



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Beatriz Magalhães Barbosa Pereira

OS CUIDADOS DE SAÚDE TRANSFRONTEIRIÇOS

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado de Gestão, orientado pela Professora Doutora Joana Matos Dias e apresentado à Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau Mestre.

Julho de 2019



FEUC FACULDADE DE ECONOMIA
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Beatriz Magalhães Barbosa Pereira

Os Cuidados de Saúde Transfronteiriços

Relatório de Estágio no âmbito do Mestrado de Gestão, orientado pela
Professora Doutora Joana Matos Dias e apresentado à Faculdade de
Economia da Universidade de Coimbra para a obtenção do grau de
Mestre

Coimbra, julho de 2019

Agradecimentos

Prestes a concluir mais uma etapa do meu percurso acadêmico que culmina com a apresentação e a defesa deste relatório de estágio, não poderia deixar de prestar os meus sinceros agradecimentos a algumas pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para o êxito deste trabalho e me proporcionaram uma experiência bastante enriquecedora tanto pessoal como profissionalmente.

Em primeiro lugar destaco a minha orientadora de estágio, Professora Doutora Joana Matos Dias, a quem agradeço, uma vez mais, ter aceitado essa incumbência e também exprimir a minha imensa gratidão e carinho pelo incansável apoio e pronto acompanhamento demonstrados no decurso da elaboração do meu relatório de estágio, contribuindo com sugestões críticas, pertinentes e enriquecedoras.

Agradeço também à Doutora Patrícia Antunes, que acompanhou o meu estágio na URGA, pelo modo caloroso com que me acolheu na instituição, pelo profissionalismo demonstrado na partilha de experiências e conhecimentos e pela disponibilidade e à vontade que sempre me proporcionou no esclarecimento das dúvidas que iam surgindo no decorrer das tarefas que me foram atribuídas.

Aos meus colegas de trabalho da URGA, quero agradecer o carinho, a simpatia, a boa disposição e o companheirismo demonstrados.

E, por último, quero agradecer à minha família e amigos pela paciência e apoio incondicional que sempre tiveram para comigo.

A todos, um bem-haja e um muito obrigada!

RESUMO

O presente relatório de estágio curricular, realizado no âmbito do Mestrado de Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, é fruto do trabalho desenvolvido na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, I.P.). A URGA, unidade regional responsável pelo monitoramento e gestão do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, desenvolve a sua atividade através do contacto, direto e/ou indireto, com utentes de várias nacionalidades e com entidades de saúde do setor público, privado e social. Adicionalmente, a URGA também direciona ativamente os seus esforços na dilucidação e formação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento da “literacia em saúde” nos cidadãos. Assim, tendo em conta o papel preponderante que aquela unidade regional desempenha em matéria de cuidados de saúde, envolvendo tanto cidadãos portugueses como estrangeiros, e dado a minha formação base em Relações Internacionais, a temática no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços revelou-se como tema de interesse para o desenvolvimento deste trabalho. Como tal, como principais objetivos, este relatório pretende, por um lado, dar a conhecer de uma forma sintética o papel, funções e responsabilidades que a entidade acolhedora do meu estágio curricular assume no seio da ARSC, I.P., bem como descrever as tarefas e as atividades desenvolvidas durante o período de estágio e fazer uma reflexão crítica sobre as mesmas. Por outro lado, este relatório também pretende fazer um enquadramento teórico ao tema “cuidados de saúde transfronteiriços” associado à “mobilidade transfronteiriça de doentes” dentro e fora do cenário europeu, inclusive o caso português, através da identificação dos mecanismos legislativos vigentes sobre esta matéria e da exposição de alguns exemplos que permitem a ilustração deste fenómeno social. É ainda feita uma análise crítica sobre o papel e o impacto da Diretiva 2011/24/EU enquanto instrumento jurídico vinculativo relativamente ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e apresentadas as suas potencialidades e limitações.

Palavras-chave: cuidados de saúde transfronteiriços; mobilidade transfronteiriça; doentes transfronteiriços; fatores *push and pull*; Diretiva 2011/24/EU.

ABSTRACT

This report carried out within the scope of the Master's in Management of the Faculty of Economics of the University of Coimbra, is the result of the internship that took place in Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), in Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, I.P.). URGA, a regional unit responsible for monitoring and managing citizens' access to health care, develops its activity through direct and/or indirect contact with patients of various nationalities and with public, private and social health entities. In addition, URGA also actively directs its efforts on the enlightenment and training of health professionals and in the development of "health literacy" among citizens. Given the preponderant role that this regional unit plays in health care, involving both Portuguese and foreign citizens, and given my academic background in International Relations, cross-border health care has emerged as a topic of interest for the development of this work. Therefore, this report aims, on the one hand, to make a presentation of the host entity of my curricular internship, and a description of the tasks and activities developed during the internship, as well as a critical reflection on them. On the other hand, it intends to provide a theoretical framework for cross-border healthcare associated with "cross-border patient mobility" within and outside Europe, including the Portuguese case, by identifying existing legislative mechanisms in this area and by presenting some examples to better illustrate this social phenomenon. A critical analysis is also carried out on the role and impact of Directive 2011/24/EU as a legally binding instrument with the regard to the exercise of patients' rights in cross-border healthcare, as wells as on their potential and limitations.

Keywords: cross-border health care; cross-border mobility; cross-border patients; push and pull factors; Directive 2011/24/EU.

Lista de Siglas

ACES - Agrupamentos de Centros de Saúde

ACSS, I.P. - Administração Central do Sistema de Saúde, I.P.

ADSE, I.P. - Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P.

ARS, I.P. - Administrações Regionais de Saúde, I.P.

ARSC, I.P. - Administração Regional de Saúde do Centro, I.P.

CESD - Cartão Europeu de Seguro de Doença

CPS - Certificado Provisório de Substituição do CESD

CST - Cuidados de Saúde Transfronteiriços

CTH - Consulta a Tempo e Horas

CTT – Correios de Portugal, S.A.

DGAG - Departamento de Gestão e Administração Geral

DGS - Direção-Geral de Saúde

DIE - Departamento de Instalações e Equipamentos

DPC - Departamento de Planeamento e Contratualização

DRH - Departamento de Recursos Humanos

DSP - Departamento de Saúde Pública

EEE - Espaço Económico Europeu

EFQM – *European Foundation for Quality Management*

EM – Estado-Membro

ERS - Entidade Reguladora de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

GDH - Grupo de Diagnóstico Homogéneo

GJC - Gabinete Jurídico e do Cidadão

GP – Clínico Geral

GSIC - Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicações

HD - Hospitais de Destino

HELFO – *Norwegian Health Economics Administration*

HO - Hospitais de Origem

ICD - *International Classification of Diseases*

LAC - Livre Acesso e Circulação

LIC - Lista de Inscritos para Cirurgia

NAFTA – Tratado Norte-Americano de Livre Comércio

NT - Nota de Transferência

NUTS - Unidades Territoriais para Fins Estatísticos

PCN - Pontos de Contacto Nacionais

PECLEC - Programa Especial de Combate às Listas de Espera

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social

SIGA - Sistema Integrado de Gestão do Acesso

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SIGLIC - Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia

SIH - Sistemas Informáticos dos Hospitais

SIP – *Services of Information for the Population*

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SRS - Serviços Regionais de Saúde

SS – Segurança Social

SSV - Seguros de Saúde Voluntários

TE - Tempos de Espera

TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação

TJE – Tribunal de Justiça Europeu

TM – Turismo Médico

TMRG - Tempos Máximos de Resposta Garantidos

TS – Turismo de Saúde

UALP - Unidade de Aprovisionamento, Logística e Património no DGAG

UE - União Europeia

UEP - Unidade de Estudos e Planeamento integrada no DPC

UGA - Unidade de Gestão do Acesso

UIPS - Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde integrada no DSP

ULGA - Unidades Locais de Gestão do Acesso

URGA - Unidade Regional de Gestão do Acesso

VAI SNS - Via de Acesso Integrado ao SNS

VC - Vale de Cirurgia

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	v
Abstract	vii
Lista de Siglas	ix
1. Introdução	15
2. Descrição do Estágio	17
2.1. Entidade Acolhedora	17
2.2. Atividades Desenvolvidas	21
2.2.1. Programa SIGIC	21
2.2.2. Validação da faturação no âmbito do programa SIGIC	24
2.3. Reflexão Crítica	28
3. Cuidados de Saúde Transfronteiriços	31
3.1. Introdução	31
3.2. Os cuidados transfronteiriços na Europa	40
3.2.1. Legislação	42
3.2.2. Retrato da União Europeia	50
3.3. Fora da Europa	59
4. O caso Português	67
4.1. Transposição da Diretiva para o regime jurídico português	69
5. Análise Crítica	77
Conclusão	83
Referências Bibliográficas	87

1. Introdução

O presente relatório de estágio curricular, realizado no âmbito do Mestrado de Gestão da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, é o resultado do trabalho desenvolvido na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), na Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, I.P.), sediada em Coimbra, durante quatro meses, com início a 4 de fevereiro e *términus* a 14 de junho de 2019, num total de 700 horas.

A URGA, unidade regional responsável pelo monitoramento e gestão do acesso dos cidadãos aos cuidados de saúde, desenvolve a sua atividade através do contacto, direto e/ou indireto, com utentes de várias nacionalidades e com entidades de saúde do setor público, privado e social. Para além disso, a URGA também direciona ativamente os seus esforços na dilucidação e formação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento da “literacia em saúde” nos cidadãos. Assim, tendo em conta o papel preponderante que aquela unidade regional desempenha em matéria de cuidados de saúde, envolvendo tanto cidadãos portugueses como estrangeiros, e dado a minha formação base ser em Relações Internacionais, a temática no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços revelou-se como tema de interesse para o desenvolvimento deste trabalho.

Como principais objetivos, este relatório pretende, por um lado, dar a conhecer de uma forma sintética o papel, funções e responsabilidades que a entidade acolhedora do meu estágio curricular assume no seio da ARSC, I.P., bem como descrever as tarefas e as atividades desenvolvidas durante o período de estágio e, por outro, fazer uma breve revisão de literatura sobre o tópico de mobilidade transfronteiriça de doentes dentro e fora do cenário europeu.

Face aos objetivos propostos, o relatório apresenta-se dividido da seguinte forma: no capítulo um é feita uma breve descrição do estágio curricular através da apresentação e caracterização da ARSC, I.P. e, mais pormenorizadamente, da URGA na qualidade de entidade de acolhimento, bem como uma descrição e reflexão crítica das tarefas aí desenvolvidas. Os capítulos seguintes fazem um enquadramento teórico geral ao tema de cuidados de saúde transfronteiriços. Concretamente, no segundo capítulo, é introduzido o tópico em questão, definindo-se o conceito de “mobilidade transfronteiriça de doentes” e identificando-se a tipologia de doentes e a diversidade de motivos que conduzem à adesão a este fenómeno social. Neste capítulo, são ainda identificados os mecanismos legislativos europeus existentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e, como forma de ilustrar a dimensão deste fenómeno, expostos alguns exemplos concretos de mobilidade

transfronteiriça dentro e fora do panorama europeu. Por sua vez, no terceiro capítulo é analisado o impacto da transposição da Diretiva 2011/24/UE na legislação portuguesa. No quarto capítulo é feita uma reflexão crítica sobre as vantagens e limitações decorrentes da criação e consequente implementação daquela Diretiva no regime jurídico dos Estados-membros da União Europeia, com o objetivo de avaliar o seu impacto nos direitos dos cidadãos europeus. Por último, o relatório termina com uma conclusão que resume, de forma sucinta, os tópicos tratados ao longo deste trabalho.

2. Descrição do Estágio

2.1. Entidade Acolhedora

As Administrações Regionais de Saúde, I.P. (ARS, I.P) são institutos públicos integrados na administração indireta do Estado, dotados de autonomia administrativa, financeira e património próprio (Cfr. Decreto-Lei nº 22/2012, de 30 janeiro). As ARS, I.P., exercem, de forma geral, o seu poder nas áreas respeitantes ao nível II da Nomenclatura de Unidades Territoriais para Fins Estatísticos (NUTS). Neste âmbito, a Administração Regional de Saúde do Centro, I.P. (ARSC, I.P.), como todas as outras ARS, I.P., de diferente jurisdição territorial, visa garantir à população da respetiva área geográfica de intervenção o acesso à prestação de cuidados de saúde de qualidade, adequando os recursos disponíveis às necessidades em saúde, bem como cumprir e fazer cumprir políticas e programas de saúde na sua área de intervenção. Assim sendo, a ARSC, I.P., ambiciona “ser uma instituição que se diferencie, num Serviço Nacional de Saúde (SNS) sustentável, por uma prestação de cuidados de excelência e enfoque no cidadão”, tendo, no seu âmago, valores como transparência, ética, prestação de contas, equidade e qualidade (ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro, I.P., 2018).

A ARSC, I.P., tem, como área de abrangência, a região centro que constitui 17% da população de Portugal Continental, o que corresponde, segundo dados de 2017, a 1.755.705 da população residente (INE - Instituto Nacional de Estatística, 2017). A Figura 1 apresenta os concelhos de influência da ARSC, I.P., sendo que o concelho de Vila Nova de Foz Côa, que não se encontra representado na figura, passou também a fazer parte deste grupo. De acordo com a Portaria nº 214/2013, de 27 de junho, que veio alterar os estatutos da ARSC, I.P., anteriormente estatuídos pela Portaria nº 164/2012, de 22 de maio, a ARSC, I.P., integra, na sua estrutura orgânica, serviços centrais e serviços desconcentrados, denominados de Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) do SNS.

No que respeita aos serviços centrais da ARSC, I.P., destacam-se: a) Departamento de Saúde Pública (DSP); b) Departamento de Planeamento e Contratualização (DPC); c) Departamento de Gestão e Administração Geral (DGAG); d) Departamento de Recursos Humanos (DRH); e) Departamento de Instalações e Equipamentos (DIE); f) Gabinete

Jurídico e do Cidadão (GJC); g) Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.



Figura 1. Concelhos de influência da ARSC. Fonte: ARSC, 2014.

Relativamente aos serviços desconcentrados, a ARSC, I.P. é atualmente composta por seis ACES criados pela Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro, que veio permitir a fusão dos agrupamentos anteriormente existentes. Nos termos do Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro, os ACES são serviços de saúde com autonomia administrativa, constituídos por várias unidades funcionais, que integram um ou mais centros de saúde, cuja missão é garantir a prestação e cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica.

No seguimento da Deliberação n.º 214/2013, de 7 de fevereiro, foram ainda criadas quatro unidades orgânicas flexíveis, nomeadamente: 1) Unidade de Investigação e Planeamento em Saúde (UIPS), integrada no DSP; 2) Unidade de Estudos e Planeamento (UEP), integrada no DPC; 3) Unidade de Aproveitamento, Logística e Património (UALP), integrada no DGAG; 4) Gabinete de Sistemas de Informação e Comunicações (GSIC), diretamente dependente do Conselho Diretivo. Posteriormente, em 2017, novas unidades orgânicas foram criadas, como é o caso da Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA), entidade acolhedora do meu estágio curricular, sobre a qual me debruçarei oportunamente.

De acordo com o disposto no Decreto-Lei n.º 44/2017, de 20 de abril, e na Portaria n.º 147/2017, de 27 de abril, o XXI Governo Constitucional assume como prioridade para a saúde o reforço do poder do cidadão no SNS através da reorganização do sistema de oferta de cuidados de saúde. Esta necessidade de alterar o paradigma do sistema até então vigente

foi motivada pelo facto de, apesar dos proveitos trazidos pela implementação de programas específicos, ainda se constatarem dificuldades no acesso atempado dos utentes ao SNS.

Neste sentido, com o objetivo de proporcionar cuidados de saúde de excelência focados no cidadão e, ao mesmo tempo, assegurar o seu acesso de modo equitativo, atempado e informado às instituições do SNS, foi criado pelo Decreto-Lei nº 44/2017, de 20 de abril, o Sistema Integrado de Gestão do Acesso (SIGA). Este modelo de governação, regulado pela Portaria nº 147/2017, de 27 de abril, constitui um mecanismo de acompanhamento, controlo e gestão integrada do acesso ao SNS, permitindo o acompanhamento do percurso do cidadão ao longo de todos os níveis de cuidados de saúde e assentando numa plataforma informática que, por sua vez, recolhe e consolida informação sobre o acesso dos utentes aos cuidados de saúde.

O principal objetivo do SIGA é fornecer uma visão holística do percurso dos utentes no SNS, através da implementação de uma cultura de transparência, com vista à determinação e melhoria dos tempos de resposta aos utentes, por meio do cumprimento integral dos Tempos Máximos de Resposta Garantidos (TMRG), de que falarei posteriormente, e da contínua e adequada gestão das listas de inscritos para a prestação de cuidados de saúde. Para além disso, o SIGA também procura obter ganhos de eficiência que permitam o equilíbrio entre a procura e a oferta, ao primar-se por elevados padrões de qualidade, viabilidade e sustentabilidade, e ao incitar o sistema Livre Acesso e Circulação (LAC) que procura envolver proactivamente o utente na gestão do seu plano de cuidados de saúde. Este sistema assume especial relevância no SIGA, dado que dá ao utente o direito e a opção de poder escolher, no conjunto das unidades de saúde do SNS, aquela em que pretende que lhe sejam efetuadas as respetivas prestações de cuidados de saúde, independentemente da sua localização geográfica (Cfr. Portaria nº 147/2017, de 27 de abril).

No que concerne ao modelo de governação do SIGA, definido nos artigos 15º a 18º da Portaria nº 147/2017, de 27 de abril, este tem por base uma estrutura tripartida: o nível central, assegurado pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS, I.P.) através da Unidade de Gestão do Acesso (UGA); o nível regional, que assenta nas Unidades Regionais de Gestão do Acesso (URGA); e, por fim, o nível local, que assenta nas Unidades Locais de Gestão do Acesso (ULGA) que integram a orgânica de cada instituição do SNS, reportando à URGA da ARS a que diz respeito. Este tipo de governação em três níveis gestionários consubstancia uma enorme vantagem para o SIGA, dada a complementaridade de funções que previne a repetição de tarefas e valoriza o potencial de informação e recursos

presentes em cada um dos níveis (OPSS, 2018). Por um lado, temos a UGA que, ao nível central, assume um papel preponderante na regularização e uniformização de práticas e, por outro lado, a URGA e ULGA (nível regional e local) que, ao procurarem instituir um relacionamento mais próximo com os cidadãos e entidades, desempenham um papel incessante no desenvolvimento da literacia em saúde nos cidadãos e na dilucidação e formação dos profissionais de saúde (OPSS, 2018).

Tendo em conta que o meu estágio curricular foi realizado na Unidade Regional de Gestão do Acesso (URGA) da ARCS, I.P., torna-se imperativo apresentar algumas das responsabilidades subjacentes a esta unidade funcional, elencadas no artigo 17º da Portaria nº 147/2017, de 27 de abril. Neste sentido, compete à URGA, no âmbito da região centro, monitorizar, acompanhar e controlar a produção realizada pelas instituições do SNS e a evolução de inscritos nessas instituições, através da análise dos tempos de respostas das mesmas, assim como avaliar e controlar a transferência de utentes entre instituições, assegurando os interesses daqueles. Compete-lhe, ainda, acionar os mecanismos adequados à adoção de medidas corretivas que visem solucionar as situações de utentes transferidos dentro do TMRG. Também deve reunir, trimestralmente, com as ULGA, a fim de encontrar resolução para as dificuldades identificadas, e reportar à UGA toda a informação que atente pertinente. A par disso, deve registar nos sistemas de informação todas as inconformidades identificadas e intervir proactivamente em relação às mesmas, fazendo cumprir as orientações determinadas pela UGA.

Adicionalmente, no âmbito do SIGA, foi criado e implementado, através da Portaria nº 147/2017, 27 de abril (artigo 19º, Título de Acesso Integrado), um documento digital de referência clínica, denominado Via de Acesso Integrado ao SNS (VAI SNS). Este documento veio substituir as cartas de fundamentação/referência permitindo a comunicação intra e inter-organizacional de forma mais rápida e eficiente sem recurso ao papel promovendo, por um lado, a desburocratização dos procedimentos e processos e, por outro lado, o envolvimento e capacitação do utente que, juntamente com os profissionais de saúde do SNS, pode decidir sobre qual a unidade de saúde de destino mais apropriada às suas necessidades, em função de fatores, tais como, a disponibilidade de cuidados, a proximidade geográfica, os tempos médios de espera, etc. (URGA, 2017).

2.2. Atividades Desenvolvidas

2.2.1. Programa SIGIC

Como anteriormente referido, o desenvolvimento das tarefas realizadas ao longo do meu estágio curricular tiveram lugar na URGA da ARSC, I.P., inserida no Departamento de Planeamento e Contratualização. A URGA é uma unidade funcional criada com o intuito de permitir uma tomada de decisão mais informada e uma gestão mais rigorosa do acesso do utente a cuidados de saúde do SNS. Atualmente, é constituída por uma equipa de sete profissionais, com diferentes formações académicas, tendo como principais *stakeholders*, para além da população para a qual a ARSC tem influência direta, 11¹ Hospitais de Origem (HO), sendo estes “unidades hospitalares do SNS, do sector privado ou do sector social onde é efetuado pela primeira vez o registo do utente na Lista de Inscritos para Cirurgia (LIC) para um determinado tratamento cirúrgico” (Cfr. n.º 30, Parte II do Anexo à Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro), mais de 25 Hospitais de Destino (HD) que compreendem as “unidades hospitalares do SNS ou unidades convencionadas no âmbito do SIGIC, onde é realizada a intervenção cirúrgica que foi identificada como necessária no hospital de origem do utente, aquando do seu registo na LIC” (Cfr. n.º 40, Parte II do Anexo à Portaria n.º 45/2008, de 15 de janeiro) e seis ACES (URGA, 2017).

Uma das principais incumbências da URGA, e sobre a qual incidiu a minha atividade ao longo de todo o período do meu estágio curricular, diz respeito à gestão do programa SIGIC (Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia), mais especificamente à validação da faturação associada a episódios cirúrgicos concluídos. Este processo de validação associado ao programa SIGLIC (Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia) tornou-se imprescindível devido ao facto de existirem longas listas de espera para cirurgia eletiva no setor público, mesmo depois de implementados diversos programas de recuperação de listas de espera, de entre os quais se destaca o Programa Especial de Combate às Listas de Espera (PECLEC) (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013).

O PECLEC, concebido pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 100/2002, de 26 de abril, tinha como propósito inicial, num período de dois anos, a redução permanente das listas de espera para cirurgia (Cfr. Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 de 24 de junho). Todavia, e apesar de estar muito perto de cumprir essa meta, visto que, findo aquele

¹ De referir que destes 11 HO não consta o Centro de Medicina de Reabilitação da Região Centro Rovisco Pais pela especificidade da sua atuação na área dos cuidados de medicina física e reabilitação.

período, 93,5% dos utentes deixaram de constar da lista de espera, o número de novos utentes entretanto adicionados à lista era superior à saída verificada (Siciliani et al., 2013: 244). Daí, surgiu a necessidade de dar continuidade ao esforço emanado do PECLEC através da criação do Sistema Integrado de Gestão de Inscritos em Cirurgia (SIGIC).

Este novo programa, criado pela Resolução do Conselho de Ministros nº 79/2004, de 24 de junho, ao invés de procurar eliminar permanentemente as listas de espera para cirurgia, tem como prioridade “a redução progressiva do período decorrente entre o momento em que um doente carece de uma cirurgia e a realização da mesma”, de acordo com um tempo máximo estabelecido, o denominado TMRG, que é definido consoante a prioridade clínica e a patologia ou grupo de patologias do utente² (Cfr. Portaria nº 45/2008, de 15 de janeiro, do Ministério da Saúde).

Contudo, com o delineamento e sucessiva implementação do SIGIC, foi crucial a construção de uma plataforma informática que permitisse monitorizar e consolidar toda a informação presente nos hospitais para assim permitir uma tomada de decisão mais consciente dos diversos intervenientes. Esta aplicação, designada Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (SIGLIC), integra os sistemas informáticos dos hospitais (SIH) dos diversos setores (público, privado e social, desde que estes dois últimos estejam convencionados com o SNS) ao receber, consolidar e partilhar sistematicamente, na sua base de dados, todos os eventos relacionados com os episódios cirúrgicos, nomeadamente, informação clínica, dados pessoais sobre o utente, cirurgias, consultas, internamentos, etc., e ainda, entre outras, informações sobre as entidades prestadoras de serviços cirúrgicos, capacidade instalada, carteira de serviços e rede de colaboradores (Ministério da Saúde, 2011).

Com todas as informações reguladas e sustentadas pelo SIGLIC torna-se, assim, exequível o cumprimento dos objetivos traçados pelo SIGIC, em especial a garantia do cumprimento dos TMRG através da gestão do episódio cirúrgico do utente que se resume, de forma simplificada, às seguintes fases (Ministério da Saúde, 2011):

- a) No âmbito da realização da primeira consulta da especialidade, o HO cria um plano de cuidados onde propõe ao utente (nos casos aplicáveis) a realização de uma cirurgia

² Nível de prioridade clínica 1: Grupo de patologia geral – ao 180º dia do TE e Grupo de patologia de oncologia – ao 60º dia do TE; Nível 2: Grupo de patologia geral – ao 60º dia do TE e Grupo de patologia de oncologia – ao 45º dia do TE; Nível 3: ao 15º dia do TE (patologia geral e oncologia); e Nível 4: ao 3º dia para ambos os grupos (Cfr. Portaria n.º 153/2017, de 4 de maio).

classificada de acordo com o nível de prioridade clínica e o tipo de patologia do utente. Após o aval oficial do utente para a intervenção cirúrgica e a emissão de um certificado de inscrição, procede-se à ativação da inscrição do utente na LIC do serviço/unidade funcional da instituição hospitalar, onde este fica a aguardar pela cirurgia nos prazos máximos estabelecidos e que se encontram redefinidos na Portaria nº 153/2017, de 4 de maio.

- b) Caso o HO não consiga garantir a prestação atempada do(s) procedimento(s) cirúrgico(s) proposto(s) num prazo que pode ir até 50% do TMRG, é emitida uma Nota de Transferência (NT) que é enviada ao utente por via postal. Ao receber a NT o utente pode escolher cativá-la numa das entidades de destino listadas e no prazo indicado no documento, ou recusá-la, devolvendo a NT à URGA da região onde se encontra inserido, fundamentando o motivo da sua recusa. Caso o utente opte pela cativação da NT dá-se, então, lugar à “formalização no SIGLIC da aceitação por parte do utente da sua transferência para o HD” (Cfr. nº 37, Parte II do Anexo à Portaria nº 45/2008, de 15 de janeiro). De referir que se o utente não responder dentro do prazo de validade da NT, o episódio é devolvido ao HO, procedendo-se ao cancelamento da inscrição do utente na LIC.
- c) Não obstante, caso não exista oferta de HD passado 50% do TMRG, ou no caso do utente ter recusado a NT preferindo manter-se inscrito na LIC do HO, se atingido os 75% do TMRG sem agendamento por parte do HO é emitido um Vale de Cirurgia (VC) que permite ao utente escolher ser operado num leque mais alargado de entidades que passam a incluir o sector social e privado, para além do público. Por sua vez, se o utente optar por recusar o VC, aos 100% do TMRG é emitido um segundo VC nas mesmas condições. Uma vez efetuada a cirurgia num HD e resolvidos eventuais constrangimentos, isto é, quaisquer “complicações”³ e/ou “intercorrências”⁴ que possam ter ocorrido durante a cirurgia e/ou internamento do utente como, por exemplo, uma hemorragia ou uma irregularidade no ritmo de pulsação do doente, o utente regressa ao HO que deve receber o processo clínico

³ Complicações são “todas as situações novas de doença ou limitação funcional não esperada que surjam na sequência da instituição das terapêuticas e não sejam imputáveis a situações independentes dos procedimentos instituídos” (Cfr. nº 21 e nº 22, respetivamente, Parte II do Anexo à Portaria nº45/2008, de 15 de janeiro).

⁴ Intercorrências são “todas as situações passíveis de causar limitações à normal função de órgãos e sistemas do utente, como acidentes ou eclosão de patologias independentes” (Cfr. nº 21 e nº 22, respetivamente, Parte II do Anexo à Portaria nº45/2008, de 15 de janeiro).

original do HD para arquivo da cópia do mesmo e, caso se verifique necessário, proceder ao acompanhamento do plano de cuidados pós-operatório do utente.

A NT e o VC constituem “documento pré-numerado, pessoal e intransmissível que só pode ser utilizado para a realização da cirurgia proposta ou equivalente, dentro do prazo de validade aposto” (Cfr. nº 36, Parte II do Anexo à Portaria nº45/2008, de 15 de janeiro). Porém, enquanto que o primeiro título de transferência apenas permite a sua utilização no âmbito dos hospitais do SNS e, desde agosto de 2018, num conjunto restrito de entidades do setor social que foram abrangidas num acordo celebrado entre o Ministério da Saúde e a União das Misericórdias Portuguesas, o segundo pode ser utilizado tanto nos hospitais do SNS como nos convencionados do setor privado e restante setor social (Ministério da Saúde, 2011).

2.2.2. Validação da faturação no âmbito do programa SIGIC

A interação da URGA com os seus *stakeholders* é visível no seu dia-a-dia, quer por via telefónica quer por via e-mail, ao responder a uma série de solicitações providas do HO e do HD que fazem, designadamente: pedidos de devolução de episódios cirúrgicos, isto é, quando o HD devolve o utente ao HO por incapacidade ou falta de condições clínicas para a realização da cirurgia ou por desistência do próprio utente; pedidos de integração de novos profissionais na convenção SIGIC; pedidos de pendência/suspensão da inscrição ou dos TE do utente, por motivos técnicos, administrativos ou por falta de informação que lhes permita fundamentar a viabilidade de realização da cirurgia proposta; pedidos pontuais que se destinam ao esclarecimento de dúvidas; e efetuação mensal de comunicações na rede do SIGLIC - Sistema Informático de Gestão da Lista de Inscritos para Cirurgia (URGA, 2017).

Para além disso, na tentativa de criar uma maior proximidade com o cidadão, a URGA também dedica parte da sua atividade ao utente que, muitas vezes, recorre a esta via telefone, e-mail ou presencialmente, na procura de esclarecimentos sobre a Consulta a Tempo e Horas (CTH), a emissão/cancelamento de Vales de Cirurgia (VC) ou Notas de Transferência (NT) e reclamações, entre outros (URGA, 2017).

Ainda no âmbito das suas atribuições, a URGA tem um papel dinâmico na gestão do acesso do utente a cuidados de saúde transfronteiriços, na medida em que emite pareceres sobre pedidos de assistência médica no estrangeiro que chegam de doentes que necessitam de cuidados de saúde hospitalares/especializados que não podem ser prestados em Portugal, em virtude da falta de meios técnicos e humanos (URGA, 2017). Estes doentes englobam os

denominados “*outsourced patients*” de que falarei adiante, mais concretamente, no capítulo três sobre os cuidados de saúde transfronteiriços.

Em termos práticos, no que toca ao pedido de assistência médica no estrangeiro, este é formalizado através da emissão gratuita do Documento Portátil S2 ou do Formulário E112, que podem ser requeridos pelo próprio utente, devendo ser acompanhado de todos os documentos associados que justificam os cuidados de saúde necessários e o destino pretendido (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2016). Depois de devidamente instruído, o pedido deve ser dirigido à ARS, I.P. que integra a unidade de saúde de cuidados de saúde primários do utente, ou seja, se o seu médico de família pertencer a uma unidade da ARSC, I.P. o utente deve dirigir o Documento Portátil S2/Formulário E112 à URGA da ARSC, I.P. (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2016). Por sua vez, a URGA analisa o pedido tendo por base alguns critérios, tais como a inexistência de oferta dos cuidados ao nível das entidades hospitalares que integram a ARSC, I.P. ou o tempo de espera excedido. Por vezes, isto envolve articulação com o hospital que poderá ter já observado o utente e que atesta que o destino pretendido por este é a entidade com maior evidência de bons resultados e que Portugal não tem capacidade técnica/*expertise* para esse tratamento. Outras vezes, quando o utente nunca foi visto por um hospital público português, a URGA contacta os hospitais mais diferenciados da sua área, a fim de aferir se têm ou não capacidade de resposta nestes casos complexos. Em caso negativo, a URGA emite parecer favorável ao pedido do utente e encaminha essa informação à Direção-Geral de Saúde (DGS) que emite o parecer final do pedido efetuado pelo utente (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2016).

Não obstante, e como referido na subsecção 2.1.1., a URGA também desempenha, no âmbito do programa SIGIC, um papel crucial de supervisor e mediador entre os HO e os HD ao validar a faturação de episódios cirúrgicos realizados ante a emissão de uma NT/VC. Importa referir que este processo de validação de faturação permite apurar o valor a faturar pelo HD ao HO (responsável financeiro pelos episódios transferidos). Este tipo de validação, que envolve o fecho económico dos episódios, consiste na verificação de uma série de informações recebidas do HD com os registos do SIGLIC, isto é, consiste na verificação da conformidade dos registos efetuados pelos HD com a proposta cirúrgica efetuada pelo HO, com vista a aferir a correspondência entre ambos (Ministério da Saúde, 2011).

Desta forma, compete ao HD o envio de toda a documentação que viabilize a verificação de dados, nomeadamente, a correspondência do VC, o HO, o nome do utente e a modalidade

da cirurgia, a codificação associada ao(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) cirúrgico(s), o Grupo de Diagnóstico Homogéneo (GDH) gerado, o valor do GDH associado à conclusão do episódio, a existência ou não de neoplasia, a eventual colocação de próteses e o cumprimento das regras relativas à constituição das equipas cirúrgicas (URGA, 2017).

Ora, o primeiro passo para a validação da faturação associada ao programa SIGIC consiste na ratificação de todos os dados referentes ao utente bem como na congruência entre o(s) diagnóstico(s) e procedimento(s) cirúrgico(s) proposto(s), ou seja, os enunciados no plano de cuidados do HO, e os realizados e concluídos pelo HD. Deste modo, caso se constate a existência de discrepâncias entre eles, o episódio só é validado se houver autorização do HO ou, no limite, da URGA para alteração ou inclusão de procedimento(s), da bilateralidade ou da simultaneidade. A bilateralidade pressupõe que o mesmo procedimento é realizado em zonas simétricas, isto é, no lado esquerdo e no lado direito, em membros/órgãos distintos como é o caso dos olhos, pernas, braços, etc. Já a simultaneidade compreende “procedimentos diferentes realizados no mesmo episódio cirúrgico, com finalidades terapêuticas diferentes”, como é o caso da amigdalectomia com adenoidectomia (ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde, 2013). Por sua vez, a autorização deve ser acompanhada de um pedido prévio de alteração/reformulação da proposta, por parte do HD, efetuado no campo “comunicação na rede” do sistema informático SIGLIC (Ministério da Saúde, 2011). No entanto, também é válida a realização de procedimento(s) distinto(s) do(s) proposto(s), se no decorrer da cirurgia ocorrer uma situação inesperada que não possibilite o seu adiamento e que, se não executada, pode colocar em risco a saúde do doente. Nestes casos, a opção clínica que conduziu à alteração de procedimento(s) também deve ser processada e registada informaticamente no SIGLIC no campo “comunicação na rede” (Ministério da Saúde, 2011). Por outro lado, na vicissitude de não existir nenhuma comunicação na rede que autorize a alteração/reformulação do(s) procedimento(s) cirúrgico(s), a URGA tem à sua disposição o apoio de um médico auditor com poder para determinar a veracidade dos factos, isto é, que apura se, de facto, existem discordâncias entre aqueles. Em caso afirmativo, é dever da URGA questionar o HO sobre o motivo que conduziu a tal modificação de planos, com vista a serem resolvidas tais inconformidades que podem gerar penalizações de 10% ou 50% do valor total (Cfr. Cláusula 19ª em Anexo do Despacho nº 24 110/2004 (2ª série) do Ministério da Saúde).

Este tipo de validação afigura-se como um processo bastante complexo, exigindo uma interpretação pormenorizada e cuidada da informação clínica que é gerada, uma vez que esta

se encontra codificada de acordo com a *International Classification of Diseases* (ICD, em português Classificação Internacional de Doenças - CID), que permite o seu tratamento informático para fins clínicos, administrativos, financeiros e institucionais. Isto significa que cada diagnóstico e procedimento cirúrgico realizado tem associado uma codificação (ICD-9 ou ICD-10) que, por sua vez, gera um determinado GDH cujo valor corresponde à conclusão do episódio cirúrgico. O preço base a aplicar aos episódios cirúrgicos classificados em GDH consta da Tabela de Preços a praticar pelo SNS estabelecida no Anexo II da Portaria nº 271/2012, de 4 de setembro (se ICD-9) ou no Anexo III da Portaria nº 254/2018, de 7 de setembro (se ICD-10), podendo variar consoante se trate de um regime cirúrgico desenvolvido em ambulatório ou em internamento. Porém, caso se verifique a realização de intervenções com múltiplos procedimentos independentes, a existência de patologia neoplásica maligna, ou outro tipo de situação a que aludem as portarias em questão, dá-se lugar ao acréscimo de uma determinada percentagem ao preço final do GDH.

Posteriormente, ao valor do GDH que é gerado para cada ato cirúrgico, deve ser deduzido o valor das taxas moderadoras que deve coincidir com os valores estipulados na Portaria nº 64-C/2016, sendo para tal obrigatório o envio, por parte do HD, das faturas/comprovativos relativas às taxas pagas pelo utente ou, em caso de utentes isentos, do documento exigido para o efeito. Também no caso de existirem desconformidades apuradas, o respetivo valor é ainda deduzido ao valor a faturar. A par disto, é necessário aferir o cumprimento dos requisitos mínimos exigidos por lei relativamente à constituição das equipas cirúrgicas bem como os números das cédulas profissionais que lhes correspondem. Por último, só se pode proceder à validação das faturas dos episódios cirúrgicos se enviados os documentos correspondentes à “Nota de Alta” do utente, com indicação de terem sido enviados ao HO, e se enviado o documento ou registado no SIGLIC o campo “Cirurgia Segura”. Deste modo, a validação da faturação dos episódios termina com o processamento e consequente pagamento ao HD, cujo recebimento deve ser confirmado, e posteriormente supervisionado, pela URGA (Ministério da Saúde, 2011).

Por último, e tendo em conta que no decorrer do meu estágio curricular na URGA participei ativamente em todo este processo de validação da faturação associada a episódios cirúrgicos concluídos no âmbito do programa SIGLIC, considero relevante referir que, em média, validei 78 episódios por semana, perfazendo um total de 1.488 episódios. A par deste trabalho, importa também destacar o meu envolvimento em debates e análise relativamente

ao tema “os cuidados de saúde transfronteiriços” com a URGA e com o interlocutor responsável pela área na ARSC, Dr. Rui Vaz.

2.3. Reflexão Crítica

No decorrer do meu percurso académico, em especial durante a licenciatura, sempre senti a necessidade de uma componente mais prática que me permitisse ter um contacto mais próximo com a realidade profissional. Por esse motivo, no decorrer do meu percurso no mestrado em Gestão optei pela realização de um estágio curricular como sendo uma oportunidade para a aquisição de conhecimentos que, de outra forma, não seria possível obter.

Quando iniciei o meu estágio curricular, completamente alheia ao mundo do mercado de trabalho, como é comum acontecer quando nos inserimos num ambiente totalmente novo e desconhecido, passei, obviamente, por uma fase inicial de adaptação. O desafio foi, também, o de ir trabalhar numa área ligada à saúde, completamente distinta da minha formação base em Relações Internacionais. Isto fez com que tivesse algum receio de não conseguir desempenhar eficientemente as minhas tarefas e que isso compromettesse, de algum modo, a dinâmica e o funcionamento da URGA. O trabalho que me foi proposto realizar foi na área da validação e faturação de episódios cirúrgicos, uma área que, por si só, exige grande rigor e minuciosidade em termos procedimentais, envolve valores monetários consideráveis, pelo que qualquer falha ou engano da minha parte poderia ter um impacto significativo a nível financeiro para a entidade responsável pelo pagamento dos episódios cirúrgicos, neste caso em concreto, os HO.

Esse receio foi, logo à partida, intensificado uma vez que, apesar de existir um fluxograma criado pela URGA que serve de guia ao circuito de validação da faturação associada ao programa SIGLIC, o tratamento dado a cada processo nem sempre é igual. Isto tem a ver com o facto de cada episódio cirúrgico ser distinto e único, requerendo, por isso, uma interpretação singular e imparcial de cada variável que é analisada, sobretudo quando são detetadas desconformidades. Porém, à medida que ia conhecendo melhor o funcionamento da própria instituição e do sistema de saúde português, fui ganhando cada vez mais experiência e competências que me permitiram ganhar mais confiança e destreza no desempenho das minhas funções, sendo que para isso contribuiu o notável acolhimento e disponibilidade de toda a equipa de trabalho no esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos.

No entanto, gostaria de sublinhar que, devido às características inerentes ao processo de validação, a minha atividade na URGA tornava-se, por vezes, algo repetitiva e rotineira. Não obstante, em termos gerais, o balanço que faço do meu estágio curricular na URGA é bastante positivo e enriquecedor, tanto a nível pessoal como profissional, ao permitir, por um lado, o complemento e consolidação de alguns conhecimentos e competências obtidos ao longo do meu percurso académico, e, por outro lado, a aquisição de novos conhecimentos e aptidões, o contacto com novas realidades e experiências, bem como a capacidade de trabalhar em equipa e aprender a estabelecer e gerir prioridades a nível organizacional.

3. Cuidados de Saúde Transfronteiriços

3.1. Introdução

A vasta maioria dos cuidados de saúde que, segundo a alínea a) do artigo 3º da Diretiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e Conselho, de 9 de março de 2011, correspondem “aos serviços de saúde 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”, são obtidos por entidades prestadoras de serviços de saúde localizadas no país residente do doente (Helena Legido-Quigley, Glinos, Baeten, McKee, & Busse, 2012).

A preferência em receber cuidados de saúde, quer de emergência quer eletivos, o mais próximo da área de residência do doente, é determinada, em grande parte, pelo fator da familiaridade do doente com o seu sistema de saúde, tanto ao nível de profissionais de saúde como ao nível do idioma (Luft et al., 1990 *apud* Glinos, Baeten, Helble, & Maarse, 2010); Legido-Quigley et al., 2012). No entanto, quando as condições para a obtenção de assistência médica no estrangeiro se revelam mais vantajosas, assiste-se ao chamado fenómeno de “mobilidade transfronteiriça de doentes” que, apesar da pouca evidência quanto à sua adesão (Bertinato et al., 2005; Glinos, Doering, & Maarse, 2012; Legido-Quigley, McKee, Glinos, & Baeten, 2007), é visto como a melhor alternativa ou a mais conveniente para muitos dos doentes envolvidos (Brouwer et al., 2003 *apud* Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010).

Este fenómeno social, que consiste na saída deliberada do doente do seu país de residência com o propósito único de receber cuidados de saúde, pode ser justificado, por um lado, por fatores gerais e, por outro, por fatores específicos, estes mais conhecidos por “*push and pull factors*” (Glinos & Baeten, 2006; Helble, 2011), que variam consoante o tipo de atores envolvidos no processo de mobilidade (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010). Para além disso, à mobilidade transfronteiriça de doentes está intrínseca a mobilidade de serviços como, por exemplo, exames laboratoriais e de diagnóstico, e a mobilidade de profissionais de saúde, sejam médicos, enfermeiros ou técnicos de saúde (Helena Legido-Quigley et al., 2012). Assim, em primeira instância, importa perceber que tipologia de doentes está associada à mobilidade transfronteiriça, isto é, que indivíduos procuram cuidados de saúde transfronteiriços e que motivos os conduzem e influenciam a aderirem a este fenómeno.

De acordo com as políticas da União Europeia (UE), os cuidados de saúde transfronteiriços (CST), que correspondem aos “cuidados de saúde prestados ou prescritos num

Estado--membro diferente do Estado-membro de afiliação” (Cfr. Alínea e), artigo 3º da Diretiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e Conselho, de 9 de março de 2011), envolvem duas categorias de doentes: aqueles que obtêm cuidados de saúde transfronteiriços porque ocasionalmente se encontram num país estrangeiro e aqueles que viajam voluntariamente para determinado país, a fim de obter cuidados de saúde programados (Glinos & Baeten, 2006).

Nesta linha de pensamento, Bertinato et al. (2005) identificam seis grupos de doentes que atravessam fronteiras internacionalmente na eventualidade ou com o intuito de receber cuidados de saúde transfronteiriços, nomeadamente: 1) os indivíduos com estada temporária noutro Estado-membro, como é o caso de turistas, pessoas que se deslocam a trabalho ou em férias; 2) os residentes de longa duração, em especial pessoas aposentadas que pretendem estabelecer-se noutro país e que requerem autorização para que os seus direitos em matéria de cuidados de saúde sejam transferidos para o novo país de residência (Helena Legido-Quigley et al., 2007); 3) os habitantes que residem nas regiões transfronteiriças; 4) os indivíduos que viajam por iniciativa própria na procura de cuidados de saúde; 5) os “*outsourced patients*”, ou seja, os doentes cujas únicas opções de tratamento oferecidas pelo Estado e/ou pelo seu serviço nacional de saúde exigem a sua deslocação para o exterior (Whittaker, 2015) e, por último, 6) as “pessoas invisíveis”, onde se enquadram os trabalhadores migrantes, os refugiados que procuram asilo na Europa e as vítimas de tráfico.

Ora, numa perspetiva geral, Helble (2011) considera que, nas últimas décadas, a mobilidade transfronteiriça de doentes tem vindo a ser estimulada por fatores gerais, tais como a globalização, a liberalização do mercado e o desenvolvimento das tecnologias de informação. Não obstante, a par destes desenvolvimentos, Glinos, Baeten, Helble, et al. (2010) identificam a existência de quatro fatores específicos que tendem a influenciar, com maior tenacidade, os doentes da mobilidade transfronteiriça. Falamos aqui de variáveis como a disponibilidade, a acessibilidade, a familiaridade/proximidade e a qualidade dos cuidados de saúde percebida pelos doentes.

Face ao exposto, interessa agora perceber a dinâmica existente entre a tipologia de doentes da mobilidade transfronteiriça e os fatores *pull* (familiaridade/proximidade) e *push* (disponibilidade, acessibilidade e perceção do doente sobre a qualidade dos cuidados). Neste âmbito, consideram-se *pull factors* os motivos que atraem os doentes a deslocarem-se para outro país e *push factors* os motivos que impelem a saída do seu país de residência na procura de CST (Glinos & Baeten, 2006).

Posto isto, e tendo por base a bibliografia consultada, optei por construir um quadro-síntese (Tabela 1) que resume de forma objetiva esta temática. Importa referir que nem todas as combinações podem ser ilustradas, como é o caso em concreto do grupo 6. Porém, tal não diminui a sua importância para este estudo, visto que o objetivo passa por compreender a extensão e o impacto que assume o papel da mobilidade transfronteiriça.

Tabela 1

Quadro-síntese da mobilidade transfronteiriça de doentes

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5	Grupo 6
Fatores gerais	X	X	X	X	X	
Disponibilidade				X	X	
Acessibilidade			X	X		
Familiaridade		X	X	X		
Qualidade Percebida		X	X	X		
Razões involuntárias						X

Assim, no que toca ao grupo 1 (turistas, pessoas a trabalho ou em férias), depreende-se que a obtenção de CST é desencadeada por uma necessidade proveniente de uma situação de emergência/urgência que ocorre durante a estada ocasional do doente noutro país como, por exemplo, em caso de acidente ou perante sintomas de um estado gripal. Daí, conclui-se que não existe nenhum tipo de intenção ou planeamento antecipado por parte destes indivíduos em receber cuidados de saúde transfronteiriços noutro país. Para eles, a mobilidade transfronteiriça ocorre, esporadicamente, em virtude das suas capacidades financeiras, e/ou dos fatores gerais identificados por Helble (2011), em especial, aqueles relacionados com a redução dos custos de transporte proporcionados pela oferta de viagens *low-cost* por parte das companhias aéreas de baixo custo (Patterson, 2006 *apud* Footman, Knai, Baeten, Glonti, & McKee, 2014).

Relativamente ao grupo 2 (residentes de longa duração), a opção individual ou preferencial pela procura de cuidados de saúde transfronteiriços é justificada em função do nível de familiaridade e da perceção que o doente tem sobre a qualidade dos cuidados de saúde. O facto de se tratarem de pessoas aposentadas e, daí, se encaixarem numa faixa etária mais avançada, leva que a haja uma forte probabilidade de necessitarem de cuidados médicos de longa duração, sobretudo se sofrerem de doenças crónicas ou raras que exijam tratamentos terapêuticos especializados (Footman et al., 2014). Nestas circunstâncias, o doente pode optar por regressar ao seu país de origem ou escolher entrar noutro país, que não o de origem,

com o fim de nele se estabelecer após a aposentação. No primeiro caso, estamos perante o que Glinos et al. (2012) denominam de “mobilidade transfronteiriça inversa”, uma vez que, ao invés de sair, o doente retorna ao seu país de origem para obter tratamentos médicos. Aqui, a opção de regressar ao seu país natal é estimulada pelo desejo de poder contar com o apoio de familiares, num ambiente não alheio e que, na sua ótica, transmite um nível de bem-estar, de confiança e de qualidade muito superior comparativamente ao seu anterior sistema de saúde (Helena Legido-Quigley et al., 2007). Consideremos, como exemplo, o caso dos doentes irlandeses que optam por regressar ao seu país de nacionalidade apesar de terem trabalhado toda a vida em Inglaterra. No entanto, mais recentemente, este fenómeno de “mobilidade transfronteiriça inversa” adotado por pessoas aposentadas tem vindo a alterar-se, sobretudo no que se refere ao tipo de destinos que são escolhidos pelos doentes (Bertinato et al., 2005). A título de exemplo, é de mencionar o caso dos cidadãos do norte da Europa que, depois de aposentados, se estabelecem em países do Sul da Europa, como Espanha, Portugal, Grécia e Itália, com o propósito de poderem beneficiar de cuidados de saúde seguros e de excelente qualidade (Bertinato et al., 2005), uma vez que, no seu entender, têm à sua disposição profissionais de saúde com mais experiência e qualificação, para além do acesso a novas tecnologias e a equipamentos médicos especializados (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010; Glinos, Baeten, & Maarse, 2010).

No que concerne ao grupo 3 (habitantes de regiões transfronteiriças), constata-se que existe uma maior predisposição em atravessar fronteiras a fim de adquirir cuidados de saúde transfronteiriços por motivos que se prendem, em grande medida, com os fatores de acessibilidade, familiaridade/proximidade e qualidade percecionada dos mesmos. Em termos de acessibilidade, a existência de acordos de cooperação transfronteiriços entre várias regiões transfronteiriças, tendo em vista a partilha de infraestruturas médicas em zonas periféricas, facilita o acesso dos doentes a determinados serviços clínicos de forma mais célere e a um preço mais vantajoso, evitando que percorram longas distâncias dentro do seu país de residência (Footman et al., 2014; Glinos & Baeten, 2006). Isto significa que, nestas circunstâncias, torna-se mais conveniente e vantajoso para os doentes acederem a cuidados de saúde nas regiões transfronteiriças, dada a proximidade geográfica a que estes se encontram dos estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde do país vizinho. Por exemplo, na Irlanda o estabelecimento de acordos de cooperação de assistência médica transfronteiriça entre os dois Departamentos de Saúde da ilha, com vista a assegurar a viabilidade de um hospital na região transfronteiriça, permitiu a construção de laços culturais

e sociais entre as duas comunidades e o acesso a cuidados de saúde de forma mais rápida e confortável às populações da Irlanda do Norte e da República da Irlanda (Jamison et al., 2006 *apud* Legido-Quigley et al., 2012: 31). Outro exemplo, é o acordo bilateral estabelecido na década de 1970 entre Malta e o Reino Unido que previa a possibilidade dos doentes malteses obterem serviços hospitalares altamente especializados no Reino Unido, dada a incapacidade de o país de origem em prestá-los (Cachia, 2004; Azzopardi Muscat et al., 2006 *apud* Footman et al., 2014).

Legido-Quigley et al. (2012) salienta a importância que a morfologia das fronteiras exerce sobre a mobilidade transfronteiriça de doentes, visto que a existência de montanhas e de mar na separação de países, bem como, em alguns casos, a necessidade de autorização para a respetiva travessia, podem desencorajar ou dificultar a mobilidade transfronteiriça destes doentes. Porém, segundo os mesmos autores, esta não é regra geral, dado que é a perceção que o doente tem do conceito de fronteira que faz com que este a encare como um obstáculo transponível ou não. Deste modo, na perspectiva da familiaridade/proximidade, a mobilidade transfronteiriça tende a ser vista por este grupo, em particular pelos trabalhadores transfronteiriços, como algo fácil e cómodo, dada a familiaridade que têm com a cultura, o idioma e o estilo de vida do país onde trabalham (Laugesen & Vargas-Bustamante, 2010; Legido-Quigley et al., 2012; Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010). Aliás, diga-se, a título exemplificativo, que a mobilidade e a cooperação existente entre a Bélgica e a Holanda é bastante facilitada pela quase inexistência de barreiras linguísticas entre si, uma vez que o idioma falado no Norte da Bélgica é o holandês (Baeten, R., 2000 *apud* Glinos & Baeten, 2006: 31). A par da vantagem linguística existe, também, o privilégio da proximidade geográfica entre as regiões de Euregio Scheldemond, na Bélgica, e de Limburg, na Holanda, onde a fronteira é particularmente fluída dado atravessar comunidades locais que partilham o mesmo dialeto, cultura e sentimento de pertença (Glinos & Baeten, 2006: 38).

Por seu turno, na ótica da qualidade dos cuidados de saúde que é percebida pelos doentes, a mobilidade transfronteiriça tende a ser impulsionada, em grande medida, pelo *feedback* e pelas experiências positivas partilhadas por familiares, amigos ou conhecidos relativamente à qualidade dos serviços que lhes foram prestados no país fronteiriço (Glinos & Baeten, 2006; Bochaton, 2015). De acordo com um estudo realizado na região fronteiriça entre Laos e a Tailândia, a divulgação que é transmitida “boca a boca” sobre as boas referências de determinado profissional de saúde ou hospital/clínica que presta cuidados de saúde especializados parece assumir um papel preponderante quanto à opção dos doentes laocianos

utilizarem os serviços médicos tailandeses (Bochaton, 2015). A saída de Laos para a Tailândia é motivada não só pela procura de serviços de saúde de melhor qualidade, mas também devido à incapacidade de Laos dar resposta às necessidades da população local (Hours and Selim, 1997; Porttier, 2004; Mobillion, 2010 *apud* Bochaton, 2015). Desta forma, à medida que a partilha de experiências pessoais bem-sucedidas por indivíduos que atravessam fronteiras na procura de cuidados de saúde mais promissores se vai difundindo, assiste-se a uma menor relutância e, conseqüentemente, a uma maior aceitação da mobilidade transfronteiriça (Glinos & Baeten, 2006: 10). O mesmo se passa na Malásia onde a mobilidade transfronteiriça de doentes originários de países como a Indonésia e Singapura é, também, predominantemente influenciada pelas experiências de familiares, amigos, conhecidos e até por indicação dos próprios técnicos de saúde (Yeoh et al., 2013 *apud* Bochaton, 2015).

No que se refere ao grupo 4 (os indivíduos que viajam por iniciativa própria na procura de cuidados de saúde), verificamos que este é o único grupo de doentes cuja deslocação para fora do território nacional é desencadeada pelos quatro fatores específicos identificados por Glinos, Baeten, Helble, et al. (2010). Para estes autores, o fator de disponibilidade está associado à quantidade e ao tipo de serviços disponíveis. Em termos de quantidade de serviços disponíveis, o incentivo à mobilidade transfronteiriça prende-se com a existência de longas listas de espera nos sistemas nacionais de saúde do país de residência do doente (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010). Isto sucede uma vez que, apesar do tratamento de que o doente necessita se encontrar disponível, o acesso ao atendimento médico não pode ser satisfeito em tempo útil, o que pode agravar consideravelmente o estado de saúde do doente colocando, de certa forma, a sua vida em risco (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010; Glinos & Baeten, 2006; Woodhead, 2013 *apud* Azevedo, 2016). Em termos de tipo de serviços disponíveis, a existência de um número limitado de serviços no país de residência do doente, por motivos de ordem ético-legais, também conduz à mobilidade transfronteiriça (Glinos & Baeten, 2006: 7). Falamos, por exemplo, de técnicas de saúde ilegais, proibidas por lei em alguns países do mundo, como é o caso dos tratamentos na área da medicina reprodutiva (aborto ou fertilização *in vitro*) ou de técnicas de morte assistida (eutanásia) (H. Legido-Quigley et al., 2011; Palm and Glinos, 2010 *apud* Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010).

No que diz respeito aos fatores de acessibilidade e qualidade percecionada, este grupo de doentes tende a procurar cuidados médicos a preços vantajosos e de boa qualidade, em especial aqueles não cobertos pela maioria dos sistemas de saúde, como é o caso dos

tratamentos de cosmética e de odontologia por não fazerem parte do “pacote de benefícios” do sistema de que são beneficiários (Albreht, Pribakovi e Brinovec, 2006 *apud* Helena Legido-Quigley et al., 2007; Footman et al., 2014). A cidade de Szczecin, situada na Polónia e próxima da fronteira alemã, assistiu, segundo um estudo realizado por Zoltowska (2004 *apud* Glinos & Baeten, 2006: 69), a um enorme fluxo de doentes dinamarqueses e alemães na procura de tratamentos odontológicos e de cirurgia plástica, por estes não se encontrarem cobertos pelo seu sistema nacional de saúde, por serem manifestamente mais acessíveis comparativamente aos preços praticados no seu país e, ainda, pelo facto das equipas médicas polacas dominarem os idiomas alemão e inglês, dissipando, assim, a barreira da língua. Para além disso, na expectativa de compensar a distância geográfica, as clínicas polacas promovem os chamados “pacotes de mobilidade”, que incluem viagens e alojamento a preços convidativos, para atrair doentes dinamarqueses e alemães (Zoltowska, 2004 *apud* Glinos & Baeten, 2006: 71).

Quanto à qualidade dos cuidados de saúde aferida pelos doentes, esta é feita através da comparação entre os padrões de tratamento existentes no seu país de residência e os padrões de tratamento vigentes nos outros países (H. Legido-Quigley et al., 2011), nomeadamente, no que diz respeito à tecnologia, aos métodos de saúde avançados, aos equipamentos e às infraestruturas médicas modernas, e à reputação dos centros médicos e seus profissionais de saúde (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010). Assim, perante a insatisfação e/ou o descontentamento com o sistema nacional de saúde, os doentes preferem sair do seu país de residência na procura de outro que, na sua opinião, lhes permite satisfazer as necessidades que desejam e necessitam. No continente asiático, por exemplo, a aposta no desenvolvimento tecnológico e da medicina, que se tem refletido em serviços médicos extremamente avançados e especializados, torna a Ásia um local de atração para doentes que procuram soluções terapêuticas promissoras, de elevada qualidade e a preços acessíveis (Masoud et al., 2013 e Woodhead, 2013 *apud* Azevedo, 2016).

Por último, o fator familiaridade/proximidade também pode instigar a mobilidade transfronteiriça, principalmente, dos trabalhadores migrantes ou dos estudantes universitários que, apesar de viverem temporariamente noutra país, preferem regressar ao seu país de nacionalidade para receberem cuidados de saúde, mesmo que tal implique percorrer centenas de quilómetros, pois sentem-se mais familiarizados com as entidades prestadoras de saúde nacionais (Glinos et al., 2012). Ou seja, aqui também estamos perante o intitulado fenómeno de “mobilidade transfronteiriça inversa”. A título de exemplo, o

estudo realizado por Glinos et al. (2012) na região transfronteiriça entre a Holanda e a Alemanha explica como o fator “familiaridade” consegue superar o obstáculo da distância geográfica ao concluir que os estudantes alemães, com residência em Maastricht, mesmo usufruindo de cobertura médica em ambos os países, preferem viajar distâncias consideráveis para serem atendidos pelo seu médico habitual. O mesmo se pode concluir do estudo de Migge e Gilmartin (2011 *apud* Nielsen, Yazici, Petersen, Blaakilde, & Krasnik, 2012) sobre imigrantes coreanos residentes na Nova Zelândia que optam por receber cuidados de saúde no seu país de origem, onde se sentem seguros e confortáveis, sem os constrangimentos da barreira linguística. Em seu entender, os cuidados de saúde podem ser obtidos de forma mais célere e com uma qualidade bastante superior (Migge e Gilmartin, 2011 *apud* Nielsen et al., 2012).

No que respeita ao grupo 5 (*outsourced patients*), a mobilidade transfronteiriça é apontada como a única alternativa existente, dado o grande peso que é atribuído ao fator disponibilidade. O facto de, no país de residência do doente, não existir o tratamento de que necessita, em tempo clinicamente aceitável do ponto de vista médico, faz com que este encare a sua deslocação para o exterior como a única opção possível (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010), sobretudo quando se trata de doenças raras que exigem a utilização de equipamentos e/ou infraestruturas altamente especializadas (Footman et al., 2014). Na maioria dos casos, este grupo de doentes reside em países de pequena dimensão, que não dispõem dos recursos humanos e técnicos essenciais para a prestação de determinados cuidados de saúde, por se revelarem económica e financeiramente insustentáveis, ou em países cujos sistemas de saúde são caracterizados por longas listas de espera que impossibilitam o tratamento do doente em tempo admissível (Glinos & Baeten, 2006; McKee, Mossialos, Baeten, 2002 *apud* Helena Legido-Quigley et al., 2007). Trata-se, portanto, de situações em que é o próprio sistema nacional de saúde e/ou Estado que envia os doentes para o estrangeiro, a fim de colmatar a carência de opções de tratamento que necessitam a nível doméstico, como é o caso de países como Malta, Chipre e Luxemburgo (ERS, 2012: 46; Helena Legido-Quigley et al., 2012: 32).

Finalmente, no que concerne à mobilidade transfronteiriça associada ao grupo 6 (migrantes, refugiados e vítimas de tráfico), esta pode ser considerada um caso atípico, uma vez que os fatores específicos identificados por Glinos, Baeten, Helble, et al. (2010), não exercem qualquer influência na opção da passagem da fronteira. Aqui, atravessar a fronteira não é um ato voluntário. Atendendo às circunstâncias a que estes indivíduos se encontram expostos, a

mobilidade transfronteiriça torna-se uma necessidade derivada da falta de segurança e proteção sentidas no seu país de residência. Por norma, assiste-se, na maioria das vezes, a uma travessia ilegal, não autorizada, e que se deve à instabilidade política ou a situações de guerra que se encontram instauradas no país de origem e que obrigam à saída forçada destes indivíduos na procura de melhores condições de vida.

Todavia, para além daqueles fatores específicos, Glinos, Baeten, Helble, et al. (2010) também referem a existência de outras condicionantes que podem ou não encorajar a saída do doente do seu território nacional. A este respeito, os autores sublinham a importância que a modalidade de financiamento assume no acesso aos CST, ao distinguirem dois tipos de financiamento que podem ser classificados em duas categorias de doentes: os que viajam com e os que viajam sem cobertura para CST. No primeiro caso, intervém um organismo financiador que cobre o tipo de tratamento prestado ao doente. Isto leva a crer que o doente beneficia: 1) de um seguro de saúde privado, cujo pacote pode também incluir um seguro de viagem que cobre riscos de saúde, inclusive o tipo de tratamento a receber; 2) que existem normas legais de proteção social no seu país; ou 3) que existem acordos bilaterais/multilaterais que estabelecem as condições de cobertura dos respetivos cuidados de saúde (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010). No segundo caso, são os doentes que pagam a totalidade das despesas incorridas no estrangeiro. Por um lado, tal pode ser justificado pelo facto de o doente não ter cobertura de saúde no seu país de residência devido à inexistência de um sistema de seguro de saúde público ou de um serviço nacional de saúde (SNS) ou, ainda, da impossibilidade do doente poder pagar um seguro de saúde privado; e, por outro lado, pelo facto do seguro de saúde que possui não cobrir o tipo de tratamento de que carece (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010).

O fenómeno de mobilidade transfronteiriça de doentes é muitas vezes denominado por alguns autores de “Turismo médico” (TM) ou “Turismo de saúde” (TS), como forma de descrever o movimento de doentes provindos de países do Norte, mais desenvolvidos, que viajam para os países do Sul, menos desenvolvidos, com o objetivo de aí obterem CST (Turner, 2010; Johnsoton et al., 2010; Chuang et al., 2014 *apud* Crush & Chikanda, 2015; Lunt, Horsfall, & Hanefeld, 2015).

Este novo paradigma de TS, emergente a nível mundial e decorrente da expansão da globalização, da intensificação da competitividade naquele setor, do desenvolvimento de meios de transportes avançados e do desenvolvimento da comunicação e das tecnologias de informação (Lunt et al., 2015), combina os propósitos polarizáveis de viajar e,

potencialmente, de obter cuidados de saúde, sobretudo ligados às áreas de fertilização, odontologia, transplante de órgãos, cirurgia cosmética e cirurgia eletiva (Chuang, Liu, Lu, & Lee, 2014; Lunt, Horsfall, & Hanefeld, 2016).

Segundo Lunt et al. (2015) o TM ou TS deve ser encarado como uma categoria ou componente da mobilidade transfronteiriça. Contudo, não existe na literatura em questão um consenso relativamente à sua definição. Na opinião de Glinos, Baeten, Helble, et al. (2010) a “mobilidade de doentes” é um conceito mais vasto, complexo e diversificado, centrando-se numa abordagem pelo lado da procura, isto é, mais focada nas necessidades dos doentes, podendo envolver grandes distâncias e assumir múltiplas categorias. Contrariamente, o conceito de “turismo médico” ou “turismo de saúde” envolve curtas distâncias, encontra-se associado à componente de diáspora (Connell, 2013 *apud* Chuang et al., 2014) e baseia-se, sobretudo, numa lógica do lado da oferta, ou seja, nas necessidades e interesses do setor, não captando, na maioria das vezes, a verdadeira essência do fenómeno de mobilidade de doentes (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010; Mailnil et al., 2012 *apud* Lunt et al., 2015).

Assim, ao contrário do que acontece na mobilidade transfronteiriça em que o doente sai do seu país com o único propósito de obter CST, no TS o doente alia esse propósito ao desejo de poder também usufruir de diversas atrações turísticas, tais como, visitas culturais, atividades de lazer, gastronomia, clima, etc (Turner L., 2007 *apud* Lunt et al., 2016). Não obstante, a multiplicidade de fatores específicos, - disponibilidade, acessibilidade, familiaridade e qualidade - identificados por Glinos, Baeten, Helble, et al. (2010), que motivam e incitam o doente na procura de CST na Europa, é igualmente comum ao vasto espectro do TS, pelo que as experiências e resultados alcançados também serão, de certa forma, semelhantes (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010; Connell, 2011 *apud* Lunt et al., 2015) aos proporcionados pelo fenómeno de mobilidade de doentes.

O próximo capítulo debruçar-se-á sobre a legislação europeia vigente relativa aos CST, de modo a clarificar quais as normas, os direitos e os deveres dos doentes e dos Estados-membros no âmbito desta matéria.

3.2. Os cuidados transfronteiriços na Europa

O ato de atravessar fronteiras dentro da UE para receber cuidados de saúde não é um fenómeno recente (van der Molen & Commers, 2013). Contudo, antes da década de 70, a procura de cuidados de saúde no estrangeiro era considerada uma questão meramente do

foro privado (Bertinato et al., 2005). Só a partir de 1971, com a adoção do Regulamento (CE) n° 1408/71 relativo à coordenação dos regimes de segurança social, posteriormente revogado pelo Regulamento (CE) n° 883/2004 e implementado em 2010, é que foram estabelecidos os primeiros mecanismos através dos quais os indivíduos podiam obter cuidados de saúde noutro Estado-membro (EM). A revogação do Regulamento (CE) n° 1408/71 veio, deste modo, estabelecer uma alteração no âmbito da sua aplicação pessoal ao permitir que fossem abrangidos todos os cidadãos europeus cobertos por um regime de segurança social, assim como os seus familiares e sobreviventes, e, não apenas, como até então estipulado, os trabalhadores assalariados e não assalariados e seus familiares que se deslocam no interior da Comunidade (Pennings, 2011: 426).

Os artigos 19° e 20°, comuns a ambos os Regulamentos acima mencionados, preveem vias legais aplicáveis em termos de segurança social para tratamentos prestados fora do EM de residência/afiliação, salvo em duas condições. A primeira, consagrada no artigo 19° e que diz respeito aos cuidados de saúde não programados, prevê que qualquer pessoa segurada (e seus familiares) têm direito a receber assistência médica, quando clinicamente necessária, durante uma estada temporária noutro EM. Contrariamente, a segunda condição, estatuída no artigo 20°, remete para os cuidados de saúde programados, isto é, para aqueles casos em que o doente segurado, que procura voluntariamente receber cuidados de saúde programados noutro EM, necessita obrigatoriamente de uma autorização prévia por parte da entidade nacional de saúde competente para o efeito, a fim de poder usufruir do direito ao reembolso dos gastos realizados.

Contudo, como consequência de uma série de decisões ditadas pelo Tribunal de Justiça Europeu (TJE), estas regras de coordenação foram postas em causa, em especial aquelas relacionadas com a necessidade de “autorização prévia” para obtenção do reembolso de despesas com CST não-hospitalares, uma vez que eram vistas como um entrave ao princípio da “livre circulação de bens e serviços” da União Europeia (H. Legido-Quigley et al., 2011). Referimo-nos, em concreto, ao caso de dois cidadãos luxemburgueses, Kohll e Decker, que viram negado o reembolso de despesas relacionadas com tratamento ortopédico e compra de óculos obtidos na Alemanha e na Bélgica, respetivamente, por não terem previamente solicitado uma autorização para o efeito (Pennings, 2011: 430).

Perante este cenário, a Comissão Europeia desencadeou um “Processo de Reflexão de Alto Nível” que originou um conjunto de recomendações vocacionadas para colmatar as lacunas até então identificadas no Regulamento (CE) n° 1408/71 (Bertinato et al., 2005) e que, em

2008, conduziram à apresentação de uma proposta de Diretiva sobre os direitos dos doentes em matéria de CST (van der Molen & Commers, 2013). Não obstante, esta proposta de Diretiva, posteriormente adotada em 2011 pelo Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia, não pretendia substituir os mecanismos até aí existentes no quadro de coordenação dos regimes de segurança social (ERS, 2012), mas antes elucidar os cidadãos europeus e seus EM sobre os seus direitos e responsabilidades em matéria de CST.

3.2.1. Legislação

Face ao exposto, em termos de legislação europeia sobre o acesso a CST, qualquer cidadão da União Europeia que procure cuidados de saúde (programados ou não programados) fora do território nacional pode, desde 2011, optar por um dos dois sistemas comunitários em vigor, designadamente (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2019a):

- 1) Os Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social - Regulamento (CE) n.º 883/2004 e n.º 987/2009; ou
- 2) A Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

A este propósito, importa então perceber a diferença entre estes dois instrumentos jurídicos vinculativos. De uma forma sucinta, definimos “Regulamento” como um ato legislativo vinculativo, de caráter geral e obrigatório, diretamente aplicável na ordem jurídica interna dos países da UE a partir do momento em que entra em vigor (União Europeia, 2019). Por outro lado, definimos “Diretiva” como um ato legislativo que fixa objetivos a atingir por um, alguns ou todos os países da UE, delegando a escolha da forma e dos meios para os alcançar. Para o cumprimento desses objetivos, cabe a cada país a adoção de uma lei com vista à transposição da Diretiva para o direito nacional e a comunicação desse facto à Comissão Europeia. Cada Diretiva prevê ainda um prazo para a sua transposição que, se não for cumprido, pode dar origem a um “processo por infração” (União Europeia, 2019).

Assim, o Regulamento (CE) n.º 883/2004 ou “regulamento base” do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social e cujas modalidades de aplicação se encontram concretizadas no Regulamento (CE) n.º 987/2009 ou “regulamento de aplicação” do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, foi criado com o intuito de atualizar e simplificar, no âmbito da proteção

da doença, as normas e os procedimentos comunitários de coordenação, de forma a assegurar a proteção e o exercício efetivo do direito à livre circulação de pessoas e a partilha de informação entre as instituições de segurança social (DGS - Direção-Geral da Saúde, 2010). No domínio da aplicação pessoal, esta disposição legal destina-se “aos nacionais de um Estado-membro, aos apátridas e aos refugiados residentes no território de um Estado-membro que estejam ou tenham estado sujeitos à legislação de segurança social de um ou mais Estados-membros, bem como os seus familiares e sobreviventes” (Cfr. secção nº 7 do Preâmbulo do Regulamento (CE) nº 883/2004, de 29 de abril de 2004). Contudo, apesar deste sistema legal abarcar tanto os cuidados de saúde programados como os de situação de urgência, apenas podem ser prestados nas Unidades de Saúde com ligação ao Sistema de Saúde do EM de tratamento (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2019a).

Por sua vez, a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de CST, tem como finalidade “definir regras destinadas a facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade, assegurar a mobilidade dos doentes e promover a cooperação entre os Estados-membros” atendendo à responsabilidade intrínseca de cada EM, no âmbito de prestações de segurança social ligadas à saúde (Cfr. artigo 1º, do Capítulo I da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011). Em matéria de aplicação pessoal, a legislação em causa destina-se a todos os doentes que procurem receber cuidados de saúde num EM diferente do EM de residência/afiliação, independentemente da sua natureza e do modo como são organizados, prestados e financiados (Cfr. secção nº 11 do Preâmbulo da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011). Porém, contrariamente aos Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social, a Diretiva exclui do âmbito de aplicabilidade “os serviços no domínio dos cuidados de saúde continuados (...)”, a “atribuição de órgãos e o acesso aos mesmos para efeitos de transplante” e, “com a exceção do capítulo IV, os programas de vacinação pública contra doenças infecciosas (...)” (Cfr. nº 3, artigo 1º, do Capítulo I da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011). No entanto, através deste sistema, o doente pode obter os cuidados médicos de que necessita, programados ou não programados, quer nas Unidades de saúde com ligação ao Sistema de Saúde do EM de tratamento quer nas do setor privado (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2019a).

No respeitante à obtenção de cuidados de saúde não programados, qualquer cidadão europeu que careça de cuidados médicos urgentes durante uma permanência temporária noutra EM da UE beneficia do regime previsto nos regulamentos vigentes, tal como disposto no artigo 2º do Capítulo I da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, que determina a aplicação da Diretiva sem prejuízo do estabelecido nos Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social. Assim, ao abrigo do artigo 19º do regulamento base, qualquer cidadão europeu beneficiário do sistema de segurança social tem o direito de receber a assistência médica necessária nos mesmos moldes que os nacionais do país de tratamento (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2019b). Todavia, de acordo com o artigo 25º do regulamento de aplicação, isto apenas é válido se o doente estiver abrangido pelo sistema de saúde do Estado de tratamento, isto é, se se encontrar acompanhado do seu Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) ou do Certificado Provisório de Substituição do CESD (CPS) válido, visto fazerem prova do direito do doente às prestações em espécie estabelecidas no artigo 19º, nº 1 do regulamento base (Segurança Social, 2019a). Este cartão de modelo único e comum a todo o espaço da UE, Espaço Económico Europeu (EEE) e Suíça, foi criado com o propósito de simplificar e acelerar o processo de obtenção, de pagamento e de reembolso de cuidados de saúde inesperados, ao permitir o seu reconhecimento imediato por parte de qualquer EM da UE, sem necessidade de recorrer a quaisquer formalidades, inclusive a emissão de documentos administrativos (SAGMD - Sistema de Apoio à Gestão de Mobilidade de Doentes, 2019a) e SAGMD - Sistema de Apoio à Gestão de Mobilidade de Doentes, 2019b)). Deste modo, mediante a apresentação do CESD/CPS, aquando de um episódio imprevisto de doença, é garantida ao doente segurado a prestação de toda a assistência médica necessária durante a sua estada de forma gratuita ou a um custo reduzido, sendo que apenas terá de proceder ao pagamento das taxas e/ou participações (não reembolsáveis), à semelhança do que os nacionais do EM em que se encontra pagariam para obter os mesmos cuidados (Segurança Social, 2019a). De realçar que a não apresentação de um destes documentos leva a que o doente tenha que liquidar a totalidade dos custos incorridos diretamente ao prestador dos cuidados de saúde, e, só, posteriormente, quando regressado ao seu país de residência, poderá solicitar o reembolso dos mesmos (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2019b). Neste caso, o reembolso é realizado pelo sistema de saúde do EM de residência/afiliação do doente nas condições fixadas na respetiva legislação, não devendo, contudo, exceder o montante dos custos suportados pelo doente segurado (Cfr. artigo 25º do Regulamento (CE) nº 987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009).

No que respeita à prestação de cuidados de saúde programados, tanto os Regulamentos como a Diretiva listam alguns dos direitos dos doentes sobre esta matéria. Porém, decorrente da observação da Tabela 2, existem certas diferenças na formulação das condições sobre as quais a autorização prévia não pode ser recusada e os custos incorridos reembolsados (Grasso, 2019). Neste sentido, é imperativo perceber o que distingue ambos, de modo a que o doente possa optar pelo sistema que mais lhe convém e, assim, usufruir de um maior número de vantagens no âmbito da sua aplicação.

Tabela 2

Quadro comparativo entre os Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social e a Diretiva 2011/24/EU em matéria de CST. Fonte: adaptado de SNS, 2019a.

	Cuidados não programados	Cuidados programados	
	Regulamentos	Regulamentos	Diretiva
Quadro jurídico/legal	Artigo 19º do Regulamento (CE) n.º 883/2004	Artigo 20º do Regulamento (CE) n.º 883/2004	Diretiva 2011/24/UE
Autorização prévia	Não obrigatória. O doente deve apresentar o CESD ou o CPS.	Obrigatória. O doente deve utilizar o documento portátil S2 ou formulário E112 para solicitar a autorização ao EM-competente e se deferido apresentá-lo ao EM de tratamento.	Excecional. Obrigatória se preenchidas as condições estabelecidas no artigo 8º. O doente deve apresentar o “Requerimento de pedido de autorização” e obter um “Relatório da Avaliação Clínica Hospitalar” para o efeito.
Pagamento	Da responsabilidade do EM competente/afiliação. A liquidação dos custos é realizada entre as instituições de SS dos 2 países em causa.	Da responsabilidade do EM competente/afiliação. No entanto, o doente é responsável pelo pagamento de taxas fixas/moderadoras aplicáveis no EM de tratamento. A liquidação dos custos é realizada entre as instituições de SS dos 2 países em causa.	O doente efetua o pagamento de todos os custos incorridos no EM de tratamento.
Reembolso	Obtido de acordo com a legislação do EM de tratamento	Obtido de acordo com a legislação do EM de tratamento.	Obtido de acordo com a legislação do EM de residência/afiliação. O doente deve apresentar o “Requerimento de pedido de reembolso”.

Por um lado, ao abrigo do nº 1 do artigo 26º do Regulamento de aplicação, é estabelecida a obrigatoriedade do doente fazer um “pedido de autorização prévia” para todos os tratamentos. Este pedido é emitido pela entidade competente do EM de residência/afiliação, ou seja, pela “instituição em que o interessado esteja inscrito no momento do pedido das prestações” (Cfr. alínea q), artigo 1º do Regulamento (CE) nº 883/2004, de 29 de abril de 2004), sendo que deve ser apresentado antes da sua deslocação e antes do início da prestação dos cuidados de saúde do doente (SNS - Serviço Nacional de Saúde, 2019a). Para a obtenção da respetiva autorização, o doente deve solicitar, a título gratuito, a emissão do Documento Portátil S2 ou do Formulário E112 e proceder ao seu correto preenchimento caso pretenda receber cuidados de saúde programados no espaço da UE ou num dos EM do EEE e Suíça, respetivamente (SAGMD - Sistema de Apoio à Gestão de Mobilidade de Doentes, 2019c). No entanto, o pedido de autorização pode ser suscetível de ser recusado se as condições definidas no nº 2 do artigo 20º do Regulamento (CE) nº 883/2004 e no nº 2 do artigo 26º do Regulamento (CE) nº 987/2009, não se verificarem, devendo, a entidade competente, nos prazos fixados pela legislação nacional, informar a instituição do EM de residência sobre a sua decisão. Ou seja, conforme decorre expressamente dos nºs 2 dos referidos artigos, a autorização prévia não pode ser recusada, devendo ser concedida ao doente sempre que o tratamento em causa esteja previsto na legislação do EM onde o doente reside e, atendendo ao seu estado de saúde e possível desenvolvimento da doença, este não lhe possa ser prestado em tempo clinicamente admissível.

Por outro lado, em conformidade com a legislação vigente na Diretiva, a necessidade de pedir uma autorização para a obtenção de cuidados de saúde programados noutra UE constitui a exceção e não a norma (Comissão Europeia, 2013). De acordo com o nº 2 do artigo 8º do Capítulo III da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, o EM de residência/afiliação pode implementar um sistema de “autorização prévia” para o reembolso de tratamentos transfronteiriços em três situações, designadamente: 1) na vicissitude de se tratarem de cuidados de saúde hospitalares que exijam o internamento do doente no mínimo por uma noite ou que obriguem à utilização de infraestruturas/equipamentos onerosos e especializados; 2) que apresentem um risco especial para o doente ou população em geral; ou 3) que suscitem especial apreensão quanto à sua qualidade e segurança. Da mesma forma, o nº 6 do mesmo artigo também estabelece critérios que conferem ao EM de residência/afiliação o direito de recusar a concessão de autorização prévia, sem prejuízo do disposto no nº 5 do artigo 8º do Capítulo III da Diretiva

2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011. Assim, de acordo com o nº 6 do artigo 8º do Capítulo III da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, a autorização prévia por parte do EM de residência pode ser indeferida nos seguintes casos: 1) se existir a possibilidade do doente ou o público em geral se expor a um risco de segurança não aceitável; 2) se se desencadearem preocupações sérias relativamente às normas de qualidade dos cuidados e segurança do doente; e 3) se os cuidados de saúde puderem ser prestados no seu território dentro de um prazo clinicamente razoável e justificável. Não obstante, o EM de afiliação terá de justificar as razões da sua decisão e, nos termos do nº 7 do artigo 8º do Capítulo III da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, definir e tornar pública a lista de tratamentos sujeitos a autorização prévia, tendo em vista o estado clínico do doente, a urgência e a circunstância individual.

Em matéria de responsabilidade financeira, as normas sobre o pagamento das despesas dos cuidados de saúde transfronteiriços instituídas nos dois instrumentos legislativos também diferem. Por aplicação dos Regulamentos Comunitários, mais concretamente o nº 7 do artigo 26º, Capítulo I, Título III do Regulamento (CE) nº 987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, a responsabilidade financeira é assegurada pelo sistema de saúde do EM de residência/afiliação que deve receber, por parte da unidade prestadora, as faturas das despesas incorridas pelo doente para a realização do reembolso dos tratamentos, de acordo com a legislação e procedimentos instituídos naquele EM. Contudo, ao abrigo deste sistema comunitário só podem ser reembolsados os serviços de saúde transfronteiriços que se encontrem cobertos pelo sistema estatutário do EM de tratamento e em conformidade com a autorização, não podendo os mesmos exceder o montante das despesas suportadas pelo doente segurado (Cfr. nº 7 do artigo 26º, Capítulo I, Título III do Regulamento (CE) nº 987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009).

Por sua vez, nos termos da Diretiva, a responsabilidade financeira dos cuidados de saúde programados prestados noutra EM é do próprio doente beneficiário. Não obstante, a Diretiva impõe um “sistema de reembolso” que assegura ao doente beneficiário o pagamento dos custos por ele suportados e que, nos termos do nº 16 da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, abrange, para além das situações em que o doente recebe cuidados de saúde hospitalares noutra EM, a prescrição de receitas, a dispensa e o fornecimento de medicamentos e dispositivos médicos. Todavia, o processo de

reembolso só pode ser concretizado se o doente tiver direito a esses cuidados médicos no seu país de origem. Assim, se tal se verificar, este será realizado, conforme o disposto no nº 4, do artigo 7º do Capítulo III da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, diretamente pelo e em consonância com as normas e procedimentos do EM de residência/afiliação, ou seja, nunca ultrapassando o limite que o EM de residência/afiliação pagaria caso aqueles cuidados tivessem sido prestados no seu território. Porém, tal não impede que o EM de afiliação escolha pagar a totalidade dos custos incorridos na eventualidade destes se apresentarem superiores aos custos dos cuidados de saúde se prestados em território nacional, ou ainda de reembolsar outros custos adicionais, como por exemplo, despesas de viagem ou de alojamento ou outras despesas suplementares levadas a cabo por pessoas seguradas portadoras de deficiência (Cfr. nº 4, artigo 7º do Capítulo III da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011).

Para além do atrás exposto, a Diretiva também estabelece outros aspetos importantes que foram suprimidos pelos Regulamentos e que concedem um maior leque de vantagens aos doentes na UE.

O primeiro aspeto diz respeito aos Pontos de Contacto Nacionais (PCN) que, nos termos do disposto no artigo 6º do Capítulo II da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, devem ser designados por cada EM com o objetivo de prestarem, publicamente, informações aos doentes sobre os cuidados de saúde disponíveis noutros países da UE, nas línguas oficiais do EM em que estão situados, em via eletrónica ou em formato de fácil acesso para as pessoas portadoras de deficiência. Adicionalmente, aquele artigo estabelece, ainda, a responsabilidade dos EM de garantirem que os PCN colaborem com “as organizações de doentes, os prestadores de cuidados de saúde e as seguradoras no domínio dos cuidados de saúde”, de modo a disponibilizar aos doentes uma série de opções de tratamento e, conseqüentemente, tomarem as decisões que lhes são mais convenientes (Cfr. secção nº 49 do Preâmbulo da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011).

Relativamente ao segundo aspeto, a Diretiva, com o objetivo de garantir a eficiência, segurança e qualidade dos cuidados de saúde, estabelece no artigo 10º do Capítulo IV que os EM, no que toca à prestação de CST, devem facilitar, seja a nível nacional, regional ou local, a “assistência mútua e cooperação” propiciando uma maior proximidade entre as autoridades de saúde e utentes, em particular nas regiões fronteiriças, visto constituir uma das formas mais eficientes de alocar serviços de saúde para as populações locais ao facilitar

o fornecimento provisório ou esporádico de tratamentos terapêuticos por profissionais de saúde (Cfr. secção nº 50 do Preâmbulo da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011).

O terceiro aspeto que se encontra explanado no artigo 11º do Capítulo IV da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, incide sobre o “reconhecimento das receitas médicas emitidas noutra EM”, a fim de assegurar a continuidade dos tratamentos após o regresso do doente ao seu país (Comissão Europeia, 2013). O mesmo artigo determina, ainda, que o EM de afiliação deve garantir que as receitas ou os dispositivos médicos prescritos noutra EM, salvaguardando a legislação aí em vigor, sejam reconhecidas e aceites, proibindo quaisquer restrições, salvo quando “necessárias e proporcionadas para proteger a saúde humana e não sejam discriminatórias” ou quando “baseadas em dúvidas legítimas e justificativas sobre a autenticidade, o conteúdo ou a inteligibilidade da receita” (Cfr. artigo 11º do Capítulo IV da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011).

Outro aspeto relevante definido no artigo 12º do Capítulo IV da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, alude ao apoio que a Comissão Europeia deve prestar aos EM no desenvolvimento contínuo de “Redes Europeias de Referência” entre prestadores de cuidados de saúde e centros de excelência especializados nos EM, quando se trate, em especial, de doenças raras, dado poderem servir de “pontos de contacto de formação e investigação médica, divulgação de informação e avaliação” (Cfr. artigo 12º do Capítulo IV da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011).

Por fim, o último aspeto a considerar e que merece especial destaque diz respeito à utilização de Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) no âmbito dos CST. Sobre esta temática, encontra-se estabelecido, nos artigos 14º e 15º do Capítulo IV da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011, a necessidade dos EM assegurarem a “interoperabilidade dos sistemas de TIC” através da criação de uma rede de “Saúde em linha”, promovendo a troca de informações científicas e a “cooperação em matéria de avaliação das tecnologias da saúde” entre os países da UE, a fim de obter economias de escala e de evitar repetição de esforços (Cfr. secção nº 56 e nº 58 do Preâmbulo da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho de 9 de março de 2011).

Em suma, pode-se concluir que a Diretiva, ao integrar os Regulamentos Comunitários de Coordenação dos Sistemas de Segurança Social, veio colmatar algumas das suas lacunas ao introduzir novas medidas sobre os direitos dos doentes transfronteiriços, tendo por base não só a livre circulação de pessoas, mas também a livre circulação de bens, serviços e capital (Comissão Europeia, 2013). Assim, com a implementação deste novo paradigma assistiu-se à introdução de novas medidas que permitem àqueles doentes fazer melhor uso dos direitos que usufruem ao abrigo dos dois sistemas comunitários existentes.

3.2.2. Retrato da União Europeia

Este capítulo tem como propósito, com base na análise de dados recolhidos em artigos científicos, apresentar alguns exemplos concretos de mobilidade transfronteiriça de doentes no contexto europeu.

Verificando-se uma fraca adesão a este fenómeno social, o presente capítulo encontra-se limitado pela escassez de estudos em torno deste tema e pela dificuldade em aceder a documentação escrita disponibilizada em português e/ou inglês.

Assim, de forma a fornecer uma perspetiva geral sobre a funcionalidade da mobilidade transfronteiriça de doentes na UE e as razões pelas quais esta ocorre, começarei por expor algumas evidências de mobilidade transfronteiriça à escala europeia.

Exemplo 1 (Noruega)

O sistema de saúde norueguês, inspirado no modelo de Beveridge oriundo do Reino Unido, é baseado no princípio da cobertura total e universal e maioritariamente financiado através de impostos (Carlsen and Norheim, 2005 *apud* Czapka & Sagbakken, 2016). Qualquer cidadão residente ou que pretenda instalar-se na Noruega tem direito a um “*fastlege*”, ou seja, a um Clínico Geral (GP) mais comumente chamado de “médico de família”. Este esquema de saúde denominado de “*fastlegeordning*” permite que todos os cidadãos com visto na Noruega tenham acesso a um número pessoal que lhes dá a possibilidade de escolher e/ou alterar o seu GP que é, posteriormente, confirmado pela HELFO (*Norwegian Health Economics Administration*) via correio. Na Noruega, o GP desempenha o papel de “*gatekeeper*” do sistema de saúde vigente ao ser responsável, nomeadamente: pela análise, diagnóstico e tratamento dos seus doentes; pelo seu encaminhamento para hospitais ou médicos de especialidade; pelo fornecimento de informação aos doentes sobre cuidados de

saúde especializados; e pela disponibilização de um intérprete quando tal se justifique (Likeverdig, 2013 *apud* Czapka & Sagbakken, 2016).

À luz dos estudos existentes sobre o acesso a CST na Noruega (Friberg, 2010; Czapka, 2010 *apud* Czapka & Sagbakken, 2016), mais concretamente por parte de migrantes polacos, é possível atestar por parte destes um significativo desconhecimento sobre os seus direitos em matéria de CST, que resulta da não familiaridade com o sistema de saúde norueguês e das diferenças que existem na estrutura organizacional dos sistemas de saúde do país de origem (Polónia) e do país de residência (Noruega).

Na Noruega, segundo o estudo realizado por Czapka & Sagbakken (2016), os migrantes polacos enfrentam diversos obstáculos no acesso a cuidados de saúde que decorrem: 1) do fraco ou nulo domínio da língua norueguesa, que dificulta a comunicação com os profissionais de saúde, a navegação em *sites* de saúde noruegueses e o acesso a informação escrita fornecida em norueguês; 2) da falta de familiaridade com o sistema de saúde, que leva à insegurança e à falta de confiança no mesmo; 3) do tipo de comportamento manifestado pelos profissionais de saúde; e 4) dos custos dos serviços médicos.

Na sequência da análise às respostas obtidas de entrevistas realizadas por aqueles autores, grande parte dos migrantes intervenientes afirmou ter recebido uma carta sobre o esquema GP norueguês cujo conteúdo não foi compreendido (Czapka & Sagbakken, 2016). Assim, como forma de ultrapassar este e outros problemas relacionados com a saúde, a estratégia mais utilizada pelos migrantes polacos passa por recorrer à ajuda de outros conterrâneos que dominam o norueguês e que já têm alguma experiência na utilização de cuidados de saúde naquele país, o que, por vezes, pode conduzir a perceções incorretas (Czapka & Sagbakken, 2016).

Relativamente às experiências vivenciadas com os GPs, constatou-se um misto de opiniões entre os migrantes polacos, sendo que uns afirmaram encontrar-se satisfeitos com a informação fornecida pelo seu médico de família e outros não, especialmente no que diz respeito a informações sobre cuidados de saúde especializados (Czapka & Sagbakken, 2016). Similarmente, alguns entrevistados fizeram declarações pouco abonatórias quanto à competência dos profissionais de saúde noruegueses na utilização de equipamentos sofisticados e na interpretação de resultados de testes clínicos. Segundo Czapka & Sagbakken (2016) e Friberg, 2010 (*apud* Czapka & Sagbakken, 2016) o recurso ao *National Treatment Guidelines for Health Personnel* ou à Internet como auxiliares na interpretação

de resultados de exames médicos por parte dos profissionais de saúde noruegueses é encarado pelos migrantes polacos como um sinal de insegurança e/ou incompetência. Por outro lado, alguns migrantes polacos também manifestaram insatisfação pelo facto dos médicos noruegueses se mostrarem relutantes na prescrição de medicamentos, particularmente antibióticos, e na realização de exames adicionais (Czapka & Sagbakken, 2016).

Paralelamente, alguns dos migrantes polacos entrevistados também enfatizaram o difícil acesso a informações disponíveis na Internet sobre o sistema de saúde norueguês, em virtude dos *websites* ou folhetos disponíveis online se encontrarem exclusivamente em norueguês e não facultarem *links* em inglês ou em polaco, limitando, assim, a compreensão da informação que é disponibilizada (Czapka & Sagbakken, 2016). Por último, foi igualmente apontado como barreira económica significativa à utilização de cuidados de saúde noruegueses o “*egenandel*” diretamente relacionado com o custo a pagar pelos tratamentos, em especial o pagamento de uma taxa máxima de 230 euros por ano para a obtenção de serviços de saúde noruegueses (Czapka & Sagbakken, 2016).

No entanto, alguns migrantes polacos também elencaram algumas características positivas do sistema de saúde da Noruega, tais como (Czapka & Sagbakken, 2016): 1) a existência de uma rede social polaca; 2) a atitude afável das equipas médicas em relação aos doentes migrantes; e 3) a percepção de um “tratamento igualitário” face aos doentes, independentemente da sua situação socioeconómica (Scheppers et al., 2006 *apud* Czapka & Sagbakken, 2016).

Resumindo, do estudo de Czapka & Sagbakken (2016) sobre as barreiras e os facilitadores no acesso a CST na Noruega por parte de migrantes polacos, pode-se concluir que existe uma nítida falta de compreensão por parte daqueles migrantes quanto aos aspetos organizacionais do sistema de saúde norueguês e aos diferentes tipos/estilos de abordagem de tratamento entre profissionais de saúde noruegueses e polacos, que, por sua vez, potenciam um sentimento de insegurança levando a que os migrantes polacos evitem, sempre que possível, o uso de serviços de saúde noruegueses e procurem CST no seu país de origem.

Exemplo 2 (Holanda)

Segundo um estudo realizado em 2010 por Glinos et al. (2012) com base em questionários efetuados a 229 estudantes alemães residentes em Maastricht, na Holanda, mais concretamente no estado da Renânia do Norte-Vestfália e em Länder, foi possível apurar que

96.9% dos inquiridos recorreram a CST no seu país de origem independentemente da distância a percorrer para a sua obtenção e de terem cobertura de saúde, dado que a legislação europeia lhes garante cobertura em ambos os países.

Apesar da distância entre Maastricht e as cidades natais dos estudantes alemães variar entre 30Km e 804Km, esta parece não constituir um entrave na decisão dos estudantes em obter CST na Alemanha (Glinos et al., 2012). A informação recolhida dos questionários realizados pelos autores em questão mostra que, embora os estudantes oriundos da Renânia do Norte-Vestfália para chegar a “casa” percorram em média cerca de 133Km comparativamente aos 448Km percorridos pelos estudantes de Länder, a grande maioria destes dois grupos de estudantes opta pela obtenção de cuidados de saúde no seu país de origem (85% e 65.2%, respetivamente), por motivos que se prendem essencialmente com os seguintes aspetos (Glinos et al., 2012): 1) a familiaridade com os profissionais de saúde e o respetivo sistema de saúde (81% e 72.3%, respetivamente); 2) a facilidade na obtenção de reembolso, se tratados na Alemanha, por parte da sua seguradora de saúde (70.9%); e 3) a inexistência da barreira linguística (68.3%).

Daqui depreende-se que a utilização de CST no país de origem por parte dos estudantes alemães residentes em Maastricht emerge, em grande medida, em função do fator de familiaridade. Quando confrontados com a hipótese de viajar uma longa distância para obter cuidados de saúde na Alemanha ou não viajar e obter cuidados de saúde num ambiente não familiar, em Maastricht, 76% dos estudantes alemães inquiridos afirmam “valorizar mais o conforto da familiaridade ao desconforto da distância” (Glinos et al., 2012: 43).

Assim, pode dizer-se que este comportamento denominado de “mobilidade transfronteiriça inversa” adotado pelos estudantes alemães residentes em Maastricht parece contrariar a ideia de que a distância pode influenciar significativamente a tomada de decisão aquando da procura de CST, particularmente para os habitantes das regiões fronteiriças (Glinos et al., 2012). Também aspetos como “viver em Maastricht”, “sentir-se em casa” e “falar e compreender o idioma do país” parecem não pesar grandemente na decisão daqueles estudantes em obter CST na Alemanha (Glinos et al., 2012).

Todavia, 30.1% dos estudantes alemães entrevistados afirmaram ter utilizado serviços médicos em Maastricht, sobretudo consultas médicas de clínica geral (72.5%) e fisioterapia (11.6%). Em contrapartida, na Alemanha a maior percentagem de utilização de cuidados de saúde por parte daqueles estudantes recai na procura de serviços médicos odontológicos

(81%), consultas de especialidade (59.3%), como ginecologia e dermatologia, e intervenções cirúrgicas (11.7%) (Glinos et al., 2012).

Na opinião de Glinos et al. (2012), esta divergência relativamente ao tipo de CST obtido nos dois países reflete as diferenças existentes entre o sistema de saúde alemão e o sistema de saúde holandês. Ao contrário do primeiro, que é baseado na cobertura universal, o último assenta no esquema de GP como o “*gatekeeper*” do sistema de saúde, isto é, como o primeiro contacto do doente para acudir a todas as questões médicas, dado servir de elo de ligação com todos os outros serviços, inclusive consultas de especialidade. Por esse motivo, alguns estudantes alemães veem a sua liberdade de escolha condicionada ao dependerem do médico de família para, eventualmente, acederem a um médico especialista, pelo que preferem regressar ao seu país de origem para a realização de *check-ups* junto de um especialista à sua escolha e com quem possam já ter alguma afinidade (Glinos et al., 2012).

No entanto, na vicissitude de serem portadores de uma condição de saúde que exija um elevado número de sessões de tratamento, ou na eventualidade de manifestarem sintomas de uma constipação, alguns estudantes alemães optam pela procura de serviços médicos locais, em virtude do nível de desconforto/transtorno que a duração de uma viagem até “casa” lhes proporcionaria (Glinos et al., 2012).

Por outro lado, apesar dos estudantes alemães terem direito ao reembolso das despesas de saúde incorridas na Holanda pela entidade de saúde alemã, 71% dos inquiridos partilham a percepção de que a obtenção do reembolso constitui uma barreira ao acesso a CST (Glinos et al., 2012), possivelmente, devido à morosidade do processo ou à necessidade de terem de pagar antecipadamente os custos dos serviços médicos.

Assim, a par do estudo realizado por Glinos et al. (2012) pode concluir-se que a utilização de CST fora do país de origem por parte de estudantes emigrantes continua a revelar-se bastante baixa mesmo após a introdução da Diretiva da UE, visto que, em 2011, 97% dos estudantes alemães inquiridos com residência em Maastricht, na Holanda, optaram pela utilização de serviços médicos no seu próprio país em virtude da familiaridade com o sistema de saúde, ainda que usufruindo de cobertura de saúde em ambos os países.

Exemplo 3 (Dinamarca)

O uso de CST por imigrantes residentes na Dinamarca foi estudado e analisado por Nielsen et al. (2012) e mais recentemente por Lokdam, Kristiansen, Handlos, & Norredam (2016). O sistema de saúde dinamarquês, financiado maioritariamente através de impostos, é

caracterizado por um modelo de bem-estar universal que abrange todos os cidadãos com visto de residência no país e cuja cobertura de serviços de saúde é gratuita, excetuando-se os serviços de odontologia e determinados medicamentos ou prescrições médicas que exijam copagamento, ou seja, a coparticipação do doente e do sistema de saúde no pagamento desses cuidados (Olejaz et al., 2012 *apud* Nielsen et al., 2012).

Nielsen et al. (2012) realizaram, em 2010, um estudo com recurso a entrevistas que teve por base uma população alvo constituída por dinamarqueses, imigrantes turcos e descendentes turcos com vista à análise do “comportamento de saúde” destes três grupos de cidadãos residentes na Dinamarca. Desse estudo, os autores concluíram que 26.6% dos imigrantes turcos entrevistados fizeram maior uso de CST no estrangeiro, em particular no seu país de origem, comparativamente a 19.4% dos seus descendentes e 6.7% dos residentes com cidadania dinamarquesa (Nielsen et al., 2012). Por seu turno, relativamente ao tipo de serviços médicos procurados, os imigrantes turcos recorreram essencialmente a GPs (15.1%), a médicos especialistas (12.4%), a hospitais (9.4%) e a serviços de odontologia (9.1%), enquanto que os descendentes turcos, tal como os dinamarqueses, recorreram sobretudo a GPs (15.1% e 4.3%, respetivamente) (Nielsen et al., 2012).

No entender destes autores a diferença nos padrões de utilização de CST destes três grupos de indivíduos está associada a uma diversidade de fatores culturais e socioeconómicos que são vistos como os principais entraves no acesso ao sistema de saúde dinamarquês. Falamos concretamente (Nielsen et al., 2012): 1) da pouca familiaridade com o sistema de saúde dinamarquês; 2) da deficiente comunicação na relação médico-paciente, resultante de dificuldades linguístico-culturais; 3) da falta de acessibilidade, sobretudo no que diz respeito a tratamentos odontológicos; 4) de listas de espera no sistema de saúde dinamarquês; e 5) das preferências e expectativas do doente relativamente à qualidade dos cuidados de saúde.

Para os imigrantes turcos, a procura de CST na sua terra natal, em especial GPs, pode ser explicada pela necessidade de obter uma “segunda opinião” por parte de um médico especialista, em virtude do sentimento de insegurança e da perceção que têm da qualidade dos serviços médicos dinamarqueses. Já para os descendentes turcos, a procura de CST no país de origem dos seus progenitores parece estar associada ao facto de se sentirem mais familiarizados com o sistema de saúde turco decorrente do acompanhamento dos seus progenitores a serviços médicos turcos (Nielsen et al., 2012). Por sua vez, o recurso a serviços médicos de odontologia e a compra de medicamentos num país estrangeiro por parte dos imigrantes turcos parecem estar relacionados, por um lado, com o fator de acessibilidade

dado poderem adquirir aqueles serviços de forma menos dispendiosa no país de origem e, por outro, com o fator de disponibilidade, uma vez que alguns medicamentos específicos utilizados na Turquia podem encontrar-se sujeitos a receita médica na Dinamarca ou não se encontrarem de todo disponíveis no mercado dinamarquês (Nielsen et al., 2012).

Numa linha de abordagem similar, Lokdam et al. (2016) procuram igualmente analisar as razões que levam os imigrantes residentes na Dinamarca a procurar cuidados de saúde no seu país de origem, em particular os imigrantes de origem turca, iraquiana e bósnia--herzegovina detentores de baixas condições socioeconómicas (Statistics Denmark, 2014 *apud* Lokdam et al., 2016).

Do estudo realizado, também com recurso a entrevistas, os autores concluíram que os principais motivos que levam os imigrantes residentes na Dinamarca à procura de serviços médicos no país de origem encontram-se relacionados com (Nielsen et al., 2012): 1) a perceção da disponibilidade, em termos de quantidade e acesso; 2) a familiaridade, descrita como “sentir-se confortável” com o sistema de saúde; 3) a perceção da qualidade dos serviços médicos; e 4) a necessidade de uma “segunda opinião”. Para os imigrantes residentes na Dinamarca todos estes aspetos são simultaneamente considerados *push factors*, motivando a obtenção de serviços de saúde no estrangeiro e *pull factors*, atraindo os doentes para o seu país de origem.

Nielsen et al. (2012) identificam como principais *push factors*: 1) as longas listas de espera/tempos de espera na Dinamarca; 2) o restrito acesso a cuidados de saúde especializados na Dinamarca; 3) a perceção da parca informação que é transmitida relativamente ao seu estado de saúde, que leva à procura de uma “segunda opinião” no país de origem; 4) a pouca familiaridade com o sistema de saúde do país; 5) a falta de opções de tratamento; 6) a falta de confiança na relação médico-paciente; 7) a barreira linguística, que no entender dos entrevistados, pode conduzir a uma possível perda de informação e de privacidade quando traduzida por um intérprete; e 8) as diferentes expectativas entre doentes e profissionais de saúde.

Por seu lado, Nielsen et al. (2012) identificam como *pull factors* os seguintes aspetos: 1) a perceção do fácil acesso a cuidados de saúde no país de origem, em virtude da inexistência de listas de espera, em especial para tratamentos especializados; 2) o atendimento célere e eficiente por profissionais de saúde especializados; 3) a familiaridade com o sistema de saúde no país de origem, partilhada pelo sentimento de segurança, confiança e à vontade; 4)

a percepção de que a qualidade dos serviços médicos no país de origem é superior à dos dinamarqueses; 5) a multiplicidade de opções de tratamento; e 6) a inexistência de barreiras linguísticas e de comunicação.

Em suma, das informações recolhidas destes dois estudos sobre a utilização de CST por parte de imigrantes residentes na Dinamarca, é possível concluir que existe, por parte daqueles, uma maior predisposição para a mobilidade transfronteiriça no país de origem, sobretudo quando as barreiras ao acesso a cuidados de saúde no país de residência se revelam superiores às do país de origem. Deste modo, para os imigrantes residentes na Dinamarca, afigura-se mais conveniente a utilização de CST na sua terra natal, dada a rapidez e eficiência com que podem obtê-los. Além disso, podem usufruir de serviços médicos num ambiente que lhes é culturalmente familiar, junto de profissionais de saúde em quem confiam e com quem partilham o mesmo idioma, e, por outro lado, evitar eventuais listas de espera na Dinamarca (Lokdam et al., 2016; Nielsen et al., 2012).

Exemplo 4 (Espanha)

Nos últimos anos tem-se vindo a assistir a um grande fluxo de pessoas aposentadas que se deslocam de países do norte da Europa para países mediterrâneos (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010) como consequência de inúmeros fatores que se prendem essencialmente com (Helena Legido-Quigley & Parra, 2007): 1) o aumento da esperança média de vida; 2) o avanço da medicina; 3) o desenvolvimento de tecnologias modernas avançadas; e 4) o advento das companhias aéreas de baixo custo.

O fenómeno da aposentação de cidadãos britânicos que se instalam em Espanha remonta à década de 1960 (La Parra & Mateo, 2008). Segundo Casado-Diaz, Kaiser and Warnes, 2004 (*apud* La Parra & Mateo, 2008), este tipo de migração é motivado pelo desejo de melhoria da qualidade de vida e da própria saúde, num país que oferece um clima amigoso, recursos naturais e paisagens relaxantes, bem-estar, segurança e um ritmo de vida menos acelerado (Božić S., 2001 e O'Reilly K., 2000 *apud* Helena Legido-Quigley & Parra, 2007).

Em março de 2007, cerca de 52% dos 64.820 cidadãos britânicos registados na Comunidade Autónoma de Valência, com ou sem visto de residência, tiveram acesso a cuidados de saúde públicos na região através do “cartão SIP”, em inglês *Services of Information for the Population* (Helena Legido-Quigley & Parra, 2007). Na sequência do estudo realizado na mesma região por La Parra & Mateo (2008), estes verificaram que 67% dos inquiridos encontravam-se cobertos pelo SNS espanhol ou britânico, 17% encontravam-se cobertos por

ambos os SNS e por seguros de saúde privados, 12% usufruíam exclusivamente de um seguro de saúde privado e os restantes 3% não se encontravam cobertos por um serviço de saúde público ou privado. Isto significa que uma percentagem significativa de cidadãos britânicos opta pela utilização de serviços médicos em entidades de saúde privadas espanholas e/ou prefere regressar ao seu país de origem com vista a obter cuidados de saúde na esfera do SNS britânico (Helena Legido-Quigley & Parra, 2007).

Ainda segundo aquele estudo, dos cidadãos britânicos inquiridos que beneficiam de um SNS público, 27% fizeram uso do SNS britânico e os restantes do SNS da Região de Valência. Quanto aos residentes estrangeiros de longa duração em Espanha, que não possuem o Cartão de Saúde espanhol, encontram-se registados apenas num dos dois sistemas de saúde, e são sobretudo aqueles que permanecem mais de seis meses no seu país de origem (Helena Legido-Quigley & Parra, 2007). Daí que, como forma de adquirir o direito à obtenção de cuidados de saúde no novo país de acolhimento, aqueles cidadãos podem pedir a emissão do Formulário E121 de modo a transferir os seus direitos em matéria de segurança social para o sistema de saúde espanhol.

Contudo, muitos deles receiam que a emissão daquele documento lhes possa retirar alguns dos benefícios sociais a que têm direito no Reino Unido, nomeadamente, o subsídio de aquecimento no inverno, subsídios de invalidez e subsídios de assistência, pelo facto do pacote de benefícios de saúde oferecido por cada EM variar de país para país. Além disso, consideram o processo de transferência dos direitos sociais entre os dois países algo burocrático, moroso e inflexível, na eventualidade de o quererem reverter (La Parra & Mateo, 2008), pelo que evitam regularizar a sua situação em matéria de saúde no novo país passando, deste modo, a fazerem parte da chamada “população flutuante” (Rosenmoller M.; Lluch M., 2006 *apud* Helena Legido-Quigley & Parra, 2007). Por outro lado, para além das dificuldades administrativas na emissão daquele Formulário, grande parte da “população flutuante” não é detentora do Cartão de Saúde espanhol, em virtude do desconhecimento e da falta de informação que têm sobre este, decorrentes de entraves linguísticos e da segregação das comunidades de expatriados (Helena Legido-Quigley & Parra, 2007).

Face ao exposto, os autores consideram que em situações de emergência parte da “população flutuante”, composta por residentes de longa duração, satisfaz as suas necessidades de saúde no país de acolhimento recorrendo ao CESD e que, fora dessas circunstâncias, preferem recorrer a serviços de saúde privados espanhóis ou ao SNS britânico, a fim de ultrapassarem

eventuais barreiras culturais, tempos de espera e burocracias inerentes (La Parra & Mateo, 2008; Helena Legido-Quigley & Parra, 2007).

3.3. Fora da Europa

Deve ser sublinhado que o fenómeno de mobilidade transfronteiriça de doentes não acontece exclusivamente ao nível europeu. Na mesma linha de abordagem do capítulo 2.2.2., consideremos agora alguns exemplos que demonstram de forma clara o fenómeno de mobilidade transfronteiriça e de TS ou TM fora da Europa.

Exemplo 1 (dos EUA para o México)

Contemplemos, neste primeiro exemplo, a preferência, quer dos residentes norte-americanos com etnia hispânica que vivem perto da fronteira do México (Theresa L. Byrd & Law, 2009), quer dos imigrantes mexicanos com residência nos Estados Unidos da América (EUA) (Bergmark, Barr, & Garcia, 2010), pela utilização de cuidados de saúde mexicanos, em grande parte motivada pelos fatores de acessibilidade e de familiaridade (Monheit AC. & Vistnes JP., 2000 *apud* Bergmark et al., 2010).

Segundo os dados obtidos no estudo realizado por Theresa L. Byrd & Law (2009), as razões pelas quais os residentes norte-americanos optam pela utilização de serviços médicos mexicanos prendem-se, essencialmente, com os seguintes fatores: 1) os custos dos medicamentos (86.5%), comparativamente mais baratos no México do que nos EUA (Calvillo J. & Lal L., 2003; Casner P. & Guerra L., 1992; Pylpa J., 2001 *apud* Theresa L. Byrd & Law, 2009); 2) a facilidade em adquirir determinados medicamentos sem prescrição médica (55.4%) nas farmácias do México, em especial antibióticos (De Guzman et al., 2007 *apud* Theresa L. Byrd & Law, 2009); e 3) as preferências culturais (51.8%), com destaque para a familiaridade com o sistema de saúde mexicano e com o próprio idioma, em virtude de terem vivido no México, o que leva a que se sintam mais confortáveis e mais à vontade quando atendidos por profissionais de saúde que dominam a língua espanhola.

Por outro lado, de acordo com o estudo realizado por (Bergmark et al., 2010), a procura de cuidados de saúde no México por imigrantes mexicanos encontra-se associada aos seguintes aspetos: 1) tratamentos que foram malsucedidos nos EUA, especialmente os relacionados com distúrbios mentais e toxicod dependência; 2) o custo dos cuidados de saúde, sobretudo aqueles não cobertos pelo sistema de saúde, como é o caso dos tratamentos de odontologia, de determinados procedimentos cirúrgicos ou de tratamentos que requerem internamentos

hospitalares prolongados; e 3) a preferência pelos serviços médicos mexicanos, que resulta do *feedback* positivo obtido junto de familiares e amigos ou da percepção que têm da qualidade dos mesmos, estando aqui em causa a superação da barreira linguística, a menor probabilidade de serem discriminados pelo seu estatuto socioeconómico, a segurança e eficácia dos medicamentos e a possibilidade de participarem no processo de tomada de decisão sobre o tratamento a receber.

Nos EUA, ao contrário do que acontece na Europa, a mobilidade transfronteiriça funciona como uma rede de segurança, um mecanismo de proteção para os doentes não segurados, de classe social mais baixa ou com uma cobertura de seguro de saúde inadequada, dadas as características do sistema de saúde norte-americano e o nível de integração económica no país (Laugesen & Vargas-Bustamante, 2010). No âmbito do estudo de Flores et al., 1998 e Zambrana, 1996 (*apud* Laugesen & Vargas-Bustamante, 2010), o acesso a cuidados de saúde nos EUA por parte de imigrantes mexicanos aí residentes parece ser dificultado por uma diversidade de fatores, nomeadamente: 1) a escassez de informação na esfera dos CST; 2) a dificuldade no agendamento de consultas; 3) o custo dos serviços médicos em geral; 4) a inexistência de um seguro de saúde universal e uniforme; 5) o transporte; 6) a falta de competência cultural, isto é, do “conjunto de comportamentos, atitudes e políticas que habilitam um sistema ou profissionais a trabalhar eficazmente em situações de diversidade cultural” (Cross, Bazron, Dennis, & Isaacs, 1989: 17); 7) o idioma; e 8) as longas listas de espera. Pelos motivos expostos, a procura de CST no México é vista como a melhor alternativa em termos de distância, tempo, custo e familiaridade, seja por parte de residentes norte-americanos seja por parte de imigrantes mexicanos (Bergmark et al., 2010).

Porém, do ponto de vista de Bergmark et al. (2010), a possibilidade de poderem existir restrições aduaneiras nas fronteiras ou eventuais alterações nas políticas de segurança fronteiriça, como, aliás, sucede nos EUA em que é necessário a posse de um passaporte norte americano para a reentrada no país (Theresa L. Byrd & Law, 2009), podem igualmente comprometer a vontade e a capacidade dos residentes norte-americanos e dos imigrantes mexicanos de obterem, no futuro, cuidados de saúde no seu país de origem. Isto significa que a mobilidade entre o México e os EUA ainda é extremamente limitada, principalmente para um determinado leque de cidadãos, designadamente, os indivíduos mais pobres que não têm qualquer tipo de seguro de saúde, os imigrantes mexicanos, uma vez que não existe reciprocidade entre os países da *NAFTA* (*North American Free Trade Agreement*, em português Tratado Norte-Americano de Livre Comércio) (Laugesen & Vargas-Bustamante,

2010) e os residentes norte-americanos com etnia hispânica, dado os sistemas de seguro de saúde norte-americanos *Medicare* e *Medicaid* não cobrirem serviços médicos obtidos no estrangeiro (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010).

Não obstante, e atendendo ao vasto fluxo de doentes entre o México e os EUA, a contratação financeira de cuidados de saúde surge, muitas das vezes, como uma forma de responder às necessidades dos mexicanos que residem e/ou trabalham nas regiões fronteiriças, ao possibilitar-lhes o acesso a cuidados de saúde acessíveis num ambiente que não lhes é hostil (Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010). A título exemplificativo, consideremos os esforços de várias organizações, como é o caso da associação de agricultores familiares *Western Growers Association* da Califórnia e do Arizona, da *Blue Shield of California*, da *Health Net of California* e da seguradora mexicana *SIMNSA*, que oferecem planos de saúde transfronteiriços de elevada qualidade e com uma boa relação custo-eficácia aos seus trabalhadores através da contratação de profissionais de saúde e de hospitais mexicanos localizados nas regiões fronteiriças (Warner e Schneider, 2004; Schulzand Medlin, 2006 *apud* Glinos, Baeten, Helble, et al., 2010).

Exemplo 2 (África do Sul)

Do ponto de vista de Crush & Chikanda (2015), a África do Sul tem-se destacado como um dos principais destinos de TS no continente africano, sobretudo desde o fim do *apartheid* em 1994.

No que toca à indústria do turismo de saúde, a África do Sul distingue-se pela oferta de CST, maioritariamente na área da cirurgia cosmética e, recentemente, no transplante de rins e de células estaminais (Bass, 2005; Scheper-Hughes, 2011; Mohamed and Slabbert, 2012; Meissner-Roloff and Pepper, 2013 *apud* Crush & Chikanda, 2015), tratamentos de fertilização e de reabilitação de drogas (WeDoRecover, 2011; Currie, 2013 *apud* Crush & Chikanda, 2015). A tudo isto se alia a oferta dos atributos turísticos que referenciam o país, nos quais se incluem, entre outros, a vida selvagem, o clima, o safári e as paisagens deslumbrantes, e que atraem os doentes/turistas na utilização dos serviços médicos sul-africanos (George, 2004 *apud* Crush & Chikanda, 2015). Não obstante, nas palavras de Crush & Chikanda (2015), isto apenas é um pequeno segmento da indústria de turismo de saúde na África do Sul, uma vez que grande parte do TM sul-africano é caracterizado por movimentos intrarregionais e movimentos sul-sul bastante significativos, dos quais aqueles autores destacam três categorias.

A primeira categoria diz respeito ao movimento de indivíduos africanos de classe média--alta, especialmente elites oriundas de países da África Ocidental, Oriental e Austral, que atravessam a fronteira via aérea a fim de obterem CST em centros hospitalares ou clínicas médicas privadas localizadas nas grandes cidades de África do Sul. Este tipo de movimento é motivado, essencialmente, pelos fatores de disponibilidade e de qualidade dos cuidados de saúde que é percebida pelo doente. Trata-se, portanto, de um movimento caracterizado por indivíduos que procuram serviços médicos privados de elevada qualidade, que requerem a utilização de infraestruturas especializadas e que não se encontram disponíveis no seu país de origem, sobretudo tratamentos não eletivos como cirurgia reconstrutiva, cirurgia cardíaca, quimioterapia, transplante de órgãos, etc (Crush & Chikanda, 2015).

A segunda categoria abrange o movimento de doentes provindos de regiões do sul de África que são enviados pelo governo ou pelo próprio sistema de saúde para instalações médicas públicas ou privadas na África do Sul, em virtude da falta de recursos humanos ou financeiros, da escassez de infraestruturas altamente especializadas ou da existência de longas listas de espera no país de origem. Trata-se, portanto, de indivíduos que necessitam de tratamentos médicos especializados e complexos que não conseguem obter no seu próprio país (Crush & Chikanda, 2015). Com o intuito de formalizar estes “movimentos”, a África do Sul estabeleceu acordos de saúde bilaterais com 18 países da África Subsariana (H. L. Walls et al., 2016 *apud* Lunt et al., 2016; RSA, 2011 *apud* Crush & Chikanda, 2015) que visam permitir aos doentes não-residentes o acesso a tratamentos especializados em hospitais públicos sul africanos nos mesmos moldes que os doentes nacionais, quando não disponíveis no país de origem. Porém, perante a inexistência de acordos bilaterais, alguns governos optam por enviar os doentes para hospitais ou clínicas privadas na África do Sul, a fim de garantir o acesso aos cuidados de saúde de que carecem (RSA, 2011 *apud* Crush & Chikanda, 2015).

No que concerne à terceira e última categoria, os autores identificam o movimento constituído por indivíduos intitulados “*medically-disenfranchised*”, originários de países vizinhos sul africanos cujos sistemas de saúde se encontram em crise. Este tipo de movimento, que motiva a travessia da fronteira com o propósito de obter CST na África do Sul é impulsionado por uma variedade de fatores, dos quais Crush & Chikanda (2015) destacam os seguintes: 1) a elevada carga de doentes no sistema de saúde; 2) a falta de recursos humanos, em especial de profissionais e técnicos de saúde para fazer face ao

elevado número de doentes; e 3) a falta de meios financeiros e técnicos que permitam o tratamento de doenças endémicas.

Pese embora o sistema de saúde sul-africano se encontrar sobrelotado de doentes e parco em profissionais de saúde (Coovadia et al., 2009; Crush e Pendleton, 2010; Kruger e Schoombee, 2010; Harris et al., 2011; HRW, 2011 *apud* Crush & Chikanda, 2015), quando comparado com os sistemas de saúde públicos de países vizinhos é visto como a melhor opção, em termos de acessibilidade e de disponibilidade de tratamentos, ao mostrar-se capaz de prestar serviços de saúde de qualidade que normalmente não se encontram disponíveis nos países de origem dos doentes. Paralelamente, é de realçar a crescente expansão da indústria de “*minibus táxis*” na África do Sul que auxiliam e facilitam a deslocação dos doentes transfronteiriços entre países e o facto de, desde 2008, os nacionais dos países vizinhos sul-africanos não necessitarem de visto para entrar no país (Crush & Chikanda, 2015).

Exemplo 3 (de Laos para a Tailândia)

No continente asiático, países como a Índia, Tailândia, Singapura e Malásia também são reconhecidos como os principais destinos de TS, em virtude destes países terem absorvido as práticas médicas ocidentais, serem detentores de tecnologias avançadas e os custos dos serviços médicos que praticam serem significativamente baixos (Chuang et al., 2014).

Para a população de Laos, de acordo com o estudo de Bochaton (2015), a procura de CST na Tailândia é encarada como uma forma de dar resposta às incapacidades do seu próprio sistema de saúde e, ao mesmo tempo, como uma oportunidade de melhorarem o seu estado de saúde. Porém, Fleuret and Séchet (2004 *apud* Bochaton, 2015) defendem que a obtenção de CST num país estrangeiro, neste caso, em concreto, dos serviços médicos tailandeses, não é acessível à maioria das pessoas residentes nas regiões fronteiriças devido às diferentes capacidades que possuem para os obter, sejam financeiras, culturais e/ou sociais.

Com efeito, Laos enfrenta inúmeras dificuldades ao nível da saúde, sobretudo na melhoria da qualidade dos serviços médicos e na distribuição equitativa de cuidados de saúde primários a todo o país (Bochaton, 2015). Embora Laos possua um sistema de saúde público, este mostra-se incapaz de dar resposta às necessidades da população local em virtude da existência de serviços médicos deficientes e do baixo nível de formação dos profissionais e técnicos de saúde que, por vezes, conduzem a diagnósticos imprecisos, colocando em risco a saúde dos doentes (Bochaton, 2015). No entender de Hours and Selim, 1997; Pottier, 2004;

Mobillion, 2010 (*apud* Bochaton, 2015), como consequência das graves falhas que caracterizam o sistema de saúde de Laos, tem-se assistido a uma crescente crise de confiança naquele sistema por parte da população laociana, o que leva a que muitos deles optem pela obtenção de CST noutro país, particularmente na Tailândia.

Da análise dos resultados obtidos pelo estudo realizado por Bochaton (2015) no período entre 2006 e 2007 em 5 regiões fronteiriças, pode-se concluir que a procura de CST tailandeses por parte dos laocianos varia grandemente em função do seu estatuto social, económico, cultural e profissional, mas também em função do espaço geográfico em que habitam, seja rural ou urbano. Da análise efetuada, aqueles autores constataram, ainda, que: 1) o fluxo de doentes de zonas rurais ao largo da fronteira entre Laos e a Tailândia é significativamente superior (entre 10% e 25%) ao fluxo de doentes provindos das cidades laocianas (menos de 10%); 2) os doentes residentes em zonas urbanas normalmente optam por entidades de saúde privadas fora do país, ao contrário do que acontece com os residentes em áreas rurais que recebem maioritariamente tratamentos médicos em hospitais públicos; e 3) os “doentes urbanos”, contrariamente aos “doentes rurais”, tendem a viajar longas distâncias na procura de aconselhamento médico e de especialistas que se localizam no centro do território tailandês (Bochaton, 2015).

Adicionalmente, Bochaton (2015) identifica os diferentes fatores que motivam os “doentes rurais” e os “doentes urbanos” a obter CST na Tailândia. Para os primeiros, a mobilidade transfronteiriça é essencialmente motivada em função dos fatores de disponibilidade e de acessibilidade. Por um lado, devido à falta de opções terapêuticas e à escassez de instalações médicas no país e, por outro, dado a maioria destes doentes dependerem da agricultura para sobreviver e possuírem recursos financeiros limitados, levando a que a tomada de decisão na procura de CST na Tailândia seja baseada nos custos dos cuidados de saúde e na localização das infraestruturas médicas. Neste sentido, os “doentes rurais” tendem a optar pela utilização de hospitais públicos tailandeses que se encontrem o mais perto possível da sua área de residência (Bochaton, 2015). Por sua vez, para os “doentes urbanos”, a mobilidade transfronteiriça é particularmente estimulada pelo fator de qualidade, em virtude dos critérios de inovação, eficiência, rapidez, conforto e qualidade dos serviços médicos que caracterizam os hospitais tailandeses (Bochaton, 2015).

Não obstante, na opinião de Bochaton (2015), as redes sociais, interpretadas como os diferentes grupos de pessoas que têm uma conexão direta ou indireta com os doentes, também desempenham um papel relevante aquando da decisão daqueles em obterem ou não

CST tailandeses (Bochaton, 2015). Na sequência de inquéritos e entrevistas realizados pelo autor, a informação recolhida mostra que a partilha de *feedback* “boca a boca” entre familiares, amigos, gente conhecida ou não foi a estratégia mais utilizada pelos doentes transfronteiriços aquando da decisão de atravessar a fronteira em busca de serviços médicos, sobretudo na cidade fronteiriça de Vientiane em que 54% dos doentes inquiridos afirmaram ter procurado CST na Tailândia em virtude de terem seguido o conselho de “alguém” (Bochaton, 2015).

O tipo de “*advisors*” dos doentes transfronteiriços varia consoante se fale de Laos ou da Tailândia. Quanto a Laos, grande parte dos doentes transfronteiriços obtém informações relativamente à sua pretensa mobilidade, em primeira instância, no meio familiar. Simultaneamente, constam também do topo da lista de “*advisors*” os comerciantes, a comunidade de expatriados e os médicos de família que aconselham os doentes a atravessar a fronteira quando o seu estado de saúde é crítico e não pode ser tratado convenientemente no seu próprio país. Já no que respeita à Tailândia são identificados como principais “*advisors*” os profissionais e os técnicos de saúde tailandeses, familiares, amigos e ainda desconhecidos, tais como, taxistas, motoristas de *tuk-tuk* e outros (Bochaton, 2015). De sublinhar que a procura de “*advisors*” na Tailândia surge da necessidade dos doentes transfronteiriços laocianos poderem comparar as informações previamente auscultadas no seu país com as dos habitantes locais tailandeses, no sentido de aferir a sua opinião sobre um vasto conjunto de parâmetros, nomeadamente, prestadores de saúde e respetivas infraestruturas médicas, com o intuito de tomarem a decisão mais acertada relativamente à sua mobilidade (Bochaton, 2015).

Podemos, assim, concluir que a procura de CST pelos doentes laocianos obedece a padrões de mobilidade que variam de acordo com o contexto espacial em que se inserem e que as “*networks*” constituem um papel fulcral na tomada de decisão ao “criarem vias para a disseminação de atitudes, comportamentos e emoções, assim como de fontes de informação, recursos financeiros, físicos, humanos e sociais” (Perkins et. al., 2014 *apud* Bochaton, 2015).

4. O caso Português

De acordo com o estatuído no artigo 35º da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, o acesso a serviços de cuidados de saúde constitui um direito fundamental dos EM da UE (H. Legido-Quigley et al., 2011: 48). Porém, a forma como cada EM garante o acesso a tratamentos médicos de boa qualidade e de forma sustentável a todos os seus cidadãos reflete as diferenças organizacionais e financeiras do tipo de sistema de saúde que decidem adotar.

Concretamente, no que se refere ao caso europeu podemos distinguir três categorias de modelos de saúde, nomeadamente: o modelo de Bismarck, o modelo de Beveridge e o modelo Misto (Barros & Gomes, 2002). O sistema de cuidados de saúde Bismarckiano, que teve origem na Alemanha em 1883, é inspirado nos valores de mercado tendo como principal fonte de financiamento os fundos de seguro social (Cabral, 2011: 6; Carrondo, 2014: 15). Trata-se de um sistema mutualista que determina que só podem beneficiar de um seguro de saúde os indivíduos que contribuem para a segurança social (Grasso, 2019). Contrariamente, o sistema de saúde inspirado no modelo de Beveridge, originário no Reino Unido em 1948 (Barros & Gomes, 2002; Cabral, 2011), tem por base o princípio da cobertura total e universal, sendo predominantemente financiado através de impostos e sujeito à forte intervenção do Estado (Barros & Gomes, 2002). Por sua vez, o modelo Misto é uma conjugação dos dois modelos anteriores, tendo como principais pilares estruturais um seguro obrigatório e a proteção social (Carrondo, 2014: 16). É o sistema de saúde adotado pela maioria dos países do sul da Europa, inclusive Portugal (Barros & Gomes, 2002), embora, inicialmente, o sistema de saúde português tenha sido inspirado no modelo beveridgiano (Cabral, 2011).

Importa referir, de forma sucinta, que o advento das primeiras bases para a criação de um sistema de previdência social em Portugal ocorreu em 1935 com a publicação da Lei nº 1884, de 16 de março (Segurança Social, 2019b). Contudo, após a Revolução de 25 de abril de 1974, e como consequência da democratização política e social do país, assistiu-se, em 1979, à criação e implementação do Serviço Nacional de Saúde (SNS) português através da Lei nº 56/79, de 15 de setembro (Barros, Simões, de Aveiro, Allin, & Mossialos, 2007), definindo--se como um sistema universal financiado predominantemente por impostos e baseado no princípio de que todos os cidadãos têm direito à saúde independentemente do seu estatuto socioeconómico (Cfr. artigo 4º da Lei nº 56/79, de 15 de setembro). Porém, após a sua adoção, a política de saúde portuguesa foi sofrendo algumas reformas estruturais

marcadas, entre outras, pela crise económica de 2011 que culminaram na mitigação de algumas especificidades do modelo beveridgiano e na aproximação ao modelo bismarckiano (Cabral, 2011: 4-8). Atualmente, o SNS integra o Sistema Nacional de Saúde português coexistindo com outros três sistemas de cobertura, designadamente: os subsistemas de saúde públicos, os subsistemas de saúde privados e os seguros de saúde privados e voluntários (da Costa, 2012). Os subsistemas públicos correspondem às “entidades de natureza pública, criadas por Lei, que participam financeiramente nos encargos resultantes da prestação de cuidados de saúde aos seus beneficiários e que podem assegurar essa mesma prestação a estes beneficiários” (ERS, 2015: 59). Tal é o caso da ADSE, I.P. (Instituto de Proteção e Assistência na Doença, I. P) que abrange o maior número de beneficiários em Portugal (ERS, 2015). Os subsistemas privados correspondem às “entidades de natureza privada que, por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos correspondentes encargos” (ERS, 2015: 58). Referimo-nos aqui, por exemplo, à Portugal Telecom, S.A., aos CTT (Correios de Portugal, S.A.) e aos SAMS (Serviços de Assistência Médico-Social) (Barros et al., 2007: 27). Por seu lado, os seguros de saúde voluntários (SSV) privados compreendem, segundo Mossialos, Thomson, & European Observatory on Health Systems and Policies (2004), os seguros de saúde que são aceites e pagos por indivíduos ou por entidades patronais em nome dos seus trabalhadores, podendo ser oferecidos por entidades públicas, semipúblicas e por organizações com ou sem fins lucrativos. Consistem em acordos celebrados entre as partes, com “cláusulas que definem as garantias contratadas, as exclusões, o tomador do seguro e os segurados, o prémio, as condições do reembolso, a franquia e os copagamentos, entre outros aspetos” (ERS, 2015: 80).

Deste modo, a coexistência de uma rede de prestadores de cuidados de saúde públicos e privados na estrutura do sistema de saúde português permite a todos os cidadãos o direito à saúde através da consagração dos princípios da liberdade de escolha, universalidade, generalidade e tendencial gratuitidade do acesso aos cuidados de saúde (Nunes, 2018), fazendo deste um sistema misto dado usufruir de financiamento público e privado (Carrondo, 2014). Para além disso, a aprovação da Diretiva sobre a mobilidade dos doentes veio intensificar esta classificação de “sistema misto” ao albergar, para além da dimensão nacional, uma dimensão europeia em virtude do fenómeno da globalização (Carrondo, 2014).

Assim, decorrente da breve apresentação, exposta no capítulo anterior, sobre a legislação europeia vigente em matéria de CST e no que respeita ao modelo de saúde adotado em Portugal, importa agora compreender quais os desafios e impacto que a transposição da Diretiva para jurisprudência nacional teve ao nível do SNS português e dos seus beneficiários.

4.1. Transposição da Diretiva para o regime jurídico português

Nos termos do artigo 21º do Capítulo V da Diretiva 2011/24/UE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, a transposição da Diretiva para a legislação nacional de cada EM da EU deveria concluir-se até 25 de outubro de 2013. Porém, em Portugal, este processo de transposição para a ordem jurídica portuguesa revelou-se tardio, tendo ocorrido muito para além do prazo previsto com a publicação da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto. Tal deve-se, em parte, à falta de consenso expressado pela maioria dos *stakeholders* envolvidos aquando da votação para a sua aprovação (Rowan, 2013 *apud* Helena, 2016; Council of the European Union, 2010 e Council of the European Union, 2011 *apud* Helena, 2016).

Esta divergência de opiniões, no tocante à aprovação da Diretiva, teve por base um conjunto de fatores que se prendem de forma particular, segundo um estudo realizado por Helena (2016), com os seguintes aspetos: 1) a probabilidade da Diretiva agravar os encargos financeiros do SNS português, visto já sofrer de problemas graves de sustentabilidade, nos quais se incluem os encargos inerentes ao reembolso das despesas incorridas noutra EM, à prestação de informações completas e atualizadas aos potenciais doentes transfronteiriços e à sua tradução num formato facilmente inteligível para uma das línguas oficiais da EU; 2) a necessidade de autorização prévia; 3) a possibilidade de algumas situações poderem colocar em risco a qualidade de monitorização e segurança dos CST, como é o caso da inexistência de *follow-up*, isto é, da continuidade dos cuidados de saúde que pode por em causa a adequada recuperação do doente ou, ainda, da incorreta transmissão de informações clínicas do doente entre os profissionais de saúde dos diferentes EM, aumentando consideravelmente a probabilidade de “erros médicos”; 4) a potencial priorização dos doentes estrangeiros; e 5) o reembolso de tratamentos médicos efetuados noutra EM quando, em território nacional, os TE se revelarem excessivos do ponto de vista clínico, e daí poder resultar uma perda de investimento nas infraestruturas médicas nacionais.

Ainda no mesmo estudo são igualmente mencionadas outras premissas, respetivamente: a incerteza sobre o impacto negativo da Diretiva na criação de desigualdades no acesso aos

CST (Comissão Europeia, 2011 e Departamento de Saúde, 2013 *apud* Helena, 2016), em especial, por parte dos doentes com perfil de baixo rendimento, dado terem de pagar antecipadamente os custos daí inerentes, incluindo até despesas de viagem e alojamento; a inclusão de prestadores de saúde privados sem qualquer contrato com o Ministério da Saúde, dificultando, assim, uma correta monitorização dos mesmos (Rowan, 2013 e ERS, 2012 *apud* Helena, 2016); a violação do artigo 168º do Tratado de Lisboa⁵ relativamente às competências dos EM (Englaender, 2006 *apud* Helena, 2016); e, por último, o potencial risco de “turismo médico” (Helena, 2016).

De referir ainda que, no âmbito desta matéria, a Entidade Reguladora de Saúde (ERS) também publicou, em setembro de 2012, um relatório sobre a “Análise do Impacto da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de CST sobre o Sistema de Saúde português”, onde identifica os potenciais impactos da implementação da Diretiva, nomeadamente, ao nível do acesso dos doentes e da sua liberdade de escolha, da qualidade da prestação de cuidados de saúde, da concorrência entre prestadores de cuidados de saúde

⁵ Sobre esta matéria, cumpre realçar o disposto no artigo 168º do Tratado de Lisboa que a seguir se transcreve: “1. Na definição e execução de todas as políticas e ações da União será assegurado um elevado nível de proteção da saúde.

A ação da União, que será complementar das políticas nacionais, incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afeições humanas e na redução das causas de perigo para a saúde física e mental. Esta ação abrangerá a luta contra os grandes flagelos, fomentando a investigação sobre as respetivas causas, formas de transmissão e prevenção, bem como a informação e a educação sanitária e a vigilância das ameaças graves para a saúde com dimensão transfronteiriça, o alerta em caso de tais ameaças e o combate contra as mesmas.

A ação da União será complementar da ação empreendida pelos Estados-Membros na redução dos efeitos nocivos da droga sobre a saúde, nomeadamente através da informação e da prevenção.

2. A União incentivará a cooperação entre os Estados-Membros nos domínios a que se refere o presente artigo, apoiando, se necessário, a sua ação. Em especial, incentiva a cooperação entre os Estados-Membros a fim de aumentar a complementaridade dos seus serviços de saúde nas regiões fronteiriças [...]

4. Em derrogação do n.º 5 do artigo 2.º e da alínea a) do artigo 6.º, e nos termos da alínea k) do n.º 2 do artigo 4.º, o Parlamento Europeu e o Conselho, deliberando de acordo com o processo legislativo ordinário e após consulta ao Comité Económico e Social e ao Comité das Regiões, contribuirão para a realização dos objetivos a que se refere o presente artigo, adotando, a fim de enfrentar os desafios comuns em matéria de segurança:

- a) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e segurança dos órgãos e substâncias de origem humana, do sangue e dos derivados do sangue; essas medidas não podem obstar a que os Estados-Membros mantenham ou introduzam medidas de proteção mais estritas;
- b) Medidas nos domínios veterinário e fitossanitário que tenham diretamente por objetivo a proteção da saúde pública;
- c) Medidas que estabeleçam normas elevadas de qualidade e de segurança dos medicamentos e dos dispositivos para uso médico [...]

7. A ação da União respeita as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à definição das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos. As responsabilidades dos Estados-Membros incluem a gestão dos serviços de saúde e de cuidados médicos, bem como a repartição dos recursos que lhes são afetados. As medidas a que se refere a alínea a) do n.º 4 não afetam as disposições nacionais sobre doação de órgãos e de sangue, nem a sua utilização para fins médicos.”

em termos económico-financeiros (ERS, 2012) que convergem com as ilações apresentadas no estudo realizado por Helena (2016).

Assim, em virtude da relutância relativamente à aplicação da Diretiva na legislação nacional portuguesa, só em 2014, com a publicação da Lei nº 52/2014, de 25 de agosto, é que foram finalmente estabelecidas no país as normas de acesso a CST à luz da Diretiva. No quadro institucional do sistema de saúde português, a Diretiva determina que cada EM proceda à designação do Ponto de Contacto Nacional (PCN), à definição do sistema de cálculo dos custos para efeitos de reembolso, à publicação da lista dos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia, à indicação da autoridade nacional responsável pela cooperação em matéria de saúde em linha, à indicação da autoridade nacional responsável pela avaliação das tecnologias da saúde e à identificação dos centros de referência nacionais para diagnóstico e tratamento de doenças raras.

Neste âmbito e para efeitos da presente lei, foi designada através do Despacho nº 11713/2014 do DR, 2ª série, nº 181, de 19 de setembro de 2014, a ACSS, I.P. como PCN para os cuidados de saúde transfronteiriços. A esta compete divulgar e tornar fácil o acesso a informações credíveis sobre as normas e diretrizes clínicas, previstas na legislação em vigor, relativas à qualidade e à segurança dos procedimentos a serem realizados fora e dentro do território nacional. Incumbe-lhe ainda, se requerido pelo doente, prestar esclarecimentos sobre: os seus direitos em matéria de CST; as entidades prestadoras de serviços, incluindo informação sobre o direito específico destas exercerem legalmente certa atividade e sobre possíveis restrições à sua prática; os mecanismos de supervisão e avaliação das mesmas; os mecanismos de impugnação; o acesso a unidades de saúde para pessoas com necessidades especiais; dados sobre os PCN de outros EM; e os elementos que devem constar nas receitas médicas prescritas em EM diferente daquele em que são dispensadas (Cfr. Despacho nº 11713/2014 do DR, 2ª série, nº 181, de 19 de setembro de 2014). De forma a cumprir a sua incumbência, a ACSS divulga, por meios eletrónicos, informações aos beneficiários da Diretiva através de um *website* específico⁶ onde constam dados sobre as condições para o reembolso dos custos e para o pedido de autorização prévia, bem como dos prestadores de cuidados de saúde e dos Pontos de Contacto, incluindo respostas a perguntas frequentes (FAQ's).

⁶ <http://diretiva.min-saude.pt/home-page-2/>

De acordo com o estabelecido na Lei nº 52/2014, de 25 de agosto, o reembolso dos custos dos CST é realizado com base na Tabela de Preços do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde (SRS) e o preço dos medicamentos com base no regime geral de participações do Estado ou dos SRS (Cfr. artigo 8º da Lei nº 52/2014, de 25 de agosto). Para efeitos do disposto no nº 3 do artigo 11º da mesma lei, encontra-se definida, em anexo, na Portaria nº 191/2014, de 25 de setembro, do Ministério da Saúde, a lista de cuidados médicos sujeitos a autorização prévia, onde constam, entre muitos outros, o internamento hospitalar por cirurgia, o tratamento oncológico, a radiocirurgia e a diálise renal (ERS, 2017: 19-20).

No que concerne às TIC, foram designados como autoridade nacional responsável pela cooperação em matéria de saúde em linha e como autoridade nacional responsável pela avaliação das tecnologias da saúde, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E. e a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED), respetivamente, através do Despacho nº 11779/2014 do DR, 2ª série, nº 182, de 22 de setembro de 2014 e através do Despacho nº 11712/2014 do DR, 2ª série, nº 181, de 19 de setembro de 2014.

Do mesmo modo, com o objetivo de facilitar o processo de reconhecimento de receitas médicas prescritas em Portugal, foi aprovado pelo Despacho nº 11042-F/2014, de 29 agosto de 2014, um modelo de receita médica onde constam todos os elementos necessários para que a mesma seja passível de ser dispensada e aceite noutra EM. Por outro lado, na Portaria nº 194/2014, de 30 de setembro, do Ministério da Saúde, encontra-se estabelecido o conceito, o processo de identificação, aprovação e reconhecimento dos Centros de Referência Nacionais, em especial para a prestação de cuidados de saúde de diagnóstico e de tratamento de doenças raras.

Assim, face ao cumprimento dos requisitos exigidos para a transposição da Diretiva em Portugal, resta agora conhecer os verdadeiros constrangimentos resultantes da sua implementação bem como a frequência de utilização dos CST dentro e fora de Portugal, ao abrigo daquele diploma legal.

Em termos de evidências, quer do verdadeiro impacto da Diretiva em Portugal quer do nível de utilização de CST dentro e fora de Portugal, foi possível recolher e analisar dados fornecidos pelo relatório da ERS, publicado em junho de 2017, sobre a “Análise do Impacto da Diretiva dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços”. De referir que os resultados presentes naquele relatório tiveram por base a recolha e consequente análise de informação provida

de vários *stakeholders*, mais concretamente do PCN de Portugal e dos PCN de outros EM, via ofício e inquéritos por questionário, respetivamente, empreendidos e remetidos pela ERS.

Dos dados obtidos, no âmbito das dificuldades sentidas com a transposição da Diretiva, tanto a ACSS como a maioria dos PCN de outros EM mencionam o baixo ou inexistente conhecimento por parte dos cidadãos sobre os seus direitos em matéria de CST, bem como a dificuldade destes em compreenderem o funcionamento e a aplicabilidade da Diretiva e dos Regulamentos, apesar de todos os PCN disponibilizarem informações dedicadas à Diretiva através de um *website* específico (ERS, 2017: 31).

Ao abrigo da Diretiva, no que se refere ao grau de utilização de CST em Portugal e no exterior, o relatório em questão disponibiliza dados sobre o número e o conteúdo de pedidos de informação, de autorização prévia e de reembolso relativos ao período que medeia 2014 e 2016. Da análise desses conteúdos, constata-se o seguinte (ERS, 2017: 48-54):

- a) Pela ACSS apenas foram rececionados dez pedidos de informação, três deles sobre o processo de autorização prévia para a obtenção de cuidados, dois sobre os procedimentos necessários à obtenção de cuidados de saúde pela Diretiva e os restantes sobre os PCN de outros EM, uma solicitação para obtenção de segunda opinião noutro EM, a comparticipação de medicamento sobre prescrição dispensada em Portugal e emitida noutro EM e a confirmação de diagnóstico.
- b) No que diz respeito ao fluxo de entradas de doentes em Portugal ao abrigo da Diretiva, foram registados 153 pedidos de reembolso na Suécia, 68 na Dinamarca, 30 na Bélgica, 14 na Noruega e sete no Reino Unido.
- c) Relativamente ao fluxo de saídas de doentes portugueses, somente dois dos quatro pedidos de autorização prévia efetuados foram deferidos, resultando na obtenção de cuidados de saúde nas especialidades de cirurgia plástica e genética médica em Itália e no Reino Unido, respetivamente. O indeferimento dos outros dois pedidos de autorização prévia decorreu da não apresentação, por parte do doente, do relatório de avaliação clínica hospitalar. Para além daqueles, ainda foram indeferidos cinco pedidos de reembolso relativamente a tratamentos prestados na Espanha e na França, nas áreas de oncologia e de neurologia, tendo o seu indeferimento sido baseado na não apresentação do pedido de autorização prévia que os mesmos requeriam.

Ora, daqui se pode concluir que a implementação da Diretiva na legislação portuguesa teve um impacto muito reduzido no aumento da mobilidade transfronteiriça de doentes dada a procura muito limitada de CST no país. Por um lado, tal deve-se, em parte, ao desconhecimento apontado pelos cidadãos no que toca aos procedimentos administrativos associados à Diretiva. Isto leva a crer que os PCN não cumpriram eficazmente o seu papel de transmissores de informação relevante e acessível em matéria de CST, em especial informação sobre as condições de reembolso dos custos de CST e sobre os procedimentos sujeitos a autorização prévia, resultando daí o elevado nível de indeferimento desses pedidos. Por outro lado, a baixa procura de CST por parte dos cidadãos portugueses também parece estar associada a constrangimentos financeiros, nomeadamente, o pagamento antecipado dos cuidados de saúde e o não reembolso das despesas relativas a deslocação e estadia no estrangeiro, salvo quando estipulado por lei no país de origem (ERS, 2017).

A este propósito, e a título de conclusão, atendamos à análise SWOT realizada pela ERS que esquematiza e identifica, de forma sucinta, do ponto de vista dos PC dos EM da EU, as principais forças, fraquezas, oportunidades e ameaças associadas à Diretiva, a fim de incitar a adoção de medidas estratégicas que melhorem os padrões da sua atuação. Assim, decorrente da análise em causa pode concluir-se o seguinte (ERS, 2017: 37):

- a) Como principais forças da Diretiva foram reiteradamente apontadas a “oportunidade de aceder a instituições privadas e obter o reembolso”, a “liberdade de escolha”, o “aumento da oferta”, “os PC para obtenção de informação e apoio” e a “oportunidade de obter cuidados noutra EM sem autorização prévia”;
- b) Como principais fraquezas foram mencionadas as “restrições orçamentais para adiantar o valor dos cuidados”, a “falta de informação noutra língua que não a do respetivo país”, a “incerteza quanto ao montante que será reembolsado”, os “problemas administrativos (dificuldades em traduzir/descodificar os documentos recebidos de outro EM, e de obter relatórios médicos)” e a “complexidade e incerteza quanto à aplicação da Diretiva”;
- c) Como principais oportunidades foram referidas, entre outras, o “suporte à integração tecnológica em saúde (*eHealth*)”, a “cooperação e partilha de informação entre EM”, o “impulso à qualidade dos cuidados de saúde prestados”, a “otimização da oferta disponível”, a “melhor distribuição de investimentos em infraestruturas onerosas” e o “aumento do acesso, e acesso em tempo útil”; e, finalmente,

- d) Como principais ameaças o “aumento das listas de espera”, o aumento dos “encargos financeiros e impacto na utilização de cuidados em prestadores nacionais”, a “dificuldade de limitar o valor do reembolso pelos cuidados de saúde no estrangeiro ao tratamento equivalente que teria sido prestado no EM de origem”, a “dificuldade de encontrar tratamento subsequente adequado”, etc.

5. Análise Crítica

Chegada esta fase, torna-se imprescindível perceber se a Diretiva 2011/24/UE foi ou não bem-sucedida no cumprimento do objetivo a que se propôs, no sentido de clarificar os direitos e as responsabilidades dos cidadãos europeus e seus EM, bem como a forma como estes direitos devem ser exercidos em matéria de CST.

Na literatura sobre CST, alguns autores (Azzopardi-Muscat, Aluttis, Sorensen, Pace, & Brand, 2015) têm uma opinião positiva acerca da Diretiva, defendendo que esta constitui um ensejo para a criação de um quadro normativo legal no domínio dos CST, enquanto outros (Glonti et al., 2015; van der Molen & Commers, 2013; Verra, Kroeze, & Ruggeri, 2016) colocam em causa o efeito da sua transposição para a lei nacional dos países da UE ao identificarem, através de métodos qualitativos e de inquéritos transversais, a permanência de entraves à mobilidade transfronteiriça de doentes mesmo após a sua implementação.

De acordo com o estudo realizado por van der Molen & Commers (2013) em 3 regiões transfronteiriças europeias relacionadas entre si por fortes iniciativas de cooperação, conclui-se que a implementação da Diretiva da UE não foi bem-sucedida na resolução das incertezas legais que se afiguravam prementes, na medida em que eram vistas como os principais obstáculos à mobilidade de doentes naquelas regiões antes da sua transposição para a legislação nacional. Os autores referem-se, concretamente, a questões relacionadas com a proteção de dados e com as normas de responsabilidade geral existentes no que toca aos CST, bem como à segurança do doente e do profissional de saúde na efetiva prestação desses cuidados (van der Molen & Commers, 2013).

Quanto ao tópico da responsabilidade associada à prestação de CST, os autores em causa apontam como principais críticas: 1) o facto de não se encontrar estipulado na Diretiva 2011/24/UE uma disposição geral que regule a relação transfronteiriça entre o doente e o profissional de saúde na eventualidade de ocorrerem “erros médicos”, ou seja, “todo e qualquer tipo de desconformidade na prática e execução de um ato médico, seja por ação ou omissão, caracterizado pela violação do conjunto de normas pelas quais o profissional de saúde se deverá orientar no desenvolvimento da sua atividade” (António, 2016); 2) o facto de não se encontrarem especificados os tipos de mecanismos que os EM devem adotar para garantir que o doente é compensado nessas situações; e 3) nessa eventualidade, a forma como essa informação deve ser disponibilizada ao doente (van der Molen & Commers, 2013).

Quanto à “proteção de dados”, van der Molen & Commers (2013) salientam a “ligeireza” que é dada a este tópico por não existir um artigo específico na Diretiva dedicado a este tema, sendo apenas feitas abordagens meramente pontuais (EDPS *apud* van der Molen & Commers, 2013). No entender destes autores, esta lacuna é explicada pelo facto da Diretiva 2011/24/UE ser aplicável em articulação com outros atos da UE, neste caso em concreto, com a Diretiva 95/46/CE e a Diretiva 2002/58/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 12 de julho de 2002, relativa ao tratamento de dados pessoais e à proteção da privacidade no setor das comunicações eletrónicas. Por esse motivo, torna-se difícil a colmatação das dificuldades sentidas com as transposições dessas Diretivas, particularmente a falta de transparência na informação clínica que é partilhada entre os profissionais de saúde dos EM, dificultando a sua correta interpretação e avaliação (van der Molen, 2011 *apud* van der Molen & Commers, 2013).

Do mesmo modo, outros autores, Verra et al. (2016), também identificam os principais problemas que, após a implementação da Diretiva na lei holandesa, ainda persistem no país e que põem em causa a deslocação dos doentes transfronteiriços de forma segura e eficaz (SANCO, 2015 *apud* Verra et al., 2016). Segundo os mesmos autores, estes problemas podem ser justificados pelas seguintes quatro variáveis: o acesso a informação, a qualidade dos cuidados, os cuidados de follow-up e o reembolso dos cuidados.

Relativamente ao primeiro aspeto, os autores apontam, no âmbito dos CST, a insuficiente transmissão de informação relevante aos doentes pelos *websites* dos PCN (Lunt et al., 2014 *apud* Verra et al., 2016) e para a descontínua e tardia transferência de dados acerca da saúde do doente entre os profissionais de saúde dos EM (Busse et al., 2006 *apud* Verra et al., 2016), isto é, de registos ou documentação médica como, por exemplo, de diagnósticos, resultados de exames e pareceres médicos, que podem resultar em tomadas de decisão não informadas, aumentar a probabilidade de ocorrência de “erros médicos” e, conseqüentemente, comprometer a saúde e o bem-estar dos doentes (Crooks et al., 2012 *apud* Verra et al., 2016).

No que respeita ao segundo aspeto (Verra et al., 2016) colocam em causa a fiabilidade da informação que é transmitida pelos PCN. À qualidade dos CST associam, por um lado, a fraca monitorização da informação que é partilhada pelos PCN (Lunt et al., 2014 *apud* Verra et al., 2016), que pode conduzir a uma divulgação de informação deficiente e imperfeita aos potenciais doentes transfronteiriços, colocando em causa a segurança dos tratamentos prestados e, por outro lado, a inexistência de relatórios de qualidade (Legido-Quigley et al., 2008 *apud* Verra et al., 2016), que se traduz na dificuldade da avaliação do desempenho

organizacional da entidade prestadora dos cuidados e, conseqüentemente, no desencadeamento de medidas com vista à melhoria das normas de qualidade e segurança ao nível do staff, da prestação de cuidados, dos equipamentos e de infraestruturas médicas, etc.

No que toca ao terceiro aspeto, é salientada a insuficiente e fragmentada prestação de cuidados de follow-up aos doentes transfronteiriços, como é o caso dos tratamentos pós--cirúrgicos, quando tal se justifique (Chen e Wilson, 2013 *apud* Verra et al., 2016), em virtude do desconhecimento médico sobre as normas e as diretrizes no âmbito dos CST; da escassez de mecanismos que garantam a prestação de cuidados de follow-up (Glonti et al., 2014 *apud* Verra et al., 2016); ou ainda do elevado indeferimento, por parte dos médicos, de pedidos de acompanhamento clínico do doente posteriores à obtenção de CST (Panteli et al., 2015 *apud* Verra et al., 2016), que podem comprometer o êxito dos tratamentos de saúde inicialmente prestados noutra EM.

Por fim, relativamente ao quarto e último aspeto, são identificados alguns dos vários problemas associados ao processo de reembolso. Segundo Verra et al. (2016), uma grande parte dos doentes viajam para o estrangeiro na procura de CST sem autorização prévia, na maioria dos casos, devido à falta de celeridade na resposta a esse pedido ou na classificação do tipo de tratamento requerido. Também sublinham o facto de alguns procedimentos cirúrgicos apenas serem reembolsados se se encontrarem abrangidos pelo sistema de saúde a que os doentes se encontram afiliados.

Na mesma linha de pensamento, Glonti et al. (2015) criticam, respetivamente: 1) a inexistência de informação vocacionada especificamente para os profissionais de saúde em matéria de CST pela Comissão Europeia e em que medida os Governos devem assumir essa responsabilidade; 2) a fraca disseminação de informação entre os PCN dos EM da EU; 3) a incompatibilidade e a não interoperabilidade dos sistemas de Tecnologias de Informação (TI) dos EM, que pode resultar num intercâmbio de informação clínica moroso, tardio e incongruente do país de origem para o país de tratamento e vice-versa, destacando-se aqui, por exemplo, os erros de interpretação de exames médicos em virtude da sua incorreta tradução (Kripalani et al., 2007; Rawal et al., 1997; Smith et al., 1997 *apud* Glonti et al., 2015); e 4) a escassa comunicação entre os profissionais de saúde dos EM que pode levar à duplicação de tratamentos, isto é, à repetição de exames ou consultas já realizadas no estrangeiro.

Assim, e no seguimento das opiniões defendidas pelos autores atrás mencionados, denota--se que ainda persistem dúvidas relativamente a determinadas questões abordadas na Diretiva. Estas dúvidas, na maioria das vezes, tendem a desencadear incerteza e confusão, dificultando o efetivo cumprimento dos objetivos fixados na Diretiva por parte dos EM da EU, o que leva a que alguns deles se mostrem relutantes na aplicação de regras e procedimentos que não lhes são claramente compreensíveis.

Existe, contudo, outro aspeto que considero importante mencionar e que está relacionado com o princípio fundamental da equidade no acesso a CST que rege os sistemas de saúde da EU. Apesar da Diretiva reconhecer os valores comuns fundamentais da solidariedade, universalidade e equidade no acesso a CST, segundo Borges (2014) a liberdade de escolha e a capacidade de pagamento parece afetar negativamente esta vertente.

Como forma de a ilustrar, consideremos o exemplo *infra* dado pelo autor em questão que demonstra de forma clara esta ideia de desigualdade no acesso aos CST:

(...) paciente A e paciente B são filiados ao mesmo sistema nacional de saúde. Ambos possuem a mesma condição de saúde, a mesma necessidade de cuidados e mesma indicação de tratamento, para o qual há uma lista de espera no sistema. O paciente A possui recursos para viajar e realizar o tratamento no exterior em prestador de sua escolha, como garantido pela Diretiva 2011/24/UE, onde não enfrentará filas, solicitando posteriormente o reembolso ao sistema público de saúde. De outro lado, o paciente B, que não possui recursos para custear viagem e tratamento no exterior e aguardará a fila de espera do sistema a fim de obter o mesmo tratamento nacionalmente (Borges, 2014: 13-14).

Daqui se conclui que a Diretiva, ainda que involuntariamente, parece favorecer maioritariamente uma classe de indivíduos de estatuto socioeconómico mais elevado. Isto decorre da necessidade do doente ter de pagar antecipadamente os custos dos serviços médicos, bem como outro tipo de despesas, tais como de viagem e de alojamento, o que coloca os mais desfavorecidos numa posição de desvantagem relativamente aos de classe mais alta.

Tendo em conta tudo o que atrás foi exposto, sou de opinião que muitos dos efeitos negativos que alguns EM experienciaram com a implementação da Diretiva estão diretamente relacionados com o método e a forma como estes adotaram as disposições legislativas e administrativas necessárias ao seu cumprimento. Ou seja, não é o quadro legislativo específico relativo a CST previsto na Diretiva, mas antes o modo como cada EM o decide adotar tendo em conta a sua realidade e respetivas especificidades, que variam de forma significativa em cada EM, potenciando o surgimento de entraves à cooperação no domínio dos cuidados de saúde.

Assim, de forma a garantir o sucesso da aplicação da Diretiva e a sua correta implementação, é premente que os todos os EM da UE se comprometam afincadamente e direcionem os seus esforços no sentido de assegurarem sistemática e continuamente o acesso universal de CST seguros, eficientes e de elevada qualidade a todos os cidadãos europeus.

Porém, tal como se encontra estabelecido na secção 64 do Preâmbulo da Diretiva, o cumprimento dos requisitos fixados não pode ser exclusivamente alcançado pelos EM, dada a sua dimensão e abrangência de muitos aspetos transnacionais. Por este motivo, a Diretiva é aplicada em conformidade com o princípio da subsidiariedade definido no artigo 5º do Tratado da EU, que prevê a intervenção da União “apenas se e na medida em que os objetivos da ação considerada não possam ser suficientemente alcançados pelos Estados-Membros, tanto ao nível central como ao nível regional e local” (Cfr. nº 3 do artigo 5º do Tratado da União Europeia).

Isto significa que os EM continuam a ser, em primeira instância, os responsáveis pela organização e prestação dos serviços de saúde e dos cuidados médicos, quer nacionais quer transfronteiriços. Portanto, é da sua incumbência garantir, essencialmente:

- 1) o acesso transparente e acessível a todo o tipo de informação que permita aos doentes, entidades prestadoras e outras partes envolvidas tomarem decisões conscientes e informadas no domínio dos CST (Vallejo et al., 2009 *apud* Verra et al., 2016);
- 2) o desenvolvimento e adoção de mecanismos que assegurem a efetiva qualidade e segurança dos CST prestados, nomeadamente o registo e licenciamento de produtos farmacêuticos; a avaliação de tecnologias de saúde; a contínua formação de profissionais de saúde; a criação e implementação de sistemas de monitorização e supervisão; e a utilização de ferramentas de apoio à gestão da qualidade, melhoria e otimização de processos organizacionais, tais como o Modelo de Excelência da EFQM (*European Foundation for Quality Management*) e as normas ISO-9000 (Bertinato et al., 2005);
- 3) a criação de mecanismos que assegurem a continuidade dos cuidados de saúde prestados noutro EM, por exemplo, através da adoção do *e-Health* com vista ao intercâmbio e uniformização de informação científica fidedigna e à interoperabilidade e compatibilidade dos sistemas de TIC dos vários países da EU (Verra et al., 2016);

- 4) a existência de mecanismos de reparação e compensação em caso de danos decorrentes da prestação de CST (van der Molen & Commers, 2013), tendo por missão definir as características e as formas de funcionamento dos mesmos;
- 5) a disponibilização de ferramentas que permitam a qualquer cidadão europeu a possibilidade de exercer o seu direito de expor sugestões ou fazer reclamações em matéria de CST perante uma autoridade, por exemplo, através dos *websites* oficiais dos PCN, com o objetivo de identificar tanto as causas que motivaram a insatisfação como as propostas de melhoria e, conseqüentemente, poderem ser implementadas medidas corretivas e preventivas.

CONCLUSÃO

Como já tive oportunidade de referir, a realização do meu estágio curricular na URGA constituiu uma experiência amplamente enriquecedora e estimulante, tanto ao nível pessoal como profissional, ao permitir, por um lado, o complemento e a consolidação de alguns conhecimentos e competências obtidos ao longo do meu percurso académico, e, por outro lado, a aquisição de novos conhecimentos e aptidões, o contacto com novas realidades e experiências, bem como a capacidade de trabalhar em equipa e aprender a estabelecer e a gerir prioridades ao nível organizacional.

Este primeiro contacto com o mundo laboral no setor da Administração Pública permitiu--me perceber a real importância do trabalho que é desenvolvido pela URGA, uma unidade relativamente recente com um papel preponderante no domínio da saúde, que visa assegurar incessantemente a defesa dos interesses e das necessidades dos utentes para além de ser responsável pela validação e apuramento do valor monetário relativo a toda a atividade cirúrgica a faturar pelo HD ao HO.

No que respeita à abordagem teórica do tema central deste relatório, “cuidados de saúde transfronteiriços”, foi possível identificar com base em pesquisas de revisão bibliográfica sobre CST o tipo de doentes, os atores e os diferentes fatores que contribuem para a mobilidade transfronteiriça de doentes não só na Europa, mas também fora deste contexto. Além disso, foi possível conhecer e distinguir os mecanismos legislativos europeus vigentes no âmbito desta matéria e recorrer a alguns exemplos práticos disponíveis na literatura para melhor ilustrar a dimensão deste fenómeno nos continentes europeu, asiático, americano e africano. Todavia, é de salientar o acesso limitado a material académico recente em torno desta temática disponível em linguagem universal, o que obstou à inclusão de exemplos práticos que ilustrassem a procura pela obtenção de serviços médicos por parte de cidadãos europeus ao abrigo da Diretiva 2011/24/UE.

Da pesquisa bibliográfica realizada, foi possível constatar que é difícil tirar ilações gerais sobre o fenómeno de mobilidade transfronteiriça de doentes, uma vez que, apesar de transversal a todos os continentes, o(s) motivo(s) que conduz(em) à sua adesão difere(m) consoante a tipologia de doentes identificada por Bertinato et al. (2005).

Na Europa, a procura de CST é vista maioritariamente como um complemento e não como uma alternativa, visto que a generalidade dos doentes prefere ser tratado o mais possível

perto da sua área de residência, no seio da família e amigos, num sistema de saúde familiar com profissionais que partilham o mesmo idioma e com quem já têm um certo à vontade e confiança. Para os turistas e pessoas que se deslocam a trabalho ou que se encontram de férias, a obtenção de serviços médicos não constitui uma opção, mas surge em virtude de circunstâncias específicas. Nestes casos, e com base nos Regulamentos Comunitários (CE) nº 883/2004 e nº 987/2009, os doentes europeus podem utilizar, na União Europeia, os formulários E111 e E121 ou o CESD como forma de garantir os seus direitos na obtenção de serviços médicos fora do território nacional. Para os residentes de longa duração, a procura de CST surge da vontade de melhorar as condições de vida e de saúde, particularmente, em países mediterrânicos que, no entender destes, possuem infraestruturas médicas altamente especializadas e de elevada qualidade. Relativamente aos habitantes das regiões fronteiriças o fator de proximidade tende a ter um peso significativo na decisão de obter CST, visto que quanto maior for a distância a percorrer no país de residência maior é a propensão de adquirir serviços médicos no país vizinho, dado poderem ser obtidos de forma mais célere e, eventualmente, a um preço mais vantajoso. Para os “*outsourced patients*”, o motivo da adesão à mobilidade transfronteiriça é atribuído, fundamentalmente, ao fator de disponibilidade, uma vez que os cuidados de saúde de que necessitam, geralmente tratamentos de especialidade complexos, não existem ou não podem ser fornecidos de forma ou em tempo clinicamente aceitável no país de origem, pelo que o próprio Governo ou o respetivo sistema de saúde opta por enviar o doente para o estrangeiro. Em determinadas circunstâncias, o doente é obrigado a suportar algumas despesas adicionais associadas à obtenção de CST no exterior. Contudo, para os indivíduos que viajam por iniciativa própria na procura de CST, é exigido o pré-pagamento do valor dos custos dos tratamentos que são obtidos fora do território nacional. Este grupo de doentes é essencialmente influenciado pela facilidade de acesso, conveniência e perceção da qualidade dos serviços médicos no exterior em relação ao seu país de origem, ainda que os custos dos tratamentos sejam superiores. Já para os refugiados ou vítimas de tráfico a mobilidade transfronteiriça não é um ato voluntário, dado que esta ocorre em virtude das circunstâncias de vida a que se encontram expostos.

Por sua vez, fora da Europa, embora não seja a regra, a procura de CST encontra-se aliada ao desejo do doente poder usufruir das diversas atrações turísticas do país onde se pretende instalar temporariamente, o que leva a que, muitas vezes, este fenómeno seja denominado de “turismo de saúde”. Não obstante, as razões que incitam os doentes à obtenção de CST

na Europa tendem a ser idênticas àquelas que motivam o “turismo médico” fora do continente europeu, pelo que se assiste a uma similitude de experiências e resultados em ambos os fenómenos.

Paralelamente, e falando concretamente do caso português, também foi possível, com base na análise do relatório publicado pela ERS sobre o impacto da Diretiva na lei portuguesa que culminou na implementação da Lei n.º 52/2014 de 25 de abril em Portugal, perceber o conhecimento e a disponibilidade da população portuguesa para a utilização de CST. Apesar daquele diploma constituir uma forma de habilitar os doentes ao acesso a serviços médicos fora do país, mas dentro do território europeu, mediante uma autorização prévia, existe uma diminuta procura por CST dentro e fora de Portugal que parece estar relacionada com os seguintes aspetos: 1) desconhecimento sobre os direitos em matéria de CST e sobre as práticas de saúde além-fronteiras; 2) não cobertura de despesas associadas à deslocação e estadia no estrangeiro; 3) necessidade de pré-pagamento; 4) morosidade na resposta ao pedido de autorização prévia, bem como no processo de reembolso; 5) o facto do valor dos cuidados a reembolsar estar limitado ao valor que o doente pagaria se os cuidados tivessem sido prestados no país de origem; e 6) satisfação com a prestação de cuidados de saúde assegurados em território nacional.

Por fim, através da análise de artigos científicos sobre o papel da Diretiva na criação de um quadro normativo legal no âmbito dos CST foi possível perceber que, mesmo depois da sua implementação/transposição, ainda persistem entraves à mobilidade transfronteiriça de doentes, especialmente relacionados com: 1) o intercâmbio de informação clínica; 2) a proteção de dados pessoais/clínicos dos doentes; 3) a qualidade dos cuidados de saúde associada à prestação de *follow-up*; 4) a atribuição de responsabilidades aquando da ocorrência de “erros médicos”; 5) a interoperabilidade dos sistemas de *software* e 6) o favorecimento da classe mais alta no acesso a CST em detrimento da classe mais baixa.

Assim, tendo em conta as limitações da Diretiva 2011/24/UE no quadro legislativo europeu, pode concluir-se o quão crucial é o envolvimento de todos os EM na cooperação e assistência mútua no âmbito de CST, na partilha de estudos e pesquisas em matéria de saúde, bem como na gestão, avaliação e monitoramento regular da mobilidade transfronteiriça de doentes, a fim de serem identificadas potenciais ameaças/oportunidades e ultrapassados eventuais entraves que dificultem ou impossibilitem a prestação de serviços médicos eficazes, seguros e de excelente qualidade aos cidadãos no respetivo território.

Em suma, é premente o estabelecimento de mecanismos/políticas que garantam a transparência na disseminação e intercâmbio de informações em matéria de CST, nomeadamente informações sobre os direitos dos doentes nesta matéria, o(s) PCN(s) de cada EM, os prestadores de saúde de determinado EM, os custos dos tratamentos, etc., e que simultaneamente garantam padrões adequados de elevada qualidade, eficiência, sustentabilidade e segurança relativamente aos serviços de saúde que são oferecidos.

Referências Bibliográficas

- ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Circular Normativa nº 10/2013/DPS de 12 de março. Norma para Recolha, Preenchimento e Envio do Conjunto Mínimo Básico de Dados em GDH*. Obtido de <http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/Circular%20Normativa%20N10%202013.pdf>, acessado em março de 2019.
- António, I. (2016). Os cuidados de saúde transfronteiriços: Problemática em torno do “erro médico”. *EU Law Journal*, 2(2), 12.
- ARSC - Administração Regional de Saúde do Centro, IP. (2018). *Relatório de Atividades 2017*. Obtido de http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/RA%202017_Homologado%20SGMS.pdf
- Azevedo, C. S. da S. F. (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*. ISCTE - Business School. Instituto Universitário de Lisboa, Lisboa.
- Azzopardi-Muscat, N., Aluttis, C., Sorensen, K., Pace, R., & Brand, H. (2015). The impact of the EU Directive on patients’ rights and cross border health care in Malta. *Health Policy*, 119(10), 1285–1292. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.015>
- 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. *GANEC, Faculdade de Economia da Universidade Nova de Lisboa*, 162.
- Barros, P. P., Simões, J. de A., de Aveiro, Allin, S., & Mossialos, E. (2007). Health Systems in Transition. *Health Systems in Transition*, 9(5), 1–140.
- Bergmark, R., Barr, D., & Garcia, R. (2010). Mexican Immigrants in the US Living Far from the Border may Return to Mexico for Health Services. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 12(4), 610–614. <https://doi.org/10.1007/s10903-008-9213-8>

- Bertinato, L., Busse, R., Fahy, N., Legido-Quigley, H., McKee, M., Palm, W., ... Ronfini, F. (2005). *Cross-Border Health Care in Europe*. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Bochaton, A. (2015). Cross-border mobility and social networks: Laotians seeking medical treatment along the Thai border. *Social Science & Medicine*, 124, 364–373. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.022>
- Borges, D. da C. L. (2014). Princípios comuns aos sistemas de saúde da UE e justiça distributiva: Efeitos da aplicação das regras do mercado interno europeu aos serviços de saúde. *Community Health*, 8(58), 1–18.
- Cabral, A. P. (2011, Novembro). O Sistema de Saúde Português. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, (5).
- Carrondo, C. (2014, Junho). Do Modelo de Bismark ao Beveridge: O Modelo de Saúde Português. *Revista Portuguesa de Gestão e Saúde*, (3), 1–36.
- Chuang, T. C., Liu, J. S., Lu, L. Y. Y., & Lee, Y. (2014). The main paths of medical tourism: From transplantation to beautification. *Tourism Management*, 45, 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2014.03.016>
- Comissão Europeia. (2013, Outubro 22). *MEMO/13/918. P&R: Direitos dos doentes no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços*.
- Cross, T. L., Bazron, B. J., Dennis, K. W., & Isaacs, M. R. (1989). *Towards a Culturally Competent System of Care: A Monograph on Effective Services for Minority Children Who Are Severely Emotionally Disturbed*. Washington, DC: CAASP Technical Assistance Center, Georgetown University Development Center.
- Crush, J., & Chikanda, A. (2015). South–South medical tourism and the quest for health in Southern Africa. *Social Science & Medicine*, 124, 313–320. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.06.025>
- Czapka, E. A., & Sagbakken, M. (2016). “Where to find those doctors?” A qualitative study on barriers and facilitators in access to and utilization of health care services by

- Polish migrants in Norway. *BMC Health Services Research*, 16(1), 460.
<https://doi.org/10.1186/s12913-016-1715-9>
- da Costa, M. J. da R. P. (2012). *Sistemas de Saúde – Convergência de modelos*. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação da Direção-Geral da Saúde nº 003/2010 de 29 de setembro. Acesso a cuidados de saúde programados na União Europeia, Espaço Económico Europeu e Suíça. Procedimentos para a emissão do Documento Portátil S2 e do Formulário E112*. Obtido de http://www.seg-social.pt/documents/10152/59467/CIT_24_2010/eac9687e-82a2-43df-855b-1daa909acf27, acessado em maio de 2019.
- DGS - Direção-Geral da Saúde. (2016). *Cuidados de Saúde Programados/Hospitalares (Documento portátil S2 e formulário E112)*. Obtido de <https://www.dgs.pt/ms/8/pagina.aspx?codigoms=5521&back=1&codigono=0011001200480054AAAAAAAAA>, acessado em maio de 2019.
- ERS. (2012). *Análise do Impacto da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços sobre o Sistema de Saúde Português [Relatório Final]*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
- ERS. (2015). *Os Seguros de Saúde e o Acesso dos Cidadãos aos Cuidados de Saúde*. 87.
- ERS. (2017). *Análise do Impacto da Diretiva dos cuidados de saúde transfronteiriços*. 66.
- Footman, K., Knai, C., Baeten, R., Glonti, K., & McKee, M. (2014). *Cross-border health care in Europe*. WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies.
- Glinos, I. A., & Baeten, R. (2006). A Literature Review of Cross-Border Patient Mobility in the European Union. *Europe for Patients*, 115.

- Glinos, I. A., Baeten, R., Helble, M., & Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility. *Health & Place, 16*(6), 1145–1155. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2010.08.001>
- Glinos, I. A., Baeten, R., & Maarse, H. (2010). Purchasing health services abroad: Practices of cross-border contracting and patient mobility in six European countries. *Health Policy, 95*(2–3), 103–112. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.11.016>
- Glinos, I. A., Doering, N., & Maarse, H. (2012). Travelling home for treatment and EU patients' rights to care abroad: Results of a survey among German students at Maastricht University. *Health Policy, 105*(1), 38–45. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2011.12.008>
- Glonti, K., Hawkesworth, S., Footman, K., Doering, N., Schmidt, A. E., Destrebecq, F., ... Knai, C. (2015). European health professionals' experience of cross-border care through the lens of three common conditions. *European Journal of Integrative Medicine, 7*(1), 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.eujim.2014.03.012>
- Grasso, di E. A. (2019). The social role of healthcare system. A comparative analysis of case-law regarding patients' right to mobility within the European Union. *Saggi - DPCE Online, 19*.
- Helble, M. (2011). The movement of patients across borders: Challenges and opportunities for public health. *Bulletin of the World Health Organization, 89*(1), 68–72. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.076612>
- Helena, R. (2016). Cross-border healthcare directive: Assessing stakeholders' perspectives in Poland and Portugal. *Health Policy, 120*(4), 369–376. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.02.009>
- INE - Instituto Nacional de Estatística. (2017). *População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; INE, Estimativas anuais da população residente*. Obtido de <http://www.ine.pt> em maio de 2019.

- La Parra, D., & Mateo, M. A. (2008). Health status and access to health care of British nationals living on the Costa Blanca, Spain. *Ageing and Society*, 28(1), 85–102. <https://doi.org/10.1017/S0144686X07006563>
- Laugesen, M. J., & Vargas-Bustamante, A. (2010). A patient mobility framework that travels: European and United States–Mexican comparisons. *Health Policy*, 97(2–3), 225–231. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.05.006>
- Legido-Quigley, H., Passarani, I., Knai, C., Busse, R., Palm, W., Wismar, M., & McKee, M. (2011). Cross-border healthcare in the European Union: Clarifying patients' rights. *BMJ*, 342, 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmj.d296>
- Legido-Quigley, Helena, Glinos, I. A., Baeten, R., McKee, M., & Busse, R. (2012). Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the European Union: A proposal for a framework. *Health Policy*, 108(1), 27–36. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2012.07.001>
- Legido-Quigley, Helena, McKee, M., Glinos, I., & Baeten, R. (2007). Patient mobility in the European Union. *BMJ*, 334, 188–190.
- Legido-Quigley, Helena, & Parra, D. L. (2007). *The health care needs of UK pensioners living in Spain: An agenda for research*. 13(4), 6.
- Lokdam, N., Kristiansen, M., Handlos, L. N., & Norredam, M. (2016). Use of healthcare services in the region of origin among patients with an immigrant background in Denmark: A qualitative study of the motives. *BMC Health Services Research*, 16(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1346-1>
- Lunt, N., Horsfall, D., & Hanefeld, J. (2015). *Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility*. Edward Elgar Publishing.
- Lunt, N., Horsfall, D., & Hanefeld, J. (2016). Medical tourism: A snapshot of evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 88, 37–44. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.03.001>

- Ministério da Saúde. (2011). *Manual de Gestão de Inscritos para Cirurgia* (ACSS-Administração do Sistema de Saúde, I.P.).
- Mossialos, E., Thomson, S., & European Observatory on Health Systems and Policies. (2004). *Voluntary health insurance in the European Union*. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies.
- Nielsen, S. S., Yazici, S., Petersen, S. G., Blaakilde, A. L., & Krasnik, A. (2012). Use of cross-border healthcare services among ethnic Danes, Turkish immigrants and Turkish descendants in Denmark: A combined survey and registry study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 390. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-390>
- Nunes, A. M. (2018). A Recuperação do Serviço Nacional de Saúde Português: Novas Perspectivas para a Política de Saúde. *São Paulo*, 7(1), 13.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde. (2018). *Meio Caminho Andado, Relatório Primavera 2018*. Obtido de <http://opss.pt/wp-content/uploads/2018/06/relatorio-primavera-2018.pdf>
- Pennings, F. (2011). The Cross-Border Health Care Directive: More Free Movement for Citizens and More Coherent EU Law? *European Journal of Social Security*, 13(4), 424–452. <https://doi.org/10.1177/138826271101300403>
- SAGMD - Sistema de Apoio à Gestão de Mobilidade de Doentes. (2019a). *Cartão Europeu de Seguro de Doença*. Obtido de <http://mobilidade.dgs.pt/cidadaosnacionais/Paginas/Cartao-Europeu-de-Seguro-de-Saude.aspx>, acessado em abril de 2019.
- SAGMD - Sistema de Apoio à Gestão de Mobilidade de Doentes. (2019b). *Cartão Europeu de Seguro de Doença, Perguntas e Respostas Frequentes*. Obtido de <http://mobilidade.dgs.pt/cidadaosnacionais/Paginas/FAQ-Cartao-Europeu-de-Seguro-de-Saude.aspx>, acessado em abril de 2019.
- SAGMD - Sistema de Apoio à Gestão de Mobilidade de Doentes. (2019c). *Cuidados de Saúde Programados. Documento Portátil S2 Perguntas e Respostas Frequentes*.

- Obtido de <http://mobilidade.dgs.pt/cidadaosnacionais/Paginas/FAQ-Cuidados-de-Saude-Programados-%20Documento-Portatil-S2.aspx>, acessado em abril de 2019.
- Segurança Social. (2019a). *Cartão Europeu de Seguro de Doença*. Obtido de <http://www.seg-social.pt/pedido-cartao-europeu-seguro-doenca>, acessado em abril de 2019.
- Segurança Social. (2019b). *Evolução do sistema de Segurança Social*. Obtido de <http://www.seg-social.pt/evolucao-do-sistema-de-seguranca-social>, acessado em março de 2019.
- Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (OECD Publishing, Ed.). <https://doi.org/10.1787/9789264179080-en>
- SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2019a). *Diretiva 2011/24/UE Portugal*. Obtido de <http://diretiva.min-saude.pt/home-page-2/>, acessado em maio de 2019.
- SNS - Serviço Nacional de Saúde. (2019b). *Saúde Internacional*. Obtido de <http://www.acss.min-saude.pt/category/cidadaos/saude-internacional/>, acessado em abril de 2019.
- Theresa L. Byrd, & Law, J. G. (2009). Cross-border utilization of health care services by United States residents living near the Mexican border. *Rev Panam Salud Publica*, 26(2), 95–100.
- União Europeia. (2019). *Regulamentos, diretivas e outros atos legislativos*. Obtido de https://europa.eu/european-union/eu-law/legal-acts_pt#diretivas
- URGA - Unidade Regional de Gestão do Acesso. (2017). *A URGA em números*.
- van der Molen, I. N., & Commers, M. J. (2013). Unresolved legal questions in cross-border health care in Europe: Liability and data protection. *Public Health*, 127(11), 987–993. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2013.08.020>
- Verra, S. E., Kroeze, R., & Ruggeri, K. (2016). Facilitating safe and successful cross-border healthcare in the European Union. *Health Policy*, 120(6), 718–727. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.014>

Whittaker, A. (2015). ‘Outsourced’ patients and their companions: Stories from forced medical travellers. *Global Public Health*, 10(4), 485–500. <https://doi.org/10.1080/17441692.2014.998696>

Legislação consultada:

Decreto-Lei n.º 22/2012 de 30 de janeiro de 2012. *Diário da República n.º 21 - I Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Decreto-Lei n.º 28/2008 de 22 de fevereiro de 2008. *Diário da República n.º 38 - I Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Decreto-Lei n.º 44/2017 de 20 de abril de 2017. *Diário da República n.º 78 - I Série*. Saúde, Lisboa.

Deliberação n.º 400/2013 de 19 de fevereiro de 2013. *Diário da República n.º 35 - II Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Despacho n.º 11042-F/2014 de 29 agosto de 2014. *Diário da República n.º 166 - II Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Despacho n.º 11712/2014 de 22 de setembro de 2014. *Diário da República n.º 182 - II Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Despacho n.º 11713/2014 de 19 de setembro de 2014. *Diário da República n.º 181 - II Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Despacho n.º 24 110/2004 de 23 de novembro de 2004. *Diário da República n.º 275 - II Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Despacho n.º 11779/2014 de 22 de setembro de 2014. *Diário da República n.º 182 - II Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Diretiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e Conselho, de 9 de março de 2011 relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto de 2014. *Diário da República n.º 162 - I Série*. Assembleia da República, Lisboa.

Lei n.º 56/79, de 15 de setembro de 1979. *Diário da República n.º 214 - I Série*. Assembleia da República, Lisboa.

Portaria n.º 147/2017 de 27 de abril de 2017. *Diário da República n.º 82 - I Série*. Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 153/2017 de 04 de maio de 2017. *Diário da República n.º 86 - I Série*. Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 164/2012 de 22 de maio de 2012. *Diário da República n.º 99 - I Série*. Ministérios das Finanças e da Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 194/2014 de 30 de setembro de 2014. *Diário da República n.º 188 - I Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 214/2013 de 27 de junho de 2013. *Diário da República n.º 122 - I Série*. Finanças e Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 254/2018 de 7 de setembro de 2018. *Diário da República n.º 173 - I Série*. Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 271/2012 de 04 de setembro de 2012. *Diário da República n.º 171 - I Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 394-A/2012 de 29 de novembro de 2012. *Diário da República n.º 231 - I Série*. Presidência do Conselho de Ministros e Ministérios das Finanças e da Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 45/2008 de 15 de janeiro de 2008. *Diário da República n.º 10 - I Série*. Ministério da Saúde, Lisboa.

Portaria n.º 64-C/2016 de 31 de março de 2016. *Diário da República n.º 63 - I Série*. Ministérios das Finanças e da Saúde, Lisboa.

Regulamento (CE) 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.

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.

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.

Resolução do Conselho de Ministros n.º 79/2004 de 24 de junho de 2004. *Diário da República n.º 147 - I Série-B*. Presidência do Conselho de Ministros, Lisboa.

Tratado de Lisboa - Versão Consolidada. março de 2008. Assembleia da República, Lisboa.