurança em saúde, de supervisão e avaliação dos prestadores de cuidados de saúde e de clarificação do conteúdo dos documentos de despesa.

7 — Para efeitos do disposto na alínea *d*) do n.º 3 é disponibilizada às autoridades de outros Estados membros, sempre que solicitado, através do Sistema de Informação do Mercado Interno, criado nos termos da Decisão da Comissão Europeia 2008/49/CE, de 12 de dezembro de 2007, informação sobre o direito de exercício da profissão por parte dos profissionais de saúde constantes de registos nacionais ou locais estabelecidos no território nacional.

8 — O ponto de contacto nacional pode propor, em articulação com as restantes entidades envolvidas, a celebração de acordos com outros Estados membros, nomeadamente em áreas como a qualidade, a segurança e a faturação.

#### Artigo 6.º

##### Deveres dos prestadores de cuidados de saúde

1 — Os prestadores de cuidados de saúde facultam informação ao doente sobre:

- 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) O seguro de responsabilidade profissional ou o regime equivalente aplicável nos termos da legislação em vigor em matéria de responsabilidade por danos resultante da prestação de cuidados de saúde.

2 — A informação deve ser prestada diretamente aos doentes e publicitada por meios eletrónicos, em formatos fáceis e também adaptados a pessoas com necessidades especiais, bem como afixada nas instalações do prestador de cuidados de saúde.

3 — Os prestadores de cuidados de saúde asseguram que a informação disponibilizada nas faturas dos cuidados de saúde prestados é discriminada nos termos da lei.

4 — O doente tem 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.

5 — Os doentes devem ser tratados com base no princípio da não discriminação por razões de nacionalidade.

#### Artigo 7.º

##### Medidas de organização da prestação de cuidados de saúde

1 — Sem prejuízo do disposto no n.º 5 do artigo anterior, podem ser adotadas, em situações excecionais e em observância pelo princípio da proporcionalidade, medidas de restrição ao acesso a determinado tratamento no âmbito da presente lei nos termos dos artigos 52.º e 62.º do Tratado de Funcionamento da União Europeia, por razões imperiosas de interesse geral, 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.

2 — A Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (ACSS, I. P.), aprova e divulga pelos estabelecimentos e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde ou nos Serviços Regionais de Saúde linhas orientadoras exemplificativas das situações em que pode ser proposta a adoção de medidas de restrição nos termos do número anterior.

3 — Os estabelecimentos e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde ou nos Serviços Regionais de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, propõem à ACSS, I. P., a adoção de medidas nos termos do n.º 1.

#### Artigo 8.º

##### Direito ao reembolso

1 — Sem prejuízo do disposto no artigo 11.º, os beneficiários têm direito ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços prestados noutro Estado membro, desde que os cuidados em questão sejam tidos como cuidados de saúde que caberia ao Estado Português garantir através do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde e o Estado Português seja considerado Estado membro de afiliação.

2 — As 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.

3 — Os cuidados de saúde transfronteiriços devem ser adequados ao estado de saúde do beneficiário e de eficácia comprovada cientificamente, reconhecida pela melhor evidência internacional.

4 — O direito ao reembolso das despesas que não se encontrem sujeitas a autorização prévia nos termos do artigo 11.º 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.

5 — Os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços são reembolsados apenas até ao limite que teria sido assumido pelo Estado Português enquanto responsabilidade financeira do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde, caso esses cuidados tivessem sido prestados no território nacional nos termos da tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde e do regime geral das comparticipações

do Estado ou dos Serviços Regionais de Saúde no preço dos medicamentos, sem exceder, contudo, os custos reais dos cuidados de saúde recebidos.

6 — Não conferem direito ao reembolso os cuidados de saúde transfronteiriços realizados por prestadores de saúde que não se encontrem legalmente reconhecidos no Estado membro de tratamento ou que não cumpram as respetivas normas e orientações em matéria de qualidade dos cuidados de saúde e segurança do doente estabelecidas pelo mesmo Estado.

7 — Não têm direito ao reembolso os beneficiários que, nos termos das disposições constantes dos Regulamentos (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, e n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, se encontrem abrangidos pelo Sistema de Segurança Social de outro Estado membro.

8 — Sem prejuízo do disposto nos números anteriores, podem ser adotadas, em situações excecionais 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, no âmbito da presente lei, nos termos do Tratado de Funcionamento da União Europeia, 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.

9 — A ACSS, I. P., e a Direção-Geral da Saúde (DGS) propõem ao membro do Governo responsável pela área da saúde, e os serviços competentes das regiões autónomas propõem aos membros dos governos das regiões autónomas responsáveis pela área da saúde, quando tal se justifique, a adoção das medidas referidas no número anterior.

10 — A adoção de quaisquer medidas de restrição do reembolso, referidas no n.º 8, é notificada à Comissão Europeia no prazo máximo de 30 dias a contar da sua entrada em vigor, assim como qualquer alteração à mesma.

#### Artigo 9.º

##### Pedido de reembolso

1 — O pedido de reembolso depende de requerimento a apresentar, através do portal do utente, à ACSS, I. P., ou ao serviço competente de cada região autónoma, pelo beneficiário ou a pedido deste junto das unidades funcionais dos Agrupamentos de Centros de Saúde da área da residência do beneficiário ou nas unidades competentes de cada região autónoma, no prazo de 30 dias a contar do pagamento da despesa.

2 — O requerimento do pedido de reembolso é acompanhado, designadamente, dos seguintes elementos:

a) O comprovativo do pagamento das despesas realizadas de onde conste designadamente: o nome do beneficiário, o Estado membro de tratamento e a respetiva unidade prestadora, os procedimentos de diagnóstico e o tratamento;

b) O número de identificação de cidadão, o número de utente, o número de identificação fiscal, a residência fiscal, o número de identificação de segurança social, a idade,

o sexo e, quando aplicável, o número de beneficiário, o respetivo subsistema, o número de apólice e a identificação da seguradora;

c) O motivo da deslocação;

d) A avaliação clínica comprovativa da necessidade de diagnóstico ou de tratamento, emitida por um médico de medicina geral e familiar do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde ou o comprovativo de deferimento do pedido de autorização prévia, nos casos aplicáveis;

e) A informação clínica relacionada com as prestações de saúde realizadas, com referência expressa aos códigos e designação do diagnóstico principal, adicionais, comorbilidades, complicações, procedimentos, de acordo com a Classificação Internacional de Doenças, 9.ª Revisão, Modificação Clínica (CID-9-MC) ou codificação equivalente em vigor no Estado membro de tratamento, data da admissão, data da alta e destino após alta.

3 — Os documentos originais a que se referem as alíneas a) e e) do número anterior, quando redigidos em língua estrangeira, devem ser acompanhados de tradução devidamente certificada, nos termos da lei.

4 — O reembolso dos custos dos cuidados de saúde é efetuado pela ACSS, I. P., ou pelo serviço competente de cada região autónoma, consoante estejam em causa utentes do Serviço Nacional de Saúde ou dos Serviços Regionais de Saúde, no prazo de 90 dias a contar da apresentação do respetivo pedido, nos termos do disposto nos números anteriores.

5 — Se o pedido de reembolso e a documentação que o acompanha suscitar dúvidas, pode ser solicitada informação complementar ao requerente beneficiário, assim como aos pontos de contacto nacionais, pela ACSS, I. P., ou pelo serviço competente de cada região autónoma, suspendendo-se o prazo referido no número anterior até à receção dos documentos ou das informações em causa.

6 — Em caso de dúvida, do ponto de vista clínico, a ACSS, I. P., ou o serviço competente de cada região autónoma podem solicitar o parecer da DGS, a qual deve emití-lo no prazo de cinco dias úteis.

7 — A ACSS, I. P., e a DGS asseguram que o acesso à informação clínica do doente seja limitado a profissionais de saúde sujeitos a sigilo, nos termos da lei.

8 — Os modelos do requerimento do pedido de reembolso são aprovados pela ACSS, I. P., e pelos respetivos serviços das regiões autónomas, e estão sujeitos a parecer prévio da Comissão Nacional de Proteção de Dados, nos termos da lei.

#### Artigo 10.º

##### Reembolso

1 — 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 e com o regime geral das participações do Estado ou dos Serviços Regionais de Saúde no preço dos medicamentos.

2 — Aos montantes a reembolsar nos termos do número anterior, é deduzido o valor correspondente das taxas moderadoras que seriam devidas, caso as prestações de saúde fossem realizadas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde ou do Serviço Regional de Saúde, sempre que aplicável,

nos termos da legislação em vigor, assim como o montante devido por terceiro contratualmente responsável.

#### Artigo 11.º

##### Sistema de autorização prévia

1 — Está sujeito a autorização prévia o reembolso dos 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.

2 — 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.

3 — Os cuidados de saúde a que se refere o n.º 1 são definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde, a qual é comunicada à Comissão Europeia no prazo máximo de 30 dias a contar da sua entrada em vigor, assim como qualquer alteração à mesma.

4 — A falta de apresentação do pedido de autorização prévia para a prestação do cuidado de saúde transfronteiriço referido nos números anteriores ou o indeferimento do pedido de autorização, nos termos da presente lei, determina que o reembolso não é devido pelo Estado Português.

#### Artigo 12.º

##### Requerimento para o pedido de autorização prévia

1 — 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.

2 — Do requerimento do pedido de autorização prévia deve constar, designadamente, o nome do beneficiário, o número de identificação de cidadão, o número de utente, o número de identificação fiscal, o número de identificação de segurança social, a residência fiscal, a idade e o sexo, o Estado membro de tratamento e a respetiva unidade prestadora, assim como informação clínica com a indicação da necessidade de realização da prestação dos cuidados de saúde.

3 — Os modelos do requerimento do pedido de autorização prévia são aprovados pela ACSS, I. P., e pelos serviços competentes das regiões autónomas, e estão sujeitos a parecer prévio da Comissão Nacional de Proteção de Dados, nos termos da lei.

#### Artigo 13.º

##### Avaliação da condição clínica do beneficiário

1 — 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.

2 — Da avaliação clínica referida no número anterior deve constar a proposta de deferimento ou indeferimento do pedido de autorização prévia.

#### Artigo 14.º

##### Processo de autorização prévia

1 — O requerimento do pedido de autorização prévia e o respetivo relatório da avaliação clínica são remetidos pela unidade hospitalar que emitiu o relatório à ACSS, I. P., ou aos serviços competentes das regiões autónomas, para apreciação.

2 — A ACSS, I. P., ou os serviços competentes das regiões autónomas emitem resposta ao pedido de autorização prévia no prazo de 15 dias úteis a contar da receção do relatório da avaliação clínica, salvo se a condição clínica do doente exigir resposta num prazo mais curto.

3 — O pedido de autorização prévia deve ser indeferido, nos seguintes casos:

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.

4 — Em caso de dúvida, do ponto de vista clínico, a ACSS, I. P., ou os serviços competentes das regiões autónomas podem solicitar o parecer da DGS, que deve ser emitido no prazo de cinco dias úteis.

5 — A ACSS, I. P., e a DGS asseguram que o acesso à informação clínica do doente seja limitado a profissionais de saúde sujeitos a sigilo, nos termos da lei.

6 — A ACSS, I. P., ou os serviços competentes das regiões autónomas informam o doente quando a sua situação preencher as condições de aplicação dos Regulamentos (CE) n.º 883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, e n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, em matéria de coordenação dos sistemas de segurança social na União Europeia.

#### Artigo 15.º

##### Reconhecimento das receitas médicas emitidas noutro Estado membro

1 — 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 inclua os seguintes elementos:

a) Na identificação do doente, o nome completo, escrito por extenso e sem abreviaturas, e a data de nascimento;

b) Na autenticação da receita, a data de emissão e a assinatura digital ou manuscrita, consoante se trate de receita eletrónica ou manual;

c) Na identificação do profissional de saúde responsável pela prescrição, o nome completo, escrito por extenso e sem abreviaturas, as qualificações profissionais, os elementos para contacto direto, designadamente o endereço eletrónico, o número de telefone ou de *fax*, com indicação do indicativo internacional e o endereço profissional, incluindo o nome do Estado membro;

d) Na identificação do medicamento prescrito, quando aplicável:

i) Denominação comum, definida no artigo 1.º da Diretiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de novembro de 2001, que estabelece um código comunitário relativo aos medicamentos para uso humano;

ii) A marca comercial, se o produto prescrito for um medicamento biológico, tal como definido no ponto 3.2.1.1 da alínea b) do anexo 1 (parte 1) da Diretiva n.º 2001/83/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 6 de novembro de 2001, e o profissional de saúde responsável pela prescrição o considerar necessário do ponto de vista médico, devendo neste caso ser indicadas na receita, resumidamente, as razões que justificam o uso da marca comercial;

e) A forma farmacêutica;

f) A quantidade;

g) A dosagem;

h) A posologia.

2 — As receitas médicas prescritas em Portugal, que o doente pretenda que sejam dispensadas noutro Estado membro, incluem os seguintes elementos:

a) Na identificação do doente, o nome completo, escrito por extenso e sem abreviaturas, e a data de nascimento;

b) Na autenticação da receita, a data de emissão e a assinatura digital ou manuscrita, consoante se trate de receita eletrónica ou manual;

c) Na identificação do profissional de saúde responsável pela prescrição, o nome completo, escrito por extenso e sem abreviaturas, as qualificações profissionais, os elementos para contacto direto, designadamente o endereço eletrónico, o número de telefone ou de *fax*, com indicação do indicativo internacional e o endereço profissional, incluindo o nome do Estado membro;

d) A prescrição do medicamento obedece aos requisitos estabelecidos nos artigos 120.º e 120.º-A do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, e respetiva regulamentação.

3 — O disposto no n.º 1 não se aplica aos medicamentos para os quais é obrigatória uma receita médica especial, nos termos da alínea b) do n.º 2 do artigo 113.º e no artigo 117.º do Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto.

4 — As receitas médicas de dispositivos médicos emitidas num Estado membro da União Europeia são reconhecidas em Portugal, nos termos da legislação em vigor,

caso o dispositivo médico se encontre legalmente colocado no mercado nacional, e a receita inclua:

a) Obrigatoriamente, os elementos previstos nas alíneas a) a c) e f) do n.º 1;

b) Outros elementos a definir por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde.

5 — O farmacêutico pode recusar a dispensa de receitas médicas emitidas num Estado membro da União Europeia que suscitem legítimas e justificadas dúvidas sobre a sua autenticidade, conteúdo ou inteligibilidade, assim como as que a legislação em vigor permite que sejam recusadas por motivos de ordem ética.

#### Artigo 16.º

##### Centros de referência nacionais

1 — Para efeitos de aplicação da presente lei, compete ao Ministério da Saúde identificar, aprovar e reconhecer oficialmente centros de referência nacionais, designadamente para diagnóstico e tratamento de doenças raras.

2 — O Ministério da Saúde promove a participação e integração de centros de referência nacionais que voluntariamente pretendam integrar as Redes Europeias de Referência.

#### Artigo 17.º

##### Cooperação em matéria de saúde em linha

1 — A autoridade nacional responsável pela cooperação em matéria de saúde em linha para efeitos da presente lei é definida por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, de entre os serviços, organismos e entidades do Ministério da Saúde.

2 — A autoridade nacional participa na rede europeia de autoridades nacionais responsáveis pela cooperação em matéria de saúde em linha, cujas normas de criação, gestão e funcionamento se encontram estabelecidas na Decisão de Execução da Comissão, de 22 de dezembro de 2011, que estabelece as normas para a criação, a gestão e o funcionamento da rede de autoridades nacionais responsáveis pela saúde em linha.

#### Artigo 18.º

##### Cooperação em matéria de avaliação das tecnologias da saúde

1 — A autoridade nacional responsável pela avaliação das tecnologias da saúde é definida por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, de entre os serviços, organismos e entidades do Ministério da Saúde.

2 — A autoridade competente participa na rede europeia de autoridades nacionais responsáveis pela avaliação das tecnologias da saúde cujas normas de criação, gestão e funcionamento se encontram estabelecidas na Decisão de Execução da Comissão, de 26 de junho de 2013, que estabelece as normas para a criação, a gestão e o funcionamento transparente da rede de autoridades ou organismos nacionais responsáveis pela avaliação das tecnologias da saúde.

#### Artigo 19.º

##### Relatórios

A ACSS, I. P., e a DGS apresentam ao membro do Governo responsável pela área da saúde, e os serviços competentes das regiões autónomas apresentam aos membros dos governos das regiões autónomas responsáveis pela área da

saúde, relatórios anuais de monitorização da aplicação da presente lei, para efeitos de divulgação durante o primeiro semestre do ano seguinte a que respeitam.

#### Artigo 20.º

##### Regiões autónomas

O disposto na presente lei aplica-se às Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores, com as necessárias adaptações.

#### Artigo 21.º

##### Regulamentação

A regulamentação prevista na presente lei é aprovada no prazo de 30 dias a partir da sua entrada em vigor.

#### Artigo 22.º

##### Entrada em vigor

A presente lei entra em vigor no 1.º dia útil do mês seguinte ao da sua publicação.

Aprovada em 8 de julho de 2014.

A Presidente da Assembleia da República, *Maria da Assunção A. Esteves*.

Promulgada em 11 de agosto de 2014.

Publique-se.

O Presidente da República, *ANÍBAL CAVACO SILVA*.

Referendada em 18 de agosto de 2014.

O Primeiro-Ministro, *Pedro Passos Coelho*.

#### Lei n.º 53/2014

de 25 de agosto

**Aprova o regime jurídico da recuperação financeira municipal regulamentando o Fundo de Apoio Municipal, e procede à primeira alteração à Lei n.º 50/2012, de 31 de agosto, que aprova o regime jurídico da atividade empresarial local e das participações locais.**

A Assembleia da República decreta, nos termos da alínea c) do artigo 161.º da Constituição, o seguinte:

## TÍTULO I

### Objeto, âmbito, definições e princípios gerais

#### Artigo 1.º

##### Objeto

1 — A presente lei estabelece o regime jurídico da recuperação financeira municipal e regulamenta o Fundo de Apoio Municipal, doravante designado por FAM.

2 — O regime de recuperação financeira municipal prevê os mecanismos jurídicos e financeiros necessários à adoção de medidas que permitam a um município atingir e respeitar o limite de dívida total previsto no artigo 52.º da Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro.

3 — A presente lei procede ainda à primeira alteração à Lei n.º 50/2012, de 31 de agosto, que aprova o regime

jurídico da atividade empresarial local e das participações locais.

#### Artigo 2.º

##### Âmbito de aplicação

A presente lei aplica-se ao Estado, aos municípios e seus credores, bem como a quaisquer entidades públicas ou privadas que sejam objeto das normas e dos mecanismos nela previstos.

#### Artigo 3.º

##### Serviços públicos essenciais

Para efeitos do disposto na presente lei, consideram-se serviços públicos essenciais, os serviços municipais básicos e fundamentais, nomeadamente os relativos:

- a) À proteção civil e à segurança pública;
- b) Ao abastecimento de água e recolha e tratamento de águas residuais;
- c) À recolha e tratamento de resíduos sólidos urbanos;
- d) À manutenção das vias públicas, com vista a garantir a segurança de pessoas e bens;
- e) À manutenção do regular funcionamento dos estabelecimentos escolares a cargo do município;
- f) À ação social escolar e ao transporte escolar;
- g) À prestação de apoio a pessoas em situação de vulnerabilidade, nos termos da lei e de regulamento municipal;
- h) A cemitérios que sejam propriedade municipal;
- i) À prestação de serviços na habitação social e na habitação a custos controlados;
- j) À intervenção urgente em situações que constituam perigo para a saúde ou segurança de pessoas.

#### Artigo 4.º

##### Princípios gerais

1 — A recuperação financeira municipal traduz-se na adoção de mecanismos de reequilíbrio orçamental, de reestruturação da dívida e de assistência financeira.

2 — Sem prejuízo do carácter subsidiário da reestruturação financeira e da assistência financeira, as medidas referidas no número anterior são de aplicação cumulativa.

3 — O regime de recuperação financeira municipal tem em conta as especificidades de cada município e baseia-se no princípio de repartição do esforço entre os municípios, os seus credores e o Estado e na prevalência de soluções encontradas por mútuo acordo entre o município, os credores municipais e o FAM.

4 — Na afetação dos seus recursos, o FAM rege-se pelo princípio de igualdade material entre municípios, tendo como prioridade os casos de recurso obrigatório, nos termos do n.º 2 do artigo 61.º da Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro.

5 — Nos casos de recurso facultativo, previsto do n.º 3 do artigo 58.º da Lei n.º 73/2013, de 3 de setembro, a assistência financeira fica condicionada às disponibilidades do FAM, à gravidade relativa das situações, à viabilidade do compromisso de recuperação e à situação económico-social dos municípios.

6 — Os limites legais de endividamento não prejudicam a adoção de medidas que integram a recuperação financeira municipal.

## Anexo III – Questionário aos profissionais de saúde

### QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se à realização de um trabalho de investigação na área de **Turismo de Saúde** no âmbito do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde do ISCTE-IUL.

O questionário é constituído por 3 partes. Se concordar em participar, peço-lhe desde já que responda a todas as questões sendo sincero/a nas suas respostas.

É garantido o total **anonimato, confidencialidade e proteção dos seus dados**.

Grata pela sua colaboração,

Cláudia Azevedo

#### Parte I – Características Sociodemográficas

##### 1. Género

Masculino  Feminino

2. Idade \_\_\_\_\_ anos

##### 3. Nível de instrução

Sem escolaridade ou escolaridade inferior a 4 anos       Ensino Básico       Ensino Secundário  
 Bacharelato/Licenciatura       Pós-Graduação       Mestrado       Doutoramento

##### 4. Profissão

Médico

Enfermeiro

Técnico diagnóstico e terapêutica

Auxiliar acção médica

Outra. Qual? \_\_\_\_\_



## Parte II

**1. Até à presente data, qual o seu nível de satisfação com a assistência médica no Serviço Nacional de Saúde?**

- Nada satisfeito     Pouco satisfeito     Satisfeito     Muito satisfeito     Não aplicável

**2. Até à presente data, qual o seu nível de satisfação com a assistência nos Serviços de Saúde Privados?**

- Nada satisfeito     Pouco satisfeito     Satisfeito     Muito satisfeito     Não aplicável

**3. Recorre mais ao Serviço Nacional de Saúde ou ao Serviço Privado?**

- Serviço Nacional de Saúde     Serviço Privado

**4. Se respondeu Serviço Privado, porque motivo? Pode escolher mais que uma opção.**

- Tempo de espera mais curto     Qualidade do atendimento  
 Seguro de saúde ou outro subsistema de saúde (ADSE, SAD\_PSP, ADM ou outro)  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

**5. Tem algum conhecimento prévio ou já ouviu falar no conceito de Turismo de Saúde?**

- Sim     Não

**6. Caso não consiga uma resposta adequada em Portugal, quer no serviço público quer no serviço privado de saúde, pondera recorrer a algum tipo de assistência médica no estrangeiro?**

- Sim     Não     Talvez     Não sei

**7. Considera que procurar assistência médica no estrangeiro pode ser vantajoso?**

- Sim     Não     Talvez     Não sei

**8. Se sim, preferencialmente onde?**

- União Europeia     Fora União Europeia     Indiferente

**9. Conhece alguém que já tenha recorrido a algum tipo de assistência médica, previamente planeada, no estrangeiro?**

- Sim     Não

**10. Tem conhecimento de algum tipo de comparticipação do estado, nos tratamentos efetuados no estrangeiro?**

- Sim     Não

**11. Tem condições financeiras para recorrer a tratamentos de saúde fora de Portugal, incluindo despesas de deslocação e a alojamento?**

- Sim     Não     Depende do montante



**Com a entrada em vigor do Decreto-lei n.º 52/2014 de 25 de Agosto foram estabelecidas em Portugal normas para o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços.**

Esta peça legislativa está em vigor em direito nacional desde Agosto de 2014 e basicamente define as normas sobre as quais os utentes do serviço nacional de saúde, caso sintam necessidade, possam recorrer a assistência médica dentro da União Europeia. Dependendo do tipo de assistência médica que procurem poderão necessitar de uma autorização prévia e para esclarecer todas as dúvidas dos utentes existe um ponto de contacto nacional para esse efeito.

Para além disto, e caso opte por esta via, terá de pagar a assistência médica que receber e só depois o estado irá reembolsá-lo. Este reembolso será feito de acordo com a despesa que seria feita consigo em território nacional. Quaisquer despesas não relativas aos cuidados de saúde prestados como por exemplo a deslocação, a alimentação ou o alojamento não serão comparticipados pelo estado português.

(As situações clínicas que exigem autorização prévia podem ser consultadas no final do presente inquérito).

### Parte III

**Considerando o resumo anterior por favor responda:**

**1. Para além da descrição anterior, já alguma vez ouviu falar na Lei nº52/2014 sobre os cuidados de saúde transfronteiriços?**

Sim  Não

**2. Como considera as possibilidades de acesso alternativo que são proporcionadas por via da Lei nº52/2014, opção às unidades prestadoras de cuidados de saúde (privados ou públicos), em Portugal.**

Muito más  Más  Razoáveis  Boas  Muito Boas

**3. Acha provável, agora ou futuramente, recorrer aos serviços referidos nesta Lei?**

Não provável  Pouco provável  Nem improvável, nem provável  Muito provável

Sim, vou recorrer

**4. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria reembolsado posteriormente na totalidade dos cuidados médicos?**

Até 1000€  De 1000 a 2500€  De 2500 a 5000€  De 5000 a 10000€  Mais de 10000€

**5. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria reembolsado posteriormente em cerca de 75% da totalidade dos cuidados médicos?**

Até 1000€  De 1000 a 2500€  De 2500 a 5000€  De 5000 a 10000€  Mais de 10000€

3

6. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria reembolsado posteriormente em cerca de 50% ou menos da totalidade dos cuidados médicos?

Até 1000€    De 1000 a 2500€    De 2500 a 5000€    De 5000 a 10000€    Mais de 10000€

7. Se considerar fazer tratamentos no exterior ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, em despesas fora do contexto médico (NÃO REEMBOLSÁVEL)?

Até 1000€    De 1000 a 2500€    De 2500 a 5000€    De 5000 a 10000€    Mais de 10000€

8. Consideraria efetuar tratamentos no estrangeiro noutros países, fora da União Europeia?

Sim  Não

#### Listagem de procedimentos que exigem autorização prévia

ANEXO	
<p>Estão sujeitas a autorização prévia as situações clínicas que requeiram:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) Diagnóstico e tratamento de patologias para as quais existam centros de referência reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde.</li><li>b) Internamento hospitalar, por cirurgia.</li><li>c) Internamento hospitalar que resulte em GDH com peso relativo igual ou superior a 2.0 de acordo com a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde.</li><li>d) Internamento em Unidades de cuidados intensivos.</li><li>e) Tratamento em Unidades especializadas de queimados.</li><li>f) Internamento em serviços, departamentos ou Hospitais de Psiquiatria e Saúde Mental, em psiquiatria forense.</li><li>g) Cirurgia de ambulatório que requeira a colocação de dispositivo médico previsto na codificação publicada pelo Infarmed, I. P., excetuando-se as situações de suturas cirúrgicas.</li><li>h) Cirurgia de ambulatório que resulte em GDH com peso relativo igual ou superior a 2.0 de acordo com a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde.</li><li>i) Procedimentos no âmbito da Cirurgia plástica e re-constructiva.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>j) Tratamentos farmacológicos ou com agentes ou produtos biológicos cujo encargo mensal seja superior a 1.500 euros.</li><li>k) Tratamento oncológico.</li><li>l) Tratamentos com imunossuppressores.</li><li>m) Radiocirurgia.</li><li>n) Transplantação e terapia celular.</li><li>o) Dialise renal.</li><li>p) Litotricia renal.</li><li>q) Tratamento de incapacidade que necessite para a sua correção de cadeira de rodas motorizada, próteses de membro superior ou inferior com exceção de prótese parcial de mão ou pé, aparelho auditivo ou bitutores.</li><li>r) Análises genéticas, incluindo farmacogenética e farmacogenómica.</li><li>s) Procriação Medicamente Assistida.</li><li>t) PET Tomografia por Emissão de Positrões, Câmara gama, Tomografia Computorizada, Câmara gama — TC  Câmara gama com Tomografia Computorizada, PET — TC Tomografia por Emissão de Positrões com Tomografia Computorizada, PET — RM Tomografia por Emissão de Positrões com Ressonância Magnética, SPECT Tomografia Computorizada por Emissão de Fotões Simples.</li><li>u) Ressonância magnética.</li><li>v) Câmara hiperbárica.</li></ul>

## Anexo IV – Questionário aos utentes

### QUESTIONÁRIO

Este questionário destina-se à realização de um trabalho de investigação na área de **Turismo de Saúde** no âmbito do Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde do ISCTE-IUL.

O questionário é constituído por 3 partes. Se concordar em participar, peço-lhe desde já que responda a todas as questões sendo sincero/a nas suas respostas.

É garantido o total **anonimato, confidencialidade e proteção dos seus dados**.

Grata pela sua colaboração,

Cláudia Azevedo

#### Parte I – Características Sociodemográficas

##### 1. Género

Masculino  Feminino

2. Idade \_\_\_\_\_ anos

##### 3. Nível de instrução

Sem escolaridade ou escolaridade inferior a 4 anos       Ensino Básico       Ensino Secundário  
 Bacharelato/Licenciatura       Pós-Graduação       Mestrado       Doutoramento

##### 4. Profissão

---

## Parte II

### 1. Até à presente data, qual o seu nível de satisfação com a assistência médica no Serviço Nacional de Saúde?

- Nada satisfeito     Pouco satisfeito     Satisfeito     Muito satisfeito     Não aplicável

### 2. Até à presente data, qual o seu nível de satisfação com a assistência nos Serviços de Saúde Privados?

- Nada satisfeito     Pouco satisfeito     Satisfeito     Muito satisfeito     Não aplicável

### 3. Recorre mais ao Serviço Nacional de Saúde ou ao Serviço Privado?

- Serviço Nacional de Saúde     Serviço Privado

### 4. Se respondeu Serviço Privado, porque motivo? Pode escolher mais que uma opção.

- Tempo de espera demasiado longo     Qualidade do atendimento  
 Seguro de saúde ou outro subsistema de saúde (ADSE, SAD\_PSP, ADM ou outro)  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### 5. Qual o motivo que o trouxe a esta unidade de saúde?

- Exames de diagnóstico  
 Consulta  
     Clínica Geral                       Ortopedia  
     Cardiologia                           Neurologia  
     Gastroenterologia                   Dermatologia  
     Oftalmologia  
     Outra especialidade. Qual? \_\_\_\_\_  
 Cirurgia  
 Outro. Qual? \_\_\_\_\_

### 6. Considerando o motivo que o trouxe a esta unidade de saúde privada, recorreu primeiramente ao Serviço Nacional de Saúde antes de se dirigir a esta instituição?

- Sim     Não

### 7. Tem algum conhecimento prévio ou já ouviu falar no conceito de Turismo de Saúde?

- Sim     Não

### 8. Caso não consiga uma resposta adequada em Portugal, quer no serviço público quer no serviço privado de saúde, pondera recorrer a algum tipo de assistência médica no estrangeiro?

- Sim     Não     Talvez     Não sei

### 9. Considera que procurar assistência médica no estrangeiro pode ser vantajoso?

- Sim     Não     Talvez     Não sei

**10. Se sim, preferencialmente onde?**

- União Europeia     Fora União Europeia     Indiferente

**11. Conhece alguém que já tenha recorrido a algum tipo de assistência médica, previamente planeada, no estrangeiro?**

- Sim     Não

**12. Tem conhecimento de algum tipo de comparticipação do estado, nos tratamentos efetuados no estrangeiro?**

- Sim     Não

**13. Tem condições financeiras para recorrer a tratamentos de saúde fora de Portugal, incluindo despesas de deslocação e a alojamento?**

- Sim     Não     Depende do montante

**Com a entrada em vigor do Decreto-lei nº 52/2014 de 25 de Agosto foram estabelecidas em Portugal normas para o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços.**

Esta peça legislativa está em vigor em direito nacional desde Agosto de 2014 e basicamente define as normas sobre as quais os utentes do serviço nacional de saúde, caso sintam necessidade, possam recorrer a assistência médica dentro da União Europeia. Dependendo do tipo de assistência médica que procurem poderão necessitar de uma autorização prévia e para esclarecer todas as dúvidas dos utentes existe um ponto de contacto nacional para esse efeito.

Para além disto, e caso opte por esta via, terá de pagar a assistência médica que receber e só depois o estado irá reembolsá-lo. Este reembolso será feito de acordo com a despesa que seria feita consigo em território nacional. Quaisquer despesas não relativas aos cuidados de saúde prestados como por exemplo a deslocação, a alimentação ou o alojamento não serão comparticipados pelo estado português.

(As situações clínicas que exigem autorização prévia podem ser consultadas no final do presente inquérito)

### Parte III

**Considerando o resumo anterior por favor responda:**

**1. Para além da descrição anterior, já alguma vez ouviu falar na Lei nº52/2014 sobre os cuidados de saúde transfronteiriços?**

Sim  Não

**2. Como considera as possibilidades de acesso alternativo que são proporcionadas por via da Lei nº52/2014, opção às unidades prestadoras de cuidados de saúde (privados ou públicos), em Portugal.**

Muito más  Más  Razoáveis  Boas  Muito Boas

**3. Acha provável, agora ou futuramente, recorrer aos serviços referidos nesta Lei?**

Não provável  Pouco provável  Nem improvável, nem provável  Muito provável

Sim, vou recorrer

**4. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria reembolsado posteriormente na totalidade dos cuidados médicos?**

Até 1000€  De 1000 a 2500€  De 2500 a 5000€  De 5000 a 10000€  Mais de 10000€

5. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria reembolsado posteriormente em cerca de 75% da totalidade dos cuidados médicos?

Até 1000€    De 1000 a 2500€    De 2500 a 5000€    De 5000 a 10000€    Mais de 10000€

6. Se considerar a procura de assistência médica no exterior, ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, sabendo que seria reembolsado posteriormente em cerca de 50% ou menos da totalidade dos cuidados médicos?

Até 1000€    De 1000 a 2500€    De 2500 a 5000€    De 5000 a 10000€    Mais de 10000€

7. Se considerar fazer tratamentos no exterior ao abrigo desta Lei, qual o montante que admitiria gastar/valor a seu cargo, em despesas fora do contexto médico (NÃO REEMBOLSÁVEL)?

Até 1000€    De 1000 a 2500€    De 2500 a 5000€    De 5000 a 10000€    Mais de 10000€

8. Consideraria efetuar tratamentos no estrangeiro noutros países, fora da União Europeia?

Sim  Não

#### Listagem de procedimentos que exigem autorização prévia

ANEXO	
<p>Estão sujeitas a autorização prévia as situações clínicas que requeiram:</p> <p>a) Diagnóstico e tratamento de patologias para as quais existam centros de referência reconhecidos oficialmente pelo Ministério da Saúde.</p> <p>b) Internamento hospitalar, por cirurgia.</p> <p>c) Internamento hospitalar que resulte em GDH com peso relativo igual ou superior a 2.0 de acordo com a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde.</p> <p>d) Internamento em Unidades de cuidados intensivos.</p> <p>e) Tratamento em Unidades especializadas de queimados.</p> <p>f) Internamento em serviços, departamentos ou Hospitais de Psiquiatria e Saúde Mental, em psiquiatria forense.</p> <p>g) Cirurgia de ambulatório que requeira a colocação de dispositivo médico previsto na codificação publicada pelo Infarmed, I. P., excetuando-se as situações de suturas cirúrgicas.</p> <p>h) Cirurgia de ambulatório que resulte em GDH com peso relativo igual ou superior a 2.0 de acordo com a tabela de preços do Serviço Nacional de Saúde.</p> <p>i) Procedimentos no âmbito da Cirurgia plástica e re-constructiva.</p>	<p>j) Tratamentos farmacológicos ou com agentes ou produtos biológicos cujo encargo mensal seja superior a 1.500 euros.</p> <p>k) Tratamento oncológico.</p> <p>l) Tratamentos com imunossuppressores.</p> <p>m) Radiocirurgia.</p> <p>n) Transplantação e terapia celular.</p> <p>o) Diálise renal.</p> <p>p) Litotricia renal.</p> <p>q) Tratamento de incapacidade que necessite para a sua correção de cadeira de rodas motorizada, próteses de membro superior ou inferior com exceção de prótese parcial de mão ou pé, aparelho auditivo ou bitutores.</p> <p>r) Análises genéticas, incluindo farmacogenética e farmacogenómica.</p> <p>s) Procriação Medicamente Assistida.</p> <p>t) PET Tomografia por Emissão de Positrões, Câmara gama, Tomografia Computorizada, Câmara gama — TC  Câmara gama com Tomografia Computorizada, PET — TC Tomografia por Emissão de Positrões com Tomografia Computorizada, PET — RM Tomografia por Emissão de Positrões com Ressonância Magnética, SPECT Tomografia Computorizada por Emissão de Fotões Simples.</p> <p>u) Ressonância magnética.</p> <p>v) Câmara hiperbárica.</p>



## Anexo V – Pedido de autorização e despacho

Exmo. Senhor

Administrador British Hospital XXI

Eu, Cláudia Azevedo, colaboradora no British Hospital XXI, como Técnica de Neurofisiologia e aluna do Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde do ISCTE-Instituto Politécnico de Lisboa, encontro-me a realizar a dissertação final com o tema "A utilização dos serviços de saúde transfronteiriços ao abrigo da Lei nº 52/2014" sob a orientação do Prof. José Filipe, venho solicitar a V<sup>a</sup> Ex.<sup>a</sup> a autorização, para a aplicação de um questionário junto dos utentes e profissionais desta instituição.

A recolha de dados será efectuada num prazo de, aproximadamente, 2 semanas.

Comprometo-me a respeitar as regras deontológicas, bem como ao envio dos resultados do trabalho de investigação caso me seja solicitado.

Pede deferimento,

Lisboa, 23 de Setembro de 2016

Cláudia Azevedo

*Autorizada a recolha de dados  
no âmbito da lei nº 52 de 2014 de Outubro.*

*J*

*6.10.2016*



## Anexo VI - Testes de *Mann-Whitney*

1. Testar se a distribuição do nível de satisfação com o SNS e SPS é igual entre o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos utentes.

### Hipótese (1.1)

H0	A distribuição do nível de satisfação com o SNS é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do nível de satisfação com o SNS não é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.

### Hipótese (1.2)

H0	A distribuição do nível de satisfação com o SPS é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do nível de satisfação com o SPS não é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.

#### Postos

	Profissionais/Utentes	N	Posto Médio	Soma de Postos
Satisfação Serviço Nacional de Saúde	Profissionais	152	276,97	42099,50
	Utentes	347	238,19	82650,50
	Total	499		
Satisfação Serviço Privado de Saúde	Profissionais	152	251,83	38278,50
	Utentes	347	249,20	86471,50
	Total	499		

#### Estatísticas de teste<sup>a</sup>

	Satisfação Serviço Nacional de Saúde	Satisfação Serviço Privado de Saúde
U de Mann-Whitney	22272,500	26093,500
Wilcoxon W	82650,500	86471,500
Z	-3,131	-,242
Significância Assint. (Bilateral)	,002	,809

a. Variável de Agrupamento: Profissionais/Utentes

Conclusão (1.1) – Rejeito H0 - Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como distribuição do nível de satisfação com o SNS não é igual entre o grupo dos utentes e grupo dos profissionais de saúde (sig <0,05).

Conclusão (1.2) – Não rejeito H0 - Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como distribuição do nível de satisfação com o SPS é igual entre o grupo dos utentes e dos profissionais de saúde (sig >0,05).

## Anexo VII - Coeficiente V de Cramer

Verificar a existência de relação entre a variável “utente/profissional de saúde” e a variável “ter conhecimento de TS”

### Medidas Simétricas

		Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,205	,000
	V de Cramer	,205	,000
Nº de Casos Válidos		499	

### Crosstab

			Profissionais/Utentes		Total
			Profissionais	Utentes	
Conhecimento prévio de Turismo de Saúde	Sim	Contagem	68	84	152
		% em Conhecimento prévio de Turismo de Saúde	44,7%	55,3%	100,0%
		% em Profissionais/Utentes	44,7%	24,2%	30,5%
		% do Total	13,6%	16,8%	30,5%
	Não	Contagem	84	263	347
		% em Conhecimento prévio de Turismo de Saúde	24,2%	75,8%	100,0%
		% em Profissionais/Utentes	55,3%	75,8%	69,5%
		% do Total	16,8%	52,7%	69,5%
Total	Contagem	152	347	499	
	% em Conhecimento prévio de Turismo de Saúde	30,5%	69,5%	100,0%	
	% em Profissionais/Utentes	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	30,5%	69,5%	100,0%	

Encontrou-se uma relação estatisticamente significativa (sig <0,05) entre o conhecimento do conceito de TS e profissionais de saúde/utentes. Contudo, a associação entre as variáveis é fraca (V de Cramer =0,205)

## Anexo VIII - Coeficiente V de Cramer

No grupo dos profissionais de saúde verificar a existência de uma relação entre a variável “categoria profissional” e a variável “ter conhecimento da Lei n.º52/2014 de 25 de agosto”.

### Symmetric Measures

		Value	Approximate Significance
Nominal by Nominal	Phi	,597	,000
	Cramer's V	,597	,000
N of Valid Cases		152	

### Conhecimento da Lei nº52/2014 \* Profissão Crosstabulation

			Profissão					Total
			Médico	Enfermeiro	Técnico Diag e Terap	Auxiliar Acção Méd	Outra	
Conhecimento da Lei nº52/2014	Sim	Count	26	9	10	1	0	46
		% within Conhecimento da Lei nº52/2014	56,5%	19,6%	21,7%	2,2%	0,0%	100,0%
		% within Profissão	81,3%	18,0%	25,6%	3,4%	0,0%	30,3%
		% of Total	17,1%	5,9%	6,6%	0,7%	0,0%	30,3%
	Não	Count	6	41	29	28	2	106
		% within Conhecimento da Lei nº52/2014	5,7%	38,7%	27,4%	26,4%	1,9%	100,0%
		% within Profissão	18,8%	82,0%	74,4%	96,6%	100,0%	69,7%
		% of Total	3,9%	27,0%	19,1%	18,4%	1,3%	69,7%
Total	Count	32	50	39	29	2	152	
	% within Conhecimento da Lei nº52/2014	21,1%	32,9%	25,7%	19,1%	1,3%	100,0%	
	% within Profissão	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	21,1%	32,9%	25,7%	19,1%	1,3%	100,0%	

Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa (sig <0,05) entre o “ter conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto” e a “categoria profissional”. A associação entre as variáveis é significativa (V de Cramer =0,597).

Na tabela de cruzamento de dados observou-se que 56,5% dos profissionais de saúde que têm conhecimento da referida Lei são médicos face a apenas 19,6% de enfermeiros e 21,7% de técnicos de diagnóstico e terapêutica.

## Anexo IX - Coeficiente V de Cramer

No grupo dos profissionais de saúde verificar a existência de uma relação entre a variável “ter conhecimento do conceito de TS” e a variável “ter conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto”

### Medidas Simétricas

	Valor	Significância Aproximada
Nominal por Nominal	Fi	,636
	V de Cramer	,636
Nº de Casos Válidos		152

### Crosstab

			Conhecimento da Lei nº52/2014		Total
			Sim	Não	
Conhecimento prévio de Turismo de Saúde	Sim	Contagem	42	24	66
		% em Conhecimento prévio de Turismo de Saúde	63,6%	36,4%	100,0%
		% em Conhecimento da Lei nº52/2014	91,3%	22,6%	43,4%
		% do Total	27,6%	15,8%	43,4%
	Não	Contagem	4	82	86
		% em Conhecimento prévio de Turismo de Saúde	4,7%	95,3%	100,0%
		% em Conhecimento da Lei nº52/2014	8,7%	77,4%	56,6%
		% do Total	2,6%	53,9%	56,6%
Total	Contagem	46	106	152	
	% em Conhecimento prévio de Turismo de Saúde	30,3%	69,7%	100,0%	
	% em Conhecimento da Lei nº52/2014	100,0%	100,0%	100,0%	
	% do Total	30,3%	69,7%	100,0%	

Verificou-se existir uma relação estatisticamente significativa (sig <0,05) entre o “ter conhecimento da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto” e “ter conhecimento do conceito de TS”. A associação entre as variáveis é significativa (V de Cramer =0,636).

Na tabela de cruzamento de dados é possível observar que 63,6% dos profissionais de saúde que têm conhecimento da Lei n.º52/2014 têm conhecimento prévio do conceito de TS.

## Anexo X - Testes de *Mann-Whitney*

1. Testar se a distribuição da opinião sobre a Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto é igual entre o grupo dos utentes e o grupo dos profissionais de saúde;
2. Testar se a distribuição da probabilidade de recorrer aos serviços da Lei n.º 52/2014 de 25 de agosto é igual entre o grupo dos utentes e o grupo dos profissionais de saúde.

### Hipótese (1)

H0	A distribuição da opinião sobre a Lei n.º 52/2014 é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição da opinião sobre a Lei n.º 52/2014 não é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.

### Hipótese (2)

H0	A distribuição da probabilidade de recorrer aos serviços da Lei n.º 52/2014 é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição da probabilidade de recorrer aos serviços da Lei n.º 52/2014 não é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.

#### Postos

	Profissionais/Utentes	N	Posto Médio	Soma de Postos
O que acha das possibilidades da Lei nº52/2014	Profissionais	152	231,35	35165,50
	Utentes	347	258,17	89584,50
	Total	499		
Provável recorrer aos serviços da Lei nº52/2014	Profissionais	152	248,08	37708,00
	Utentes	347	250,84	87042,00
	Total	499		

#### Estadísticas de teste<sup>a</sup>

	O que acha das possibilidades da Lei nº52/2014	Provável recorrer aos serviços da Lei nº52/2014
U de Mann-Whitney	23537,500	26080,000
Wilcoxon W	35165,500	37708,000
Z	-2,108	-,218
Significância Assint. (Bilateral)	,035	,828

a. Variável de Agrupamento: Profissionais/Utentes

Conclusão (1) – Rejeito H0 - Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como a distribuição da opinião sobre a Lei n.º52/2014 não é igual entre o grupo dos utentes e grupo dos profissionais de saúde (sig <0,05).

Conclusão (2) – Não rejeito  $H_0$  - Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como distribuição da probabilidade de recorrer aos serviços da Lei n.º 52/2014 é igual entre o grupo dos utentes e o grupo dos profissionais de saúde ( $\text{sig} > 0,05$ ).

## Anexo XI - Testes de *Kruskal-Wallis*

1. Testar se a distribuição do montante que os profissionais de saúde estão dispostos a gastar, é igual nos indivíduos das 5 categorias de profissionais de saúde no caso de:

- 1.1. Reembolso total;
- 1.2. Reembolso de 75% dos gastos;
- 1.3. Reembolso de 50% dos gastos;
- 1.4. Despesas não reembolsáveis.

### Hipótese 1.1

H0	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso total, é igual nos 5 grupos das categorias dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso total, é diferente em pelo menos um grupo populacional.

### Hipóteses 1.2

H0	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso de 75%, é igual nos 5 grupos das categorias dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso de 75%, é diferente em pelo menos um grupo populacional.

### Hipótese 1.3

H0	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso de 50%, é igual nos 5 grupos das categorias dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso de 50%, é diferente em pelo menos um grupo populacional.

### Hipóteses 1.4

H0	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de despesas não reembolsáveis, é igual nos 5 grupos das categorias dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de despesas não reembolsáveis, é diferente em pelo menos um grupo populacional.

**Postos**

	Profissão	N	Posto Médio
Reembolso na totalidade	Médico	32	114,56
	Enfermeiro	50	69,59
	Técnico Diag e Terap	39	75,92
	Auxiliar Acção Méd	29	48,34
	Outra	2	59,75
	Total	152	
Reembolso de 75%	Médico	32	116,94
	Enfermeiro	50	67,24
	Técnico Diag e Terap	39	77,97
	Auxiliar Acção Méd	29	47,69
	Outra	2	50,00
	Total	152	
Reembolso de 50%	Médico	32	117,98
	Enfermeiro	50	66,10
	Técnico Diag e Terap	39	75,47
	Auxiliar Acção Méd	29	52,34
	Outra	2	43,00
	Total	152	
Despesas fora do contexto médico	Médico	32	109,91
	Enfermeiro	50	68,28
	Técnico Diag e Terap	39	71,60
	Auxiliar Acção Méd	29	63,33
	Outra	2	34,00
	Total	152	

**Estatísticas de teste<sup>a,b</sup>**

	Reembolso na totalidade	Reembolso de 75%	Reembolso de 50%	Despesas fora do contexto médico
Qui-quadrado	38,924	44,222	43,302	27,853
gl	4	4	4	4
Significância Assint.	,000	,000	,000	,000

a. Teste Kruskal Wallis

b. Variável de Agrupamento: Profissão

**Conclusão (1.1; 1.2; 1.3; 1.4;)** – Rejeito H0 - Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como a distribuição do montante que os profissionais de saúde estão dispostos a gastar, se o reembolso for total, se o reembolso for de 75% ou de 50% dos gastos ou no caso das despesas não reembolsáveis é diferente em pelo menos um dos grupos das diferentes categorias de profissionais (sig <0,05).



## Anexo XII - Testes de *Mann-Whitney*

1. Testar se a distribuição do montante que estão dispostos a gastar, é igual entre o grupo dos profissionais de saúde e o grupo dos utentes no caso de:

- 1.1. Reembolso total;
- 1.2. Reembolso de 75% dos gastos;
- 1.3. Reembolso de 50% dos gastos;
- 1.4. Despesas não reembolsáveis.

### Hipóteses (1.1)

H0	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso total, é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso total, não é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.

### Hipóteses (1.2)

H0	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso de 75%, é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso de 75%, não é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.

### Hipóteses (1.3)

H0	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso de 50%, é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de reembolso de 50%, não é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.

### Hipóteses (1.4)

H0	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de despesas não reembolsáveis, é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.
H1	A distribuição do montante que estão dispostos a gastar, no caso de despesas não reembolsáveis, não é igual no grupo dos utentes e no grupo dos profissionais de saúde.

**Postos**

	Profissionais/Utentes	N	Posto Médio	Soma de Postos
Reembolso na totalidade	Profissionais	152	258,08	39227,50
	Utentes	347	246,46	85522,50
	Total	499		
Reembolso de 75%	Profissionais	152	256,30	38958,00
	Utentes	347	247,24	85792,00
	Total	499		
Reembolso de 50%	Profissionais	152	255,46	38830,50
	Utentes	347	247,61	85919,50
	Total	499		
Despesas fora do contexto médico	Profissionais	152	254,59	38697,50
	Utentes	347	247,99	86052,50
	Total	499		

**Estadísticas de teste<sup>a</sup>**

	Reembolso na totalidade	Reembolso de 75%	Reembolso de 50%	Despesas fora do contexto médico
U de Mann-Whitney	25144,500	25414,000	25541,500	25674,500
Wilcoxon W	85522,500	85792,000	85919,500	86052,500
Z	-,846	-,660	-,575	-,495
Significância Assint. (Bilateral)	,398	,509	,565	,621

a. Variável de Agrupamento: Profissionais/Utentes

Conclusão (1.1; 1.2; 1.3; 1.4) – Não rejeito H<sub>0</sub> - Com base nesta amostra e num nível de significância de 5%, existe evidência estatística em como distribuição do montante que estão dispostos a gastar, se o reembolso for total, se o reembolso for de 75% ou de 50% dos gastos ou no caso das despesas não reembolsáveis, é igual entre o grupo dos utentes e dos profissionais de saúde (sig >0,05).