



**ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA**



**A DIRECTIVA 2011/24/UE, RELATIVA AO EXERCÍCIO
DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE
CUIDADOS TRANSFRONTEIRIÇOS**

**Análise: Potenciais Repercussões no Direito de
Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços
em Portugal**

Raquel Andrade Clemente Evans de Sousa

Orientador:

Professora Doutora Paula Lobato de Faria

Professor Doutor João Valente Cordeiro

Projecto de Investigação para a obtenção do
Grau de Mestre em Gestão da Saúde

Área de Especialização em Gestão das Organizações

Lisboa, Setembro de 2014

**A DIRECTIVA 2011/34/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS**

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

“ A lei tem apenas dois fundamentos:
a equidade e a utilidade”

Edmund Burke

AGRADECIMENTOS

À Professora Paula Lobato de Faria e ao Professor João Cordeiro, pela orientação e compreensão nos momentos difíceis que surgiram durante o último ano. Estou extremamente grata pelo incentivo e motivação que sempre me transmitiram, os quais se revelaram determinantes para que esta etapa fosse concluída.

Aos meus colegas de profissão, por me apoiarem, em especial às colegas Ana Fernandes, Mafalda Fortuna e Vânia Matos, que me escutaram incansavelmente, ao longo do último ano.

Ao meu colega Ricardo Rosado, pelo companheirismo e cooperação.

Aos docentes e restantes funcionários da Escola Nacional de Saúde Pública.

À Cláudia Mendes, ao Joaquim Leitão, ao André Carmo, à Joana Torre, ao Nuno Iria, à Maria João Xavier, ao David Batista e ao João Quinteiro, a amizade e o companheirismo de sempre.

Ao Josué, toda a compreensão e amor.

Aos meus pais, por tudo. Não poderiam ser melhores.

À minha avó Marlene pelos ensinamentos que me transmitiu. A curiosidade pelo mundo, o gosto pela escrita e o apelo à sensatez, tolerância e incentivo à construção de uma sociedade melhor.

RESUMO

- 1. INTRODUÇÃO:** Ao longo dos tempos, assistiu-se a um aumento da importância da Saúde Pública na Comunidade Europeia, mas só há relativamente pouco tempo teve o merecido lugar de destaque à luz da legislação comunitária. Neste contexto e com a adopção do Programa Europeu de Saúde Pública, surge a necessidade de actualizar o pensamento nesta área. Assim, é identificada uma oportunidade para formular uma estratégia, que seja passível de reduzir desigualdades e que também em compreenda as necessidades de saúde. Com o expandir da questão e com o propósito de reduzir as desigualdades, surge a Directiva 2011/24/UE, que visa regulamentar os direitos dos doentes em matéria de cuidados transfronteiriços.
- 2. OBJETIVO:** Este trabalho apresenta como objetivo primordial analisar a Directiva 2011/24/UE, bem como a Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, e identificar as principais barreiras, ao exercício do direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS em Portugal, derivadas da aplicação de tais instrumentos legais.
- 3. METODOLOGIA:** Foi utilizada uma abordagem analítica e documental, baseada na metodologia qualitativa.
- 4. CONCLUSÕES:** As principais barreiras ao direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, para os beneficiários do SNS em Portugal, são de ordem financeira, linguística e cultural, informacional, de mobilidade física, de proximidade geográfica, de carácter administrativo e de continuidade dos cuidados. A transposição da Directiva 2011/24/UE para o quadro jurídico português resulta essencialmente em iniquidades no âmbito do acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços.

CONCEITOS-CHAVE: *barreiras ao acesso, cuidados de saúde transfronteiriços, cuidados de saúde em Portugal, direito de acesso, repercussões no Acesso, União Europeia.*

ABSTRACT

- 1. INTRODUCTION:** Over the years, there has been an increase in the importance of Public Health in the European Community, but only relatively recently has the deserved place of prominence in the light of Community law. In this context and with the adoption of the European Public Health Programme, the need arises to update the thinking in this area. Thus, an opportunity is identified to formulate a strategy that is likely to reduce inequalities and also understand the health needs. With the expanding of the discussion of these matters and in order to reduce inequalities, Directive 2011/24 / EU, regulating patients' rights on cross-border care arises.
- 2. OBJECTIVE:** This study presents the primary objective to analyze the Directive 2011/24/UE as well as Law No. 52/2014, of 25 August, and identify the main barriers to the exercise of the right of access to care border in the portuguese NHS that are derived from the application of such legal instruments.
- 3. METHODS:** an analytical and documentary approach, based on a qualitative methodology was used.
- 4. DISCUSSION AND CONCLUSIONS:** The main barriers to the right of access to cross-border healthcare for the beneficiaries of the NHS in Portugal, are financial, linguistic and cultural, informational, originated from physical mobility issues, geographical proximity, administrative and related to the continuity of the monitoring and assistance by the national health care services. The transposition of the Directive 2011/24 / EU for the Portuguese legal framework essentially results in inequities concerning the access to cross-border healthcare.

KEY-WORDS: *barriers to access, cross-border healthcare, healthcare in Portugal, right of Access, impact on Access, European Union.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- ACSS** – Administração Central do Sistema de Saúde, IP
- ADSE** – Assistência na Doença aos Servidores do Estado; na actualidade significa Direcção-Geral de Protecção Social aos Funcionários e Agentes da Administração Pública.
- AIM** – *Association Internationale de la Mutualité*
- AR** – Assembleia da República
- ARS** – Administração Regional de Saúde
- AUE** – Ato Único Europeu
- CECA** - Comunidade Europeia do Carvão e do Aço
- CEEA** - Comunidade Económica Europeia Atómica
- CESD** - Cartão Europeu de Seguro de Doença
- CDFUE** - Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia
- CE** – Comunidade Europeia
- CEE** – Comunidade Económica Europeia
- CRP** – Constituição da República Portuguesa
- CSE** – Carta Social Europeia
- CSP** – Cuidados de Saúde Primários
- DAR** – Diário da Assembleia da República
- DGS** – Direcção Geral da Saúde
- DL** – Decreto de Lei
- DUDH** – Declaração Universal dos Direitos do Homem
- EFTA** - *European Free Trade Association*
- EHMA** – *European Health Management Association*
- EM** – Estados-membro
- ENSP-UNL** – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa
- IGAS** - Inspeção Geral das Atividades em Saúde
- IOM** – *Institute of Medicine*
- INEM** – Instituto Nacional de Emergência Médica
- IRS** – Imposto sobre o Rendimento de pessoas Singulares
- JCAHO** – *Join Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*
- LBS** – Lei de Bases da Saúde
- MCDT** – Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica
- MGF** - Medicina Geral e Familiar
- N.º** - número
- OMS** – Organização Mundial de Saúde

**A DIRECTIVA 2011/34/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS**

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

OSE – *European Social Observatory*

PAC - Política Agrícola Comum

PIDESC - Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais

PNS – Plano Nacional de Saúde

SAMS - Serviços de Assistência Médico-Social

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SRS – Serviço Regional de Saúde

SS – Segurança Social

TCEE – Tratado das Comunidades Económicas Europeias ou Tratado de Roma

TFUE – Tratado de Funcionamento da União Europeia ou Tratado de Nice

TJUE – Tribunal de Justiça da União Europeia

TUE – Tratado da União Europeia

UE – União Europeia

ÍNDICE GERAL

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	13
Nota Preambular – A escolha da temática	14
1. Contextualização do Tema	15
2. Delimitação do Campo de Investigação	19
3. Organização do Projecto de Investigação	21
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	22
Nota Preambular	22
1. Desenho do Estudo	24
2. A Opção Metodológica	26
2.1. Metodologia Qualitativa	27
3. Recolha e Tratamento de Informação	28
3.1. A Recolha e a Seleção de Documentos	29
3.2. O Tratamento da Informação	30
4. Dificuldades Encontradas	31
CAPÍTULO III - O ACESSO, A ACESSIBILIDADE E OS FACTORES QUE AFETAM O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE	33
Nota Preambular	34
1. Conceito de Acesso e de acessibilidade aos Cuidados de Saúde	35
1.1. O Acesso	35
1.2. A Acessibilidade	37
1.3. Factores que influenciam o acesso/acessibilidade aos cuidados de saúde	37
1.3.1. As imperfeições de mercado	38

A DIRECTIVA 2011/34/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

1.3.2. Barreiras de entrada	38
1.3.3. A interdependência entre a procura e a oferta	38
CAPÍTULO IV – O DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE – CONCEITOS E CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA E LEGAL: O MUNDO E A EUROPA	42
Nota Preambular	43
1. O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde	43
1.1. O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde – Origens e Evolução Histórica	43
1.1.1. Origens	43
1.1.2. Evolução Histórica	44
2. O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde na Europa – Evolução Histórica	46
2.1. Os Tratados Europeus e a sua importância na Proteção da Saúde e para o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde	48
2.2. A coordenação dos Sistemas de Segurança Social e a Mobilidade de Doentes no seio da União Europeia	54
CAPÍTULO V – O DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E LEGAL	57
Nota Preambular	58
1. Evolução do Sistema de Saúde Português	60
1.1. A Criação do Sistema Nacional de Saúde	62
1.1.1. A Lei de Bases da Saúde e o Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde	64
1.1.2. Outra legislação/regulamentação em matéria de Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde, em Portugal	68
1.2. Os Subsistemas de Saúde em Portugal	70

CAPÍTULO VI – A DIRECTIVA 2011/24/UE DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO RELATIVA AOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS TRANSFRONTEIRIÇOS, DE 9 DE MARÇO DE 2011 E SUA TRANSPOSIÇÃO PARA O ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS	73
Nota Preambular	74
1. Objetivos, Propósitos e Análise da Directiva 2011/24/UE, relativa aos Direitos dos Doentes, em matéria de Cuidados Transfronteiriços	75
1.1. Capítulo I – Disposições Gerais	75
1.2. Capítulo II – Obrigações dos EM no que diz respeito aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços	77
1.3. Capítulo III - Reembolso dos custos dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços	78
1.4. Capítulo IV – Cooperação em domínio de cuidados de saúde	80
1.5. Capítulo V – Disposições de execução e disposições finais	81
2. A Transposição da Directiva em Portugal	82
2.1. Análise da Lei n.º 52/2014, de 25 de agosto	82
2.2. Os Pareceres das Autoridades Competentes	87
3. As Barreiras ao Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços	88
A) Barreiras financeiras	88
B) Barreiras linguísticas e culturais	89
C) Barreiras de mobilidade física	90
D) Barreiras informacionais	90
E) Barreiras de proximidade geográfica	91
F) Barreiras administrativas	92
G) Barreiras de capacidade para a continuidade dos cuidados	93
CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO	95
Nota Preambular	96

**A DIRECTIVA 2011/34/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS**

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

1. Discussão	97
2. Conclusões Finais	102
3. Limitações do Estudo	103
4. Recomendações	103
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXO I – A Directiva 24/2011/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados transfronteiriços	120
ANEXO II – A Lei nº52/2014, de 25 de agosto	141
ANEXO III – Ficha de Leitura	148
ANEXO IV – Grelha de Análise	150

CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

Nota preambular – A escolha da temática

A seguinte exposição responde ao porquê da escolha do tema deste trabalho, a Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e Conselho relativa os exercício dos Direitos dos Doentes em matéria de Cuidados Transfronteiriços, de 9 de Março de 2011¹ (Anexo I).

Findo o período curricular do Mestrado em Gestão da Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa (ENSP-UNL), o trabalho de investigação a realizar representou um novo desafio, uma vez que ao longo do ano lectivo foram apresentadas uma vastidão de temáticas que suscitaram o meu interesse.

Contudo, o tema exibiu-se como novidade para todos, apontando a direcção de um caminho pouco explorado, nunca antes abordado num trabalho de investigação da ENSP-UNL e acerca do qual as novidades se apresentavam como uma constante. O entusiasmo pela novidade firmou-se então. Após ouvir que uma das sugestões da Professora Doutora Paula Lobato de Faria e do Professor Doutor João Valente Cordeiro, passava pela abordagem da Directiva Europeia dos Cuidados Transfronteiriços, tomei a decisão de aceitar o repto.

Sendo que a mobilidade de pacientes além-fronteiras, é no momento um problema-chave no seio da União Europeia (UE), e devida a escassez da informação respeitante ao seu impacto (Brekke *et al.*, 2014), pareceu-me extremamente legítima a escolha do tema.

O facto de Portugal se encontrar em plena crise económica, levou à consequente penalização do Serviço Nacional de Saúde (SNS), o que coincidiu com o momento da discussão e da transposição da Directiva 2011/24/UE (que será mencionada apenas como Directiva, ao longo deste documento). Tal sequência de acontecimentos, levou-me a questionar quais seriam os prováveis impactos de uma mudança nos direitos dos doentes no nosso SNS, o qual assenta nos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade do acesso dos cidadãos portugueses aos cuidados de saúde. Tem ainda o “dever de assegurar o direito fundamental à protecção da saúde”, como o previsto na Constituição da República Portuguesa (CRP), no seu artigo 64.º, desde 1976.

Apresentando Portugal um sistema de saúde Beveridgiano², diversas mudanças se aproximam, uma vez que o Estado poderá ter que suportar diversas despesas não sustentadas anteriormente. Apesar da Lei nº 52/2014 de 25 de Agosto, omitir diversos aspectos relevantes em matéria de direitos dos doentes, estes não estão fora do alcance

¹ Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN>

² Este tipo de sistema teve início em 1911, após a elaboração do *Relatório Beveridge*, por William Beveridge, um economista e funcionário público inglês. Este modelo prevê que o sistema de saúde seja financiado através de impostos. É caracterizado pela sua universalidade e gratuidade (Barr, 1993).

legislativo pelo que são conjecturáveis futuras modificações da lei que regulamenta os cuidados além-fronteiras.

Em 2011 a despesa pública com os cuidados de saúde transfronteiriços terá sido de cerca de € 9.165, 8 milhões, na Europa (Entidade Reguladora da Saúde, 2012). Quanto a Portugal, a ERS (2012), menciona que o aumento dos custos adicionais relativos aos cuidados transfronteiriços, serão de cerca de € 0,1 milhão, pois considera que apenas 0,3% (32.000) – tendo em conta o número de residentes - não terão as suas necessidades de cuidados satisfeitas em Portugal devido a listas de espera.

Mesmo que o número de doentes que se prevê que recorram a cuidados de saúde transfronteiriços, seja diminuto é de extrema relevância para o âmbito deste projecto a análise do *modus operandi* do Governo português aquando da transposição da Directiva.

1. Contextualização do Tema

O presente trabalho centra-se nas temáticas gerais de saúde pública, de gestão da saúde e do direito de acesso à prestação de cuidados nos sistemas de saúde, nomeadamente em Portugal e no seio da UE.

A integração dos três temas, conjuga-se nos próximos parágrafos de modo a oferecer um sentido ao presente trabalho de investigação.

A conexão entre os motes gerais, já supracitados: saúde pública, gestão da saúde e do direito de acesso à prestação de cuidados nos sistemas de saúde, dá-se na medida em que as principais características avocadas à saúde pública³ se baseiam na justiça social, afirmam-se de natureza política (serviços de saúde pública dependentes do poder político enquanto agências e serviços do Estado) e apresentam uma forte ligação aos governos, decorrente da sua essência política e da obrigação dos governos de zelar pela saúde dos seus cidadãos. É ainda de acrescentar que é baseada na ciência e apresenta natureza pluridisciplinar. (Turnock, 2004; cit. por Almeida, 2010).

Uma vez que a saúde pública apresenta natureza política e pluridisciplinar, estão integradas no seu âmbito, a gestão da saúde, bem como o direito de acesso a cuidados de saúde.

³ “Não é fácil dar uma definição sucinta e clara de Saúde Pública, porque o seu significado varia com o período histórico e o grau de evolução da sociedade a que diz respeito. Tem como característica essencial o estudo e a solução dos problemas que interessam à saúde dos indivíduos integrados no meio em que vivem (...)” (Ferreira, 1963, cit. por Almeida, 2010).

“Os sistemas de saúde, enquanto pilares fundamentais da protecção social à condição humana de doença são influenciados pelos contextos ambientais onde se encontram inseridos, caracterizando-se por realidades culturais, sociais, políticas ou outra(s) que sofrem transformações cada vez mais céleres e imprevisíveis, onde a mudança é uma constante” (Santana e Costa, 2008, p.29).

Devidas as mutações constantes e cada vez mais frequentes nas sociedades atuais, é de prever que os sistemas de saúde necessitem de moldar as suas características às novas realidades, pelo que a sua governação, é confrontada permanentemente com novos desafios, muitas vezes tendo que predizer algumas soluções, acerca das quais não se conhecem ainda resultados. Consequentemente as organizações de saúde, como alicerces fundamentais dos sistemas de saúde (Carvalho, 2009), têm que se adaptar às constantes mudanças, o que exige uma gestão eficiente das instituições onde são prestados os cuidados de saúde.

Durante as últimas três décadas, o sector público de saúde dos países desenvolvidos tem sido alvo de reformas. O que as políticas públicas, que sustentam as reformas pretendem é o aumento do nível de eficiência, aumento da qualidade nos cuidados prestados e a diminuição dos custos que advém do funcionamento dos hospitais (Carvalho, 2009).

Saltman e Figueras (1997), consideram que existiram dois tipos de factores que constituíram importantes fontes para a reforma. O primeiro prende-se com o facto das políticas de saúde não constituírem um fenómeno isolado, sendo o processo de reforma fortemente influenciado por processos políticos, ideológicos, sociais, históricos, culturais e económicos. O segundo ponto está relacionado com os problemas existentes no sector da saúde⁴.

Tal como noutras regiões do mundo, Portugal e a Europa enfrentam diversos desafios, inclusivamente no que respeita à saúde e aos seus sistemas.

Em Portugal desde 1976 que a CRP previa a criação de um Serviço Nacional de Saúde (SNS), o qual deveria assegurar a universalidade, generalidade e gratuidade do acesso dos cidadãos nacionais aos cuidados de saúde e mais tarde em 1979, foi então instituído o SNS, pela Lei n.º56/79, de 15 de Setembro⁵. Esta lei (*ibid.*) regulamenta o “dever

⁴ Os quais estão afectos às mudanças específicas na saúde da população europeia e às suas implicações para os modelos dos serviços de saúde. Outros problemas apontados prendem-se com as pressões exercidas para conter os gastos e com a constante exigência para se realizarem mudanças organizacionais e estruturais (Saltman e Figueras, 1997).

⁵ Alterada pelo DL n.º 81/80, de 19 de Abril; pelo DL n.º254/82, de 29 de Junho; e pelo DL n.º 361/93, de 15 de Outubro. O Acórdão n.º39/84, de 11 de Abril declara a inconstitucionalidade, com força de obrigatoriedade geral,

de assegurar o direito fundamental à protecção da saúde”, previsto no artigo 64.º da CRP. Mas somente em 1990, foi criada a Lei de Bases da Saúde (LBS)⁶, aprovada pela Lei n.º48/90, de 24 de Agosto.

Apesar de se anunciar como candidato à Comunidade Económica Europeia (CEE) em 1977, Portugal apenas é membro de facto, desde 1 de Janeiro de 1986. A adesão de Portugal à Comunidade Europeia⁷ (CE), desencadeou um importante processo de modernização e de reestruturação económica, social e política, o que representou o culminar da “integração europeia” (Mateus, 1992). No período pós-adesão à CE, Portugal passou por um ciclo de ajustamento à conjuntura internacional que visava então uma economia aberta e a livre circulação de bens e pessoas⁸.

A actual política comunitária de saúde pública foi introduzida pelo Tratado⁹ da União Europeia¹⁰ (TUE), o qual assume extrema importância, uma vez que reconheceu a saúde pública como um dos ramos da política europeia. De acordo com o artigo 129.º, n.º1 (*ibid.*), a Comunidade Europeia (CE) passou a assegurar um elevado nível de protecção da saúde, incentivando a cooperação entre Estados Membros (EM) e, se necessário, apoiando a sua acção (Campos e Simões, 2011). O mesmo artigo refere ainda que é necessário incluir a saúde nas demais políticas comunitárias.

A Europa para que possa prosseguir os caminhos da modernidade e da responsabilidade, deve posicionar a saúde num elevado patamar no que respeita a responsabilidades públicas, pois esta deve ser encarada como uma das principais prioridades para os EM constituintes da UE. Nesta linha de pensamento a UE deve promover a organização de cuidados de saúde que sejam reconhecidos como integrando o Conceito de Modelo Social Europeu¹¹ (Campos e Simões, 2011).

nos termos e para os efeitos dos artigos 281.º e 282.º da CRP, do artigo 17.º do DL 254/82, de 29 de Junho, na parte que revogou os artigos 18.º a 61.º e 64.º a 65.º da Lei n.º56/79, de 15 de Setembro.

⁶ Alterada pela Lei n.º27/2002, de 8 de Novembro, que altera as bases XXXI, XXXIII, XXXVI e XL.

⁷ Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:1985:302:FULL&from=PT>

⁸ O Acto Único Europeu (AUE) entrou em vigor a 1 de Julho de 1987 e revê o Tratado da CEE (assinado a 25 de Março de 1957 e que entrou em vigor em 1 de Janeiro de 1958) com o objetivo de relançar a integração europeia e concluir a realização do mercado interno. Altera as regras de funcionamento e alarga as competências comunitárias. O artigo 8.º-A define muito claramente o objetivo do AUE, que consiste em “estabelecer progressivamente o mercado interno durante um período que termina em 31 de Dezembro de 1992”. Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:1987:169:FULL&from=PT>

⁹ Um tratado é um acordo vinculativo entre os países da UE. Uma vez que a UE se baseia em princípios do Estado de direito, todas as medidas tomadas pela União assentam em tratados que foram aprovados voluntária e democraticamente por todos os EM. Disponível em http://Europa.eu/eu-law/decision-making/treaties/index_pt.htm

¹⁰ Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:1992:191:FULL&from=PT>

¹¹ Este conceito não pode ser compreendido a não ser que nos remetamos para a área do debate sobre o futuro da EU, entendida como uma entidade política e institucional de novo tipo, sem precedente histórico. Contudo

Os mesmos autores mencionam ainda que os valores e princípios do Modelo Social Europeu são valores e princípios comuns aos EM, os quais foram reconhecidos pelo Tratado de Lisboa (2007)¹², ao garantir um elevado nível de protecção social.

Compelidos através de diversas convenções da Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela necessidade de proteger a Europa, a UE tem integrado cada vez mais na sua legislação e regulamentação a saúde pública, bem como os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde. Para além da preocupação no seio da UE em elaborar um plano de acção para a saúde (Plano Nacional de Saúde) para cada EM, tendo em conta as necessidades das comunidades, verifica-se também o cuidado crescente em regulamentar, cada vez mais, os cuidados transfronteiriços de modo a erradicar as desigualdades no acesso à saúde, verificadas até ao presente. Neste contexto, é primordial a união de esforços entre EM. para uma melhoria contínua dos cuidados de saúde, de modo a que sejam garantidas, a todos os cidadãos da comunidade europeia a universalidade, a equidade, a eficácia, a eficiência e a qualidade dos sistemas de saúde.

Assim, tem-se observado a evolução da protecção da saúde ao nível da UE, passando por um processo de omissão quase completa para a regulamentação de diversos aspectos da saúde pública, considerada uma política transversal a todas as outras políticas.

Anteriormente à Directiva verifica-se o acto legislativo em matéria de mobilidade de doentes entre EM no seio da UE, através de Regulamentos¹³ específicos, bem como através dos diversos tratados assinados pelos EM.

A Directiva aprovada em 2011, regula o exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e vem colocar termo à incerteza jurídica, pois determina por as normas de reembolso dos gastos médicos noutra EM. Para além disso satisfaz o objetivo de permitir que todos os doentes beneficiem de um certo número de direitos que já foram reconhecidos pelo Tribunal de Justiça da União Europeia (TJUE), em matéria de cuidados de saúde (Campos e Simões, 2011).

este modelo assenta, por um lado, em seguros sociais obrigatórios e, por outro em (...) programas de inserção sociais, organizando e financiando uma oferta de serviços sociais de combate à pobreza.” (Ribeiro, 2001, p.139). De acordo com o mesmo autor o conceito de Modelo Social Europeu recebe também o rótulo de “Estado de Bem-estar na Europa”.

¹² Foi assinado pelos EM da UE em 2007, em Lisboa, e reformou o funcionamento da UE a partir de 1 de Dezembro de 2009. Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=PT>

¹³ Um “regulamento” é um acto legislativo vinculativo, aplicável em todos os seus elementos em todos os países da UE. Por sua vez, uma “directiva” é uma acto legislativo que fixa um objectivo geral que todos os países da UE devem alcançar. Todavia, cabe a cada país decidir acerca dos meios a utilizar para atingir tal objectivo (União Europeia). Disponível em http://Europa.eu/eu-law/decision-making/legal-acts/index_pt.htm

A transposição da Directiva ficou a cargo dos EM, de modo a não colocar em causa a sustentabilidade e o equilíbrio dos sistemas de saúde. Contudo, os EM têm que cumprir as normas estabelecidas pela Directiva de forma a não comprometer o acesso, dos cidadãos europeus, aos cuidados de saúde.

Neste contexto torna-se importante a análise e identificação das repercussões no acesso aos cuidados de saúde, no âmbito do SNS, após a transposição da Directiva. Concretamente, em Portugal, verifica-se a transposição da Directiva através da Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto¹⁴ (Anexo II), a qual será também objecto de análise no presente trabalho de investigação.

Assim, com o presente trabalho de projecto, ambiciona-se analisar a Directiva, bem como a Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, e identificar as principais barreiras, ao exercício do Direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS em Portugal. Contudo é de mencionar, que este trabalho não prevê explorar quais as repercussões no acesso dos cidadãos de outros EM que escolham Portugal como EM de tratamento.

Para além do objetivo geral, supra mencionado, este trabalho pretende também:

- i.* Descrever as orientações jurídicas, que alteram as regras de direito de acesso aos Cuidados de Saúde transfronteiriços;
- ii.* Identificar qual o impacto das orientações jurídicas nos actuais direitos de acesso dos cidadãos portugueses aos cuidados de saúde transfronteiriços;
- iii.* Descrever quais as iniquidades em saúde que podem ser geradas, pela transposição da Directiva para o ordenamento jurídico português.

2. Delimitação do Campo de Investigação

Para que os objectivos a que nos propomos sejam atingidos é necessária a análise de diversa documentação, pelo que se torna pertinente abordar, ainda que de forma sucinta neste capítulo, o direito de acesso bem como o seu enquadramento histórico de modo a uma melhor compreensão da actualidade.

A saúde como direito, remete-nos para o campo do direito da saúde. Esta valência do direito debruça-se essencialmente sobre as normas e a legislação que tratam da organização do sistema de saúde, do acesso a cuidados de saúde e dos direitos dos

¹⁴ Disponível em <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/08/16200/0443404440.pdf>

utentes de serviços de saúde, das relações entre profissionais e doentes, das condições de exercício da medicina e da regulação de medicamentos e de dispositivos médicos (Nunes, 2009).

A saúde como direito, conforme o reconhecido na Declaração Universal dos Direitos do Homem (DUDH) no seu artigo 25.º, trilhou o caminho para que esta fosse considerada como um direito fundamental em diferentes constituições nacionais, nomeadamente na CRP (artigo 64.º). Não é consensual, todavia, o pensamento de que a saúde possa ser apreciada como um direito fundamental e “mesmo nos casos em que tal ocorre, não existe acordo sobre a definição e as condições de realização do direito à saúde” (Nunes, 2009, p.152).

A consagração da saúde como direito está geralmente associada à ideia de universalidade e a um estado de bem-estar geral, conforme a definição de saúde pela OMS.

Por sua vez, o direito de acesso aos cuidados de saúde visa assegurar aos doentes aquelas actividades que tenham por objecto a prevenção, promoção, restabelecimento ou manutenção da saúde, bem como o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, e que visem atingir e garantir uma situação de ausência de doença.

Na Europa o direito à protecção da saúde é encarada como fundamental para cumprir os objectivos económicos e sociais, que balizam os alicerces da Europa de prosperidade, solidariedade e segurança (Campos, 2010). Neste contexto, a preocupação com a saúde pública esteve sempre presente na construção da União, constituindo o seu primeiro marco o TUE, uma vez que a saúde pública passou a apresentar um título autónomo, com um pano de acção específico. Até a assinatura deste tratado, a saúde surgia diversos documentos da CEE, mas sempre associada a outras políticas, como por exemplo na protecção e defesa dos trabalhadores que se mobilizavam entre os países da CE.

A partir da entrada em vigor do TUE, que a relevância reconhecida à saúde pública aumentou e as preocupações com a mesma mostraram-se crescentes. Neste contexto, o direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços tem vindo a ser amplamente discutido no âmbito da UE.

O Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril¹⁵, o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD), bem como a articulação dos Sistemas de SS, foram condutores determinantes para o panorama actual. Porém, até à proposta da Directiva e mesmo até ao momento presente, os cuidados além-fronteiras são um fenómeno raro na Europa.

¹⁵ Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0883&from=PT>

Perante esta nova realidade que vigora no espaço europeu, torna-se necessário explorar e analisar o tema do direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços. É também importante compreender os motivos que originam barreiras de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços e encontrar soluções para que se possam superar tais obstáculos.

3. Organização do Projecto de Investigação

Este documento encontra-se organizado em capítulos, que se encontram divididos em sub capítulos. No Capítulo I, são apresentadas as motivações subjacentes à escolha da temática, tal como a pertinência das problemáticas abordadas e também é apresentado neste capítulo, o plano de investigação. No capítulo seguinte (Capítulo II) estão expostas as questões metodológicas.

O Capítulo III deste trabalho, é realizada uma abordagem relativa ao acesso, à acessibilidade e aos factores que afectam o acesso aos cuidados de saúde. ao contexto económico da saúde em Portugal e os factores que já constituem barreiras/desafios de acesso/acessibilidade aos cuidados de saúde.

Num segundo momento, o Capítulo IV refere-se ao direito de acesso aos cuidados de saúde, na sua generalidade e também especificamente no que concerne à Europa, para que seja possível compreender a sua génese e conhecer a evolução do conceito ao longo dos tempos.

O Capítulo V trata do progresso ao nível do sistema de saúde português e concomitantemente a evolução do direito de acesso aos cuidados de saúde, em Portugal.

Posteriormente, no Capítulo VI torna-se imperativo salientar a Directiva Europeia de 2011, relativa aos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e evidenciar quais as suas potenciais repercussões no direito de acesso aos cuidados transfronteiriços, no SNS, uma vez transposta a Directiva para o enquadramento jurídico português, através da Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto.

No capítulo final descrevem-se as conclusões, limitações e sugestões para futuros trabalhos de investigação neste âmbito. Discutem-se também neste capítulo, os resultados.

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

Nota Preambular

“A investigação rigorosa não precisa de ser complicada, e deve ter como objetivo maior a atingir, através de meios adequadamente suficientes, o de fazer avançar os conhecimentos, descobrindo coisas novas, ou fazendo avançar ou corrigir o que anteriormente foi recebido.”

CRISTOVÃO (2001, p.9).

O conceito de investigação científica pode ser definido como um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento de fenómenos do mundo real, no qual vivemos. É essencial e decisiva para o desenvolvimento das pessoas, das organizações e das sociedades (Fortin, 2003).

Wallace (1976), cit. por Graça (2010), refere que ao nível da investigação científica, a ênfase é colocada nos *(i)* procedimentos (ou métodos) para produzir os enunciados sobre o real e *(ii)* na capacidade desses enunciados para descreverem, compreenderem e explicarem o real, apropriando-o em termos cognitivos e práticos.

A fase metodológica constitui-se como a fase do processo de investigação em que são determinados os métodos a utilizar para obter a resposta(s) à(s) questão(ões) de investigação que foram formuladas previamente.

Para Fortin (2003), a metodologia consiste no delineamento de um plano concreto, sistematizado por um conjunto de actividades que conduzem aos objetivos da investigação.

Quivy e Campenhautd (2008), mencionam que as etapas do processo de investigação são sete e que apesar destas não serem rígidas, devem estar presentes em todos os trabalhos de investigação: *(i)* formulação da pergunta de partida; *(ii)* obtenção de informação; *(iii)* a problemática; *(iv)* escolha do modelo de análise; *(v)* recolha de dados; *(vi)* análise das informações; *(vii)* apresentação das conclusões.

Após a leitura de algumas obras de metodologia de investigação, a escolha das fases a seguir recai sobre Quivy e Campenhautd (2008), apesar de outros autores, tais como Fortin (2003)¹⁶, apresentarem uma quadratura respeitante ao delineamento de um

¹⁶ Para a autora a fase metodológica resume-se em quatro pontos fundamentais: *i)* escolha do tipo de estudo e desenho de investigação; *ii)* a definição da população e amostra a estudar; *iii)* a seleção das variáveis; *iv)* a escolha dos métodos de análise de dados a realizar.

projecto de investigação, com características diferenciadas das supra mencionadas, e por isso mais adequadas a outros tipos de estudo.

É também fundamental mencionar, que apesar de toda a investigação científica ser uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características humanas que lhe são inerentes (Martins, 2008), este trabalho não inclui a descrição de prováveis problemas éticos a que os indivíduos podem estar sujeitos durante um trabalho de investigação, uma vez este trabalho recorre somente a análise de documentos primários e secundários¹⁷, não colocando em risco a confidencialidade dos dados, nem outros problemas éticos que possam derivar da realização de inquéritos, entrevistas ou da análise de bases de dados.

Na medida em que “(...) todas as etapas metodológicas são importantes, o mesmo é dizer que, tal como noutros processos de ação humana (...) nenhuma delas pode ser queimada” (Graça, 2010, p.11), no ponto seguinte serão descritas as várias etapas deste trabalho de investigação, pois o processo de produção pode revelar-se mais importante em termos metodológicos do que os próprios resultados (Kapla, 1969; cit. por Graça, 2010).

1. Desenho do Estudo

Neste estudo o tema de investigação sobrevém, como já foi referido, do interesse próprio do investigador e da sugestão da Professora Doutora Paula Lobato de Faria e do Professor Doutor João Valente Cordeiro. A preocupação relativa às potenciais repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde no âmbito do SNS, surge tendo em conta o contexto atual, denominadamente no que concerne à crise económico-financeira¹⁸, que se vivencia em Portugal, pois “o sistema de saúde está hoje confrontado com um dos maiores desafios da sua história” (Fernandes, 2011 e 2013). O mesmo autor menciona ainda que os próximos anos serão de desafios para o sistema de saúde e que é importante que os esforços se foquem na garantia da sustentabilidade, sem compromisso dos direitos de acesso, que irão gerar, inevitavelmente consequências sobre os resultados em saúde. É então fundamental que o sistema de saúde proteja os seus valores de universalidade e de acesso, pois um sistema de saúde moderno e sustentável, é crucial para a coesão social e o desenvolvimento humano. Assim, torna-se necessária “(...) uma nova geração de políticas

¹⁷ Estes termos são abordados adiante, neste capítulo.

¹⁸ Este tema e respetivas repercussões na saúde, em Portugal, estão bem expressos nos Relatórios de Primavera de 2011, 2012 e 2013 (OPSS).

públicas capazes de revitalizar os mecanismos virtuosos do modelo social europeu” (Fernandes, 2013, p.972).

Para Quivy e Campenhautd (2008), o conceito central do processo de investigação passa pela definição do problema. Um problema de investigação passa pelo problema que alguém gostaria de investigar (Bento, 2011).

A seleção do tema de investigação deve incorporar questões associadas à saúde, nomeadamente à gestão da saúde, à saúde pública e aos sistemas de saúde, tendo em conta as temáticas tratadas nas disciplinas do Mestrado em Gestão da Saúde.

O direito à saúde surge como um direito fundamental, no nosso quadro legislativo, e assume um papel primordial para a gestão da saúde e para a saúde pública, na elaboração de políticas de saúde, na organização da prestação de cuidados e conseqüentemente na gestão dos serviços de saúde - instrumento determinante no desempenho dos sistemas de saúde.

O direito de acesso aos cuidados de saúde permite concretizar o campo de investigação, contudo é pertinente alarga-lo a outros temas, tais como o acesso e acessibilidade, bem como os factores que os influenciam; e o enquadramento histórico e legal em matéria de saúde na UE e em Portugal.

Neste contexto, a pergunta à qual gostaríamos de responder no final deste trabalho, a pergunta de partida do nosso estudo é:

- I. Quais as principais barreiras ao exercício do direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços pelos beneficiários do SNS português, derivadas da transposição da Directiva 2011/24/UE para o quadro jurídico português?

Da pergunta de partida geral, surgem outras questões específicas, tais como:

- a) Quais as orientações legislativas, que alteram as regras do direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS português?
- b) Qual o impacto decorrente desses problemas/barreiras nos atuais direitos de acesso dos beneficiários do SNS português aos cuidados de saúde transfronteiriços?
- c) Quais as iniquidades em saúde que podem ser geradas pela transposição da Directiva, para o ordenamento jurídico português?

Uma vez formulada a pergunta de partida, bem como as suas questões subjacentes (específicas), surge um novo desafio, a opção metodológica.

2. A Opção Metodológica

Tendo em conta que a opção metodológica deve ser escolhida, tendo em vista a resposta adequada à pergunta de partida. Outro problema que se põe, relaciona-se com a concretização efetiva do trabalho, pois o investigador deve ponderar se a sua opção inicial pode ser demasiadamente morosa, os recursos podem ser escassos, etc.. (GRAÇA, 2010)

Apesar do método da ciência jurídica, através do qual o conhecimento resulta do confronto entre versões diferentes, parecer muitas vezes adequado para estudar este tipo de temas, o que não se verifica no que respeita a este trabalho. Os motivos que levam a que este método se distancie dos objectivos deste trabalho, passam pelo facto da autora deste projecto, não possuir formação académica na área jurídica e pela circunstância que não é objetivo deste trabalho confrontar duas realidades distintas.

Assim, pareceu-nos adequado o uso de metodologias aplicadas no âmbito da saúde pública e da gestão da saúde. Mas a questão mantinha-se: utilizar a metodologia qualitativa ou quantitativa?

“A expressão «métodos qualitativos» não tem um sentido preciso em ciências sociais. No melhor dos casos, designa uma variedade de técnicas interpretativas que têm por fim descrever, descodificar, traduzir certos fenómenos sociais que se produzem mais ou menos naturalmente. Estas técnicas dão mais atenção ao significado destes fenómenos do que à sua frequência” (Deslauriers, 1997, cit. por Guerra, 2006, p.11).

A investigação qualitativa trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões, em divergência com a investigação quantitativa que apresenta como objectivo emancipar dados, indicadores e tendências observáveis (Minayo e Sanches, 1993; cit. por Sarapioni, 2000).

Sarapioni (2000), relembra ainda que os métodos quantitativos são frágeis no que respeita à validade interna (nem sempre sabemos se medem o que pretendem medir), mas contudo são bastante robustos em termos de validade externa, pois os resultados adquiridos são generalizáveis para o conjunto da comunidade.

O autor supracitado., menciona que ao contrário das metodologias quantitativas, os métodos qualitativos têm uma validade interna bastante forte (focalizam as particularidades e as especificidades dos grupos sociais estudados), mas são débeis em termos da sua possibilidade de generalizar os resultados para a comunidade (Perrone, 1977; Niero, 1987; Castro e Bronfman, 1997; cit. por Sarapioni, 2000). Deste modo é de extrema importância

poder contar com os resultados qualitativos e quantitativos, que permitem garantir um razoável grau de validade interna e externa.

Aceite que a complementaridade entre as duas abordagens, e no que cada uma na sua individualidade representam torna-se mais fácil decidir qual a abordagem metodológica adequada ao estudo em questão.

Sarapioni (2000), relata que se o objecto de estudo está bem definido, já que outras pesquisas têm acumulado um corpo suficiente de conhecimentos sobre o tema, pode utilizar-se a metodologia quantitativa. Este tipo de método é um excelente modo de fatiar fenómenos, de modo a que estes sejam manejáveis e elementos discretos de um quadro conceptual global ou analítico. O defeito da quantificação é que nem sempre pode suportar o entendimento de *wholes* complexos, dinâmicos e multi-dimensionais (Soafer, 1999).

Após a realização de pesquisa bibliográfica, podemos inferir que a abordagem quantitativa aqui também não surgia como a mais adequada, uma vez que a Directiva dita um novo “modelo de cuidados de saúde”, nunca antes colocado em prática, pelo que não existem dados quantitativos respeitantes ao tema. Outra razão que justifica a não utilização deste tipo de metodologia prende-se a extrema complexidade e multidimensionalidade do tema em análise. De qualquer modo, a metodologia quantitativa não é especialmente adequada para responder às questões de partida aqui colocadas – faria sentido se perguntássemos Quantos? como alternativa a Quais?

2.1. A Metodologia Qualitativa

Bogdan e Biklen (1998) cit. por Turato (2005), mencionam que ao se realizar uma pesquisa qualitativa se procura entende o *processo* através do qual as pessoas constroem *significados* e descrevem o que estes são. Morse e Field (1995), caracterizam os métodos qualitativos como indutivos, holísticos, subjetivos e orientados para o processo. Referem ainda que são usados para compreender, interpretar, descrever e desenvolver teorias relativas a um fenómeno. Apesar de as autoras não incluírem o termo *significado*, dão amplitude à palavra *teoria*, o que nos leva a entender que o método qualitativo não é um modo de pesquisa meramente suplementar, pois ele tem como finalidade criar um modelo/teoria de profundo entendimento e de relações entre elementos, isto é “de falar de uma ordem que é invisível ao olhar comum” (Turato, p.509).

O estado de arte da quantificação gira em torno de variáveis dependentes e independentes. Se focarmos a pesquisa unicamente no que já conhecemos e no que iremos quantificar, corremos o risco de ignorar factores que são extremamente significativos no que toca à justificação de determinada realidade, bem como na explicação da relação

estabelecida entre acontecimentos. Então, são os métodos qualitativos que providenciam descrições dos fenómenos, pois através deles podemos perceber os fenómenos, bem como o seu contexto. A abordagem qualitativa pode também ajudar a identificar padrões e configurações entre as variáveis com o propósito de efectuar distinções. É de salientar que este tipo de método não seve unicamente para descrever, mas também para explicar.

Por todas estas razões, o uso do método qualitativo na área da saúde tem vindo a crescer. Em paradoxo, muitas vezes este método tem sido desacreditado por depender tanto das competências como da perspetiva do investigador, o que leva a crenças que este pode ser utilizado por qualquer individuo, independentemente da sua experiência e conhecimento. (Soafer, 1999; Turato, 2005).

“No contexto da metodologia qualitativa aplicada à saúde, emprega-se a concepção trazida das Ciências Humanas, segundo as quais não se busca estudar os fenómenos em si, mas entender seu significado individual ou colectivo para a vida das pessoas” (Turato, 2005, p.509). O significado tem como que uma função de estrutura, pois leva a que as instituições de saúde e as que por elas são responsáveis a organizar os cuidados de acordo com os “significados” que determinado fenómeno tem para a comunidade.

3. Recolha e Tratamento de Informação

A investigação científica procura novos achados, utilizando diversas abordagens, tais como: (i) a abordagem descritiva ou analítica, descrevendo e analisando uma situação atual; (ii) a abordagem histórica ou documental, fazendo interpretação crítica de factos já conhecidos; (iii) a abordagem experimental ou causal, que visa descobrir novas correlações entre factos (Graça, 2010).

Tendo em consideração o referido por Graça (2010), este trabalho centrou-se nas duas primeiras abordagens. A conjugação de ambas permite que o trabalho seja conduzido ao seu objetivo último, pois possibilitam o conhecimento prévio da situação actual, a evolução do direito de acesso nos cuidados de saúde na Europa e em Portugal (abordagem histórica) e também o conhecimento do problema atual que se prende com a análise da transposição da Directiva para o ordenamento jurídico português (descritiva).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (2008), existem três grandes grupos de métodos de recolha de dados, os quais se podem utilizar como fontes de informação nas investigações qualitativas: (a) a observação; (b) o inquérito; (c) e a análise de documentos.

Para que fosse possível realizar uma abordagem histórica, foi necessário proceder a uma análise documental de documentos normativos, jurídicos, entre outros. De acordo com Bell (1993), a análise de documentos pode servir como complemento de outros métodos, mas pode também ser o método de pesquisa central, ou mesmo, exclusivo, de um projecto de investigação.

Para se proceder a uma análise documental, devem-se ter em conta duas etapas: a recolha de documentos e a análise dos mesmos.

3.1. A Recolha e a Seleção de Documentos

Bell (1993), lembra que a localização dos documentos pode ser muito variada, contudo na actualidade, imensa informação pode ser consultada através de bases de dados informáticas e de motores de busca.

Foram utilizadas algumas plataformas de busca *online*, tais como: B-on, Elsevier, JSTOR, Pubmed e SciELO. Os operadores booleanos e os descritores utilizados para recolher informação relevante foram: *acesso aos cuidados de saúde, barreiras ao acesso, cuidados de Saúde transfronteiriços, cuidados de saúde na Europa, cuidados de saúde em Portugal, direito de acesso aos cuidados de saúde, repercussões dos cuidados transfronteiriços, SNS, União Europeia*. Em todas as bases de dados se utilizaram todos os descritores supramencionados (em língua portuguesa e inglesa), utilizando-se o índice de títulos de artigos como filtro de pesquisa.

Além da pesquisa nas plataformas *online*, realizou-se uma busca manual de diversas obras presentes na biblioteca da ENSP-UNL coadjuvada pela plataforma DeGóis. Foram também consultados *sítes* governamentais e *sítes* oficiais da UE, que se constituíram como instrumentos fundamentais para a realização deste projecto.

Foram incluídos os documentos que procuravam: *i)* contextualizar e explorar a mobilidade de doentes além-fronteiras no seio da UE; *ii)* regulamentar os direitos dos doentes em Portugal e na Europa, bem como o direito à protecção da saúde.

É também importante relatar que os documentos podem ser classificados em: *(i)* fontes primárias, das quais são exemplos os documentos de ordem legislativa e os memorandos (Cohen e Marion, 1994); *(ii)* fontes deliberadas, as quais foram produzidas com o intuito de servir futuras investigações (Bell, 1993); *(iii)* fontes inadvertidas, as quais constituem o tipo de fonte primária mais comum e também de carácter mais valioso (Bell, 1993). São exemplos deste tipo de fontes relatórios emitidos por organismos competentes

em certa matéria; (iv) e fontes secundárias, as quais consistem em interpretações de fontes primárias (Bell, 1993). Marwick (1989) cit. por Bell (1993) refere que a discriminação entre fontes primárias e secundárias pode ser difícil, uma vez que, conforme o contexto, o mesmo documento pode ser percebido das duas formas.

De acordo com Gil (2002, p.44), “boa parte dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisas bibliográficas” e apresentam como principal vantagem da pesquisa bibliográfica o facto de se conseguir contemplar uma ampla gama de fenómenos, a qual seria mais restrita se a pesquisa fosse realizada diretamente.

Os documentos utilizados, para a realização deste trabalho, são sobretudo documentos primários, conquanto também foi necessária e indispensável o recurso a fontes deliberadas e a documentos secundários.

Não foram incluídos documentos que abordassem os cuidados além-fronteiras noutros continentes, para além do Europeu, uma vez que esta realidade é completamente inédita, pelo que não pode ser explorada em paridade com outras realidades que a ela se assemelhem.

3.2. O Tratamento da Informação

Para que fosse possível a análise dos documentos, considerados como fontes primárias, procedeu-se à análise de conteúdo dos mesmos, que de acordo com Miles e Huberman (1984), cit. por Flores (1994), deve ser dividida em três conjuntos de tarefas: (i) a redução dos dados; (ii) a apresentação dos dados; (iii) e as conclusões.

A redução dos dados pretende chegar a dados manuseáveis, através da categorização e da codificação (Flores, 2004). Uma das primeiras tarefas que cabe ao investigador é a realização da separação em unidades relevantes e significativas. No caso concreto do presente trabalho, foram realizados apontamentos pessoais e sublinhados, no que respeita à análise dos documentos jurídicos. Tal foi realizado, tendo em conta o objectivo *major* deste trabalho, o direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS em Portugal.

Numa primeira fase, para que se pudesse enquadrar o tema foi analisada a diversa legislação no âmbito da saúde, em Portugal e na Europa, de modo a obter informação sobre o quadro normativo do direito de acesso aos cuidados de saúde, tanto no seio da UE, como em Portugal. É de notar que para além dos documentos primários foram também

consultados livros, relatórios e pareceres¹⁹, os quais constituem fontes deliberadas e secundárias, respectivamente.

A segunda fase, visa simplificar a informação, de modo a que as conclusões possam ser retiradas de modo simples (Flores, 2004). O mesmo autor indica ainda, que muitas vezes não é necessário proceder à quantificação, quando o objectivo do investigador for de carácter unicamente descritivo, o que é o caso. Neste documento pretende-se descrever e sistematizar, tendo em vista o encadeamento lógico dos acontecimentos que nos remetem para a presente situação. Por exemplo, do início das Comunidades Europeias até à constituição da UE, a Europa e os seus EM, nomeadamente Portugal, passaram por diversas mudanças legislativas, as quais se apresentam como conteúdo fundamental para que compreendamos a conjuntura actual dos sistemas e políticas de saúde em Portugal e na Europa, os quais por sua vez abrangem o direito à protecção da saúde, o qual enquadra o direito de acesso aos cuidados de saúde.

Para que fosse possível a sistematização da informação procedeu-se à elaboração de fichas de leitura, as quais devem apresentar: indicações bibliográficas sobre a obra em análise; citações literais de trechos importantes da obra; e comentários pessoais (Eco, 1998). As fichas de leitura utilizadas para a realização deste projecto encontram-se no Anexo III.

Aqui passamos à última fase, as conclusões, as quais podem ser retiradas após a análise já explicitada e devem limitar-se à apresentação ordenada dos dados devidamente reduzidos, já que implicam maiores níveis de inferência. As tarefas de redução e de apresentação dos dados admitem fazer afirmações que progressivamente avançam desde o descritivo ao explicativo (Flores, 1994).

Neves e Morais (2000) procederam a uma investigação onde efectuaram uma análise qualitativa do conteúdo de documentos legislativos, e consideraram a frase como unidade de análise, o mesmo de passa neste documento.

É ainda importante mencionar que uma das principais desvantagens da análise documental, passa por frequentemente não ser explicitado pelos investigadores, as ferramentas conceptuais e lógicas que utilizaram para chegar a determinada conclusão (Flores, 1994).

¹⁹ Um “parecer” é um instrumento que permite às instituições fazer uma declaração de forma não vinculativa, ou seja, sem impor qualquer obrigação legal aos seus destinatários. Disponível em http://Europa.eu/eu-law/decision-making/legal-acts/index_pt.htm

4. Principais Dificuldades

Uma das dificuldades mais apontadas na literatura, para os investigadores que recorrem às metodologias qualitativas, passa pela necessidade de elaboração de um quadro conceptual distinto (Devers, 1999; Patton, 1999; cit. por Marques, 2008). O tempo despendido e o trabalho prévio para que seja possível a assimilação e compreensão dos diversos métodos, constituiu então uma das maiores dificuldades, no ponto de vista do investigador.

Como refere Turato (2005), a metodologia qualitativa, não trata do visível ao olhar comum e tem carácter subjectivo (Sarapioni, 2000) e muitas vezes este método por depender das competências e perspetiva do investigador leva a que seja visto como banal, podendo ser utilizado por qualquer um (Soafer, 1999; Turato, 2005). Assim, torna-se difícil a análise dos documentos secundários, pois é necessário acautelar a veracidade da informação analisada, bem como a sua interpretação.

Outro problema intrínseco à autora deste trabalho de projecto, prende-se com a linguagem jurídica. Não possuindo formação base na área do Direito, por vezes torna-se moroso o processo de escrita, bem como a aplicação correcta de termos jurídicos.

Destinando-se este documento a trilhar um caminho para futuros trabalhos de investigação no âmbito na mobilidade de doentes entre os países que integram a UE e uma vez que a temática abordada é extremamente recente, verifica-se a escassez de dados para que se possam auferir resultados mais concretos.

Por último, mas não de menor importância, uma das dificuldades sentidas está relacionada com o carácter dinâmico e mutável da realidade em investigação. Isto é, a análise do presente trabalho incide sobre uma temática considerada “nova” e que consequentemente sofre alterações permanentes, pois a transposição da Directiva para o ordenamento jurídico português e respectivos ajustes ainda não foram totalmente encerrados. Para além deste facto, é necessário lembrar que os sistemas de saúde por si próprios, bem como o quadro normativo que lhe é adjacente, possuem carácter dinâmico, multifactorial e muitas vezes imprevisível, o que constitui um desafio não só para esta investigação mas que se alarga ao âmbito da saúde pública e da gestão na saúde.

CAPÍTULO III – O ACESSO, A ACESSIBILIDADE E OS FACTORES QUE AFETAM O ACESSO AOS CUIDADOS DE SAÚDE

Nota Preambular

O acesso e a *acessibilidade* aos cuidados de saúde apresentam-se pilares fundamentais das políticas de saúde, pelo que convergem como direito de acesso aos cuidados de saúde, embora nos documentos que se referem ao direito de acesso, o termo *acesso* muitas vezes signifique na verdade *acessibilidade*.

Por diversas vezes o *conceito acesso* e o *conceito acessibilidade* são utilizados como sinónimos. Como iremos perceber ao longo deste capítulo, estes termos são utilizados com intuitos diferentes, isto é o conceito de acesso remete-nos para o acto de ingressar (entrada do utente num serviço de saúde), enquanto a noção de acessibilidade, se prende ao carácter do que é acessível, mas ambos são utilizados para indicar o grau de facilidade com que as pessoas, obtêm cuidados (Travassos e Martins, 2004).

Deste modo, a terminologia utilizada (acesso ou acessibilidade) depende da perspectiva dos autores. O *conceito acesso* é adoptado por autores que se centralizam na entrada inicial dos serviços de saúde, mas é de notar que este termo tem tendência a ser utilizado para além do seu objetivo (por exemplo, o acesso é muitas vezes confundido com o uso dos serviços de saúde e com a continuidade dos cuidados). Por sua vez o *conceito acessibilidade*, é utilizado por autores que se debruçam sobre vectores dos sistemas de saúde associados à procura, ou seja, a capacidade da oferta de produzir serviços adequados às necessidades em saúde das populações.

Neste capítulo são também abordados os factores que influenciam o acesso/acessibilidade aos cuidados de saúde, pois através da sua identificação, será possível conhecer quais as barreiras de maior relevância no acesso aos cuidados de saúde, o que se revela de extrema importância para a posterior análise da Directiva e suas potenciais repercussões no direito de acesso aos cuidados de saúde em Portugal.

1. O Conceito de Acesso e de Acessibilidade nos Cuidados de Saúde

1.1. O Acesso

Para além da sua afirmada relevância no âmbito das políticas e sistemas de saúde, este conceito é extremamente complexo e que varia conforme o tempo e o contexto. Quanto à avaliação do acesso, esta pode centrar-se nos resultados dos sistemas de saúde ou na relação entre os vários elementos que os compõem.

De acordo com Donabedian (1973), o *conceito de acesso* pode ser encarado de modo mais lato do que a mera disponibilidade de recursos, pois pode referir-se às próprias características dos serviços e dos recursos de saúde que facilitam ou limitam a sua utilização por potenciais usuários. O acesso aos cuidados de saúde, pode também ser considerado como uma dimensão da equidade e pode conceptualizar-se como a obtenção de cuidados de qualidade necessários e oportunos, no local e momento apropriados (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; cit. por DGS, 2012).

Sob outro ponto de vista, Andersen e Newman (1973) apresentam acesso como um dos elementos constituintes dos sistemas de saúde, que se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade dos tratamentos. Aqui a influência do acesso no uso de serviços de saúde, é mediada por factores individuais, definidos como: (i) factores predisponentes, como por exemplo o género; (ii) factores capacitantes (meios disponíveis para obtenção de cuidados de saúde); (iii) e necessidades de saúde (condição de saúde percebida ou diagnosticada. Para os autores o acesso apresenta-se como um factor explicativo do padrão de utilização dos serviços de saúde.

Em estudos posteriores, Andersen (1995), torna o conceito de acesso multidimensional, composto por dois elementos:

- (i) Acesso potencial: incorpora os factores individuais que ampliam ou limitam a capacidade de uso, que representam apenas um subconjunto dos factores que explicam o acesso realizado, já que estes para além dos factores capacitantes, incluem também os factores predisponentes, as necessidades de saúde e os factores contextuais. O autor acrescenta ainda que o acesso potencial pode ser medido pelo uso acesso realizado.
- (ii) Acesso realizado: refere-se uso dos serviços e pode ser medido através do acesso efectivo e eficiente. O acesso efectivo resulta do uso de serviços que melhora as condições de saúde ou a satisfação dos utentes com os serviços. Por outro lado, o acesso eficiente refere-se ao nível de mudança na saúde ou na satisfação²⁰ relativamente ao volume de serviços de saúde consumidos.

²⁰A satisfação traduz uma atitude, emoção ou sentimento que pode ser verbalizado e medido através de opiniões e percepções (Graça, 1999). Na perspectiva de Oliver (1980), o nível de satisfação dos clientes aumenta quando a percepção da qualidade do serviço preenche ou excede a expectativa do cliente. Zeithaml, Berry e Parasuraman (1993) acrescentam ainda, que a satisfação pode não ser fruto direto da diferença entre expectativas e desempenho, pois os clientes apresentam uma zona de tolerância e desde que as expectativas aí de mantenham, sentem-se satisfeitos. A satisfação, é ainda de acordo com Donabedian (1988) e com Vuori (1984), cit. por Lourenço (2010), um importante instrumento na avaliação dos cuidados de saúde.

A avaliação da equidade²¹ no acesso pode ser apurada através de factores individuais capazes de explicar o uso de serviços de saúde (Andersen, 1995).

Nos meados da década de 90, é proposta uma nova definição de acesso pelo Comité para o Monitoramento do Acesso aos Serviços de Saúde do *Institute of Medicine* (IOM) dos Estados Unidos da América (EUA), passando este conceito a ser conjecturado, como o uso de serviços de saúde em tempo adequado para obtenção do melhor resultado possível (Millman, 1993). Assim, acesso passa a ser sinónimo de uso e é acrescentado ao conceito, a dimensão temporal.

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), no ano de 1993, considera acesso como a provisão do cuidado adequado, no momento adequado e no local adequado; portanto a dimensão temporal começa a ganhar relevância em todo o contexto internacional da saúde. Contudo, neste caso, o conceito de acesso não abrange qualquer uso, limitando-se apenas ao uso qualificado, isto é, aquele que ocorre no momento adequado (tendo em conta o problema de saúde), utilizando os corretos recursos e executando o tratamento de forma correcta.

A OMS, no ano 2001, propôs para discussão um novo indicador de avaliação de desempenho dos sistemas de saúde, denominada de “cobertura efetiva”, que é definida como a proporção da população que necessita de determinado procedimento e que recebeu de forma efetiva esse procedimento. Contudo, a “cobertura efetiva” é uma medida de resultado, apresentando limitações na medida em que só os indivíduos que procuram os cuidados são avaliados. O IOM indica ainda que o acesso como conceito de resultado não considera os factores do sistema de saúde como explicativos de variações nos padrões de utilização em diferentes grupos populacionais. Assim, o enfoque da avaliação do acesso centra-se na existência de variações no uso de procedimentos específicos, mas não na explicação para tais variações.

1.2. A Acessibilidade

A capacidade de produzir serviços adequados às necessidades em saúde das populações como característica da oferta, pode ser definida como acessibilidade (Donabedian, 1973). Não se trata apenas da disponibilidade de recursos em determinado momento ou lugar, pois está intimamente relacionado com as características dos serviços

²¹ A equidade na saúde implica uma justa distribuição dos serviços/recursos em função das necessidades, o que implica uma igualdade de oportunidades de acesso para igual necessidade (Giraldes, 2005). Waters (2000) menciona que a equidade é de importância central na definição de políticas de saúde e um dos princípios básicos de qualquer sistema de saúde (Giraldes, 2005). É reconhecida como uma das dimensões mais relevantes da qualidade de cuidados de saúde e é um atributo chave na avaliação dos mesmos (Clark, 2007).

de saúde e da sua adequabilidade às necessidades dos indivíduos. O autor referido anteriormente, enumera duas dimensões da acessibilidade: (i) a socio-organizacional, a qual abarca toda a pluralidade das características da oferta de serviços que interferem na relação do utilizador/utente com os mesmos (não incluindo os aspetos geográficos); (ii) e a dimensão geográfica, que diz respeito à distribuição espacial dos recursos e que pode ser medida pela distância ou tempo de deslocação e pelo custo da deslocação. É ainda de mencionar que para o autor, os atributos dos indivíduos não integram a noção de acessibilidade, apesar desta se assumir como mediadora entre as características da população e a utilização de serviços de saúde. O autor chega mesmo a mencionar que a acessibilidade indica o ajuste entre as necessidades dos pacientes e os serviços e recursos utilizados.

Noutra perspetiva (Frenk, 1985), a acessibilidade pode ser encarada como a conexão entre um conjunto de obstáculos (resistência) para procurar e obter cuidados e a capacidade da população em superar tais dificuldades (poder de utilização). Os possíveis obstáculos supramencionados são imensamente relevantes, pelo que serão expostos em seguida, de modo a conjecturar a importância da equidade no acesso, cujo conceito é indispensável apreender para que se possa enquadrar um dos grandes pilares deste trabalho, o direito de acesso aos cuidados de saúde.

1.3. Os factores que afetam o acesso/acessibilidade aos cuidados de saúde – conceitos económicos

Ao longo das últimas décadas tornou-se premente a disponibilidade de um acesso mais equitativo aos serviços de saúde, pois apenas os incrementos permanentes da oferta não se revelaram suficientes para responder às necessidades da procura.

De acordo com Cruz e Manso (2004), os atributos que caracterizam o mercado da saúde são bem conhecidos e demarcados. Entre eles encontram-se: (i) saúde como bem de mérito²²; (ii) a natureza da procura; (iii) informação assimétrica; (iv) as condições da oferta; (v) estrutura de mercado; (vi) externalidades²³; (vii) e em especial a incerteza. A corroborar esta última ideia está Barros (2009, p.31), que menciona que “se há algo que exista, persista e envolva o setor da saúde é incerteza: incerteza quanto ao momento que se necessita de cuidados, incerteza quanto ao custo desses cuidados médicos, incerteza quanto ao estado

²² “Bem que não seria consumido por livre iniciativa do consumidor, e que cujo acto de consumir beneficiará não apenas o próprio, mas também outros indivíduos que com ele se relacionem, senão mesmo a sociedade como um todo” (Matias, 1995, p.10).

²³ Efeitos externos no consumo ou na produção (Barros, 2009)

de saúde, incerteza quanto ao tratamento adequado (...)", em suma, existe a imprevisibilidade da doença e a imprevisibilidade da produção.

Neste contexto, a própria estrutura (atributos) do mercado da saúde leva a imperfeições de mercado, a barreiras à entrada e à interdependência entre a oferta e a procura (Mateus, 2013).

1.3.1. As imperfeições de mercado

A natureza da procura e a consequente assimetria de informação, relaciona-se com algumas imperfeições de mercado, tais como:

- (i) Relação de agência: Derivada da assimetria de informação entre consumidor e prestador. Assim, o consumidor (paciente) delega as suas decisões noutro agente económico (o médico) que possui mais informação (Barros, 2009);
- (ii) Indução da procura pelo prestador: Devida a melhor informação e conhecimento, os profissionais de saúde, têm a capacidade de artificialmente criar procura para os seus serviços (Barros, 2009);
- (iii) "Risco moral": É uma consequência direta da assimetria de informação. "existe uma situação de risco moral quando duas partes se envolvem num contrato em condições de simetria de informação, mas posteriormente uma delas realiza uma ação que não é passível de ser escrita num contracto e que influencia o valor da transação" (Barros, 2009, p170). Pode ser caracterizado como a sobreutilização dos serviços (Maia, 2004);
- (iv) Seleção adversa: Consiste na seleção, *ex-ante* ao estabelecimento de um contracto de seguro de saúde, por parte de uma seguradora de um grupo específico de indivíduos com características de risco estimadas como superiores, relativamente à restante população (Maia, 2004). Este ponto não se verifica nos sistemas de saúde públicos, uma vez que a sua cobertura é universal.

1.3.2. Barreiras de entrada

As principais barreiras de acesso aos cuidados de saúde apontadas na literatura, são de ordem económico-financeira, temporal (tempo de espera e distância), organizacional e aqueles obstáculos relacionados com a prática médica (Dutton, 1986).

1.3.3. A interdependência entre a procura e a oferta

a) O lado da procura

Pelo lado da procura, os consumidores exercem a sua escolha baseados na necessidade de consumo de tais serviços, pelo que este tipo de consumo é altamente imprevisível (Medici, 1983; Cruz e Manso, 2004).

Henderson (1999), expõe que o acesso a cuidados médicos, ou a sua necessidade, difere de acordo com as circunstâncias de cada indivíduo, tais como a idade, género e condição socioeconómica. Rosentock (1990), por sua vez, enumera três factores que podem levar o indivíduo a recorrer a um serviço de saúde: (i) a propensão à ação; (ii) a avaliação das vantagens e desvantagens de adotar uma ação em saúde; (iii) e os estímulos internos e externos, para adoptá-la. É então, fulcral a percepção do indivíduo sobre os benefícios e as barreiras na adopção de uma determinada acção em saúde.

Os factores psicossociais determinantes e influentes ao nível da procura de serviços de saúde são: (i) o envelhecimento da população (OMS, 2007); (ii) a diferença entre géneros²⁴; (iii) os valores culturais (McPherson, 1990); (iv) a condição de saúde do indivíduo (equidade vertical e horizontal)²⁵; (v) o rendimento; (vi) o nível de educação; (vii) e as doenças crónicas (mais acentuadas a partir da meia-idade, de acordo com Almeida, 2010).

Godinho e Lucas (1987), cit. por Cruz e Manso (2004), em Portugal, explicam que os consumidores de cuidados de saúde apresentam profundas assimetrias de informação, devido a diferenças culturais, aos graus de instrução, aos níveis socioeconómicos, à profissão, à residência, à idade e ao género.

b) O lado da oferta

Ao contrário do que seria de se esperar numa perspectiva de mercado (aqui um *quasi-mercado*²⁶), do lado da oferta o lucro não é um motivo explicativo para a procura crescente e dinamização do mercado da saúde, pois as instituições no âmbito do SNS, devido ao seu carácter público (neste momento o SNS baseiam-se no modelo de separação

²⁴ As mulheres consomem mais cuidados de saúde do que os homens, o que é explicado pela esperança média de vida no sexo feminino se apresentar superior à do sexo masculino (McPHERSON, 2010 e OMS, 2007)

²⁵ A equidade vertical refere um tratamento desigual para situações diferenciadas. Por sua vez a equidade horizontal significa igualdade de tratamento para indivíduos com iguais necessidades, a qual é amplamente discutida na área da saúde (Simões, Paquete e Araújo, 2006; Barros, 2009).

²⁶ O *quasi-mercado* difere dos mercados tradicionais porque a capacidade de consumo do comprador não é definida em termos monetários. Na generalidade dos casos não é o utilizador que faz a escolha direta em relação às decisões de compra de serviços. O *quasi-mercado* para a prestação de serviços de protecção social difere dos mercados tradicionais em três pontos: pela existência de organizações não lucrativas em competição; pela centralização do poder de compra numa agência pública; pela representação dos consumidores por agentes (Le Grande *et al.*, 1993; cit. por Silva, 2003).

entre estado prestador e estado financiador²⁷), não têm como o objectivo último os proveitos (Barros, 2009; Cruz e Manso, 2004).

Numa envolvente assumida de incerteza cabe aos sistemas de seguros, sejam estes públicos ou privados, de atenuar a não previsibilidade, perante os segurados (BARROS, 2009). Assim, é de extrema importância que os decisores políticos tenham em consideração os factores que levam os indivíduos a utilizar os serviços de saúde para que possam elaborar políticas céleres relativas à equidade.

Para atenuar o problema do risco moral, já anteriormente referido, a provisão de cuidados de saúde poderá então ser garantida através de uma solução competitiva ou por uma solução universalista. No contexto Português, a solução apontada foi a criação de um Serviço Público de Saúde (SNS) – uma resolução de carácter universal. Contudo, esta solução apresenta também os seus problemas na medida em que: os indivíduos portadores de seguro de saúde recorrem muito mais aos serviços de saúde, do que se não estivessem segurados, o que leva a um aumento do custo marginal social, o qual geralmente conduz a perdas potenciais de bem-estar social associadas ao consumo individual de cuidados de saúde (Matias, 1995).

É ainda de mencionar que em Portugal, o financiamento do sistema de saúde²⁸ dá-se através dos impostos e que apesar de aparentemente progressivo (os cidadãos com maiores rendimentos financiam mais, do que os mais pobres), o sistema revela-se altamente regressivo. Apesar da generosidade das deduções fiscais a Comissão para a Sustentabilidade do Financiamento do SNS (2008) demonstrou que 44% das famílias com rendimento insuficiente para pagar Imposto sobre o Rendimento de Pessoas Singulares (IRS) não chegam a beneficiar das deduções (Furtado e Pereira, 2010).

Para que a preocupação com a equidade na área da saúde se assumisse como um pensamento transversal à grande maioria das sociedades contemporâneas, existiu um longo percurso percorrido pela humanidade ao longo dos séculos, mas que teve o seu apogeu no século XX. Dada a importante evolução no âmbito do direito de acesso aos cuidados de

²⁷ O modelo de separação entre financiador e prestador tem como propósito a introdução de mecanismos de mercado em sistemas de gestão pública. A produção do serviço torna-se a única preocupação do prestador, que deixaram de possuir um orçamento quase inesgotável, pelo que devem procurar formas eficientes para a gestão dos seus fundos. As receitas dos prestadores, dependem dos contractos com compradores/financiadores (Street, 2004).

²⁸ Furtado e Pereira (2010) enumeram que em Portugal a saúde é financiada por quatro vias principais. Maioritariamente através dos impostos directos e indirectos. Uma segunda forma de financiamento prende-se com os seguros sociais, como por exemplo, a ADSE. Uma terceira forma é o pagamento de prémios de seguros privados. E por último é também possível recorrer a pagamentos directos.

**A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS**

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

saúde ao longo das últimas décadas, o próximo capítulo pretende dar a conhecer quais os grandes marcos evolutivos nesta matéria.

**CAPÍTULO IV – O DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE –
CONCEITOS E CONTEXTUALIZAÇÃO POLÍTICA E LEGAL: O
MUNDO E A EUROPA**

Nota Preambular

O direito de acesso a cuidados de saúde decorre de modificações normativas verificadas na segunda metade do século XX, onde foram consagrados os Direitos Humanos através da DUDH. Conquanto, a luta das populações europeias por este direito iniciou-se no século XVIII, com a Revolução Industrial.

Em Portugal, a CRP prevê o direito de acesso aos cuidados de saúde, desde 1976. O artigo 64.º (*ibid.*) incumbe directamente ao Estado, a protecção da saúde dos cidadãos portugueses através da criação de um sistema nacional de saúde, de carácter universal, geral e tendencialmente gratuito, tendo em consideração as condições económicas dos indivíduos.

Assim, para que o direito à protecção da saúde seja garantido são considerados fundamentais os sistemas de saúde. Por outro lado, cabe à gestão dos sistemas de saúde tornar os cuidados de saúde e o acesso aos mesmos, o mais equitativos possível. Caso os direitos de acesso sejam corrompidos pode cair-se no erro crasso de violar o artigo 64.º da CRP, a qual assume carácter imperativo no quadro normativo português. Para além disso, corre-se o risco de profanar também os princípios fundamentais de quadros normativos internacionais e da UE.

No contexto actual de crise económica, torna-se cada vez mais relevante a questão dos custos e do combate ao desperdício, porém, os sistemas de saúde não devem comprometer o acesso pelos cidadãos aos mesmos. Assim, cabe à gestão da saúde assegurar que não exista desperdício de recursos, bem como garantir que são prestados cuidados de acordo com a necessidade dos cidadãos, sem comprometer os seus direitos em matéria de saúde.

Nesta linha de pensamento, o direito de acesso aos cuidados de saúde surge como fundamental para a saúde pública, afirma-se peça fulcral para uma adequada gestão da saúde, e constitui um elemento essencial no desempenho dos sistemas de saúde.

1. O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde

1.1. Direito de Acesso a Cuidados de Saúde- Origens e Evolução Histórica

1.1.1. Origens

De acordo com Dallari (1988), o termo “direito” é de extrema complexidade e refere-se a um ramo do conhecimento humano (a ciência do Direito), tendo como objecto de

estudo o direito, ou seja, um sistema de normas que regulam o comportamento de homens em sociedade. Na saúde este termo é empregue com um carácter reivindicativo, mas de facto nesta área o *conceito de direito* não pode ser alienável a aspetos sociais e individuais.

É ainda de salientar que a efectiva liberdade necessária à liberdade individual e coletiva do direito à saúde, depende do grau de desenvolvimento do Estado, pois unicamente num Estado desenvolvido ao nível económico, social e cultural, o indivíduo é livre para procurar um completo bem-estar físico, mental e social²⁹ e no caso de doença participar na sua recuperação. Relativamente ao coletivo aplica-se o mesmo, uma vez que aqui, o que importa é a capacidade do Estado em conferir medidas de protecção igualitárias para todos os cidadãos (Dallari, 1988).

As questões jurídicas que o Direito da Saúde abrange são diversas, uma vez que incluem aspectos do direito: administrativo, constitucional, contratual, penal, empresarial, criminal, ambiental, laboral, fiscal, entre outros. Este conceito extremamente complexo não é portanto de fácil apreensão, devidas as suas sub-especializações (Faria, Mariner e Annas, 2009).

Entre as várias vertentes que englobam o direito da saúde, encontra-se a Saúde Pública, a qual se refere ao poder do governo no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença, bem como à regulação do mercado da saúde. O Direito da saúde pode contribuir valiosamente tanto para as estruturas de saúde, bem como para os direitos fundamentais, uma vez que existem evidências substanciais que o acesso a cuidados de saúde regulares mantém uma população mais saudável. Por outro lado, as populações com pouco acesso a cuidados de saúde têm maior risco de mortalidade (IOM, 2011; cit. por Faria, Mariner e Annas, 2009). Assim, o caminho a prosseguir encontra-se na direcção de um Direito de Acesso universal à saúde, pois uma população mais saudável contribuirá para uma sociedade cada vez mais desenvolvida.

1.1.2. Evolução Histórica

O reconhecimento do direito à protecção da saúde, remonta ao final do século XVIII, período onde se deu a Revolução Industrial. As alterações sociais verificadas colocaram algumas questões relativas à saúde e entre elas encontrava-se a importância do acesso aos cuidados de saúde, bem como a sua organização. O debate sobre tais problemáticas culminaram com o reconhecimento de que as condições sanitárias eram fundamentais para

²⁹ A OMS em 1948, definiu saúde como “um completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou enfermidade” (Loureiro e Miranda, 2010).

a manutenção da saúde (Chadwik, 1843; cit. por Loureiro e Miranda, 2010) e com a descoberta dos agentes patogénicos causadores de doença (Ferraz, 2008).

Foi na Alemanha que surgiu o primeiro seguro de saúde obrigatório, um modelo que arrastou outros países a adoptarem sistemas idênticos, os quais vigoraram até à 2ª Guerra Mundial (Sakellarides, 2005). Também em 1942, como anteriormente referido, Beveridge, na Grã-Bretanha, conceptualiza um modelo de acesso a cuidados de saúde de carácter universal, através do seu relatório “*Social Insurance and Allied Services*”³⁰, o qual deu origem ao Estado-Providência³¹. Com a adopção do *White Paper* de 1944, *A National Health Service*³², foi firmada a gratuidade e abrangência dos cuidados de saúde.

Através do *National Health Service Act*, datado de 1946, o Estado passa a ter a responsabilidade definitiva pelo acesso igualitário aos cuidados de saúde pelos cidadãos, independentemente da sua condição social, da sua idade ou sexo. Os cuidados de saúde passam então a ser gratuitos no acto da prestação, pois já haviam sido pagos anteriormente através da tributação de rendimentos (Santos, 1987).

Após a 2ª Guerra Mundial, pela primeira vez existiu consenso quanto ao direito aos cuidados de saúde, o qual foi personificado na DUDH, em 1948, assinada em Paris, pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Embora breve, esta declaração (*ibid.*) faz referência ao direito aos cuidados de saúde, no n.º1 do seu artigo 25.º, onde se pode ler: “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência independentes da sua vontade”.

No mesmo ano é fundada a OMS, que estabelece na sua Constituição a finalidade de atingir o mais alto nível de saúde para todas as pessoas. Assim, o surgimento da OMS força a integração das abordagens biomédica, tecnológica e social, que se tinha mostrado difícil de concretizar até à data (Loureiro e Miranda, 2010). Foi através do preâmbulo deste documento, que foi expandido o conceito de saúde: “(...) saúde é um estado de completo

³⁰ Sobre a influência do Relatório no âmbito da saúde, consultar o artigo de Musgrove (2000), *Health insurance: the influence of the Beveridge Report*. Disponível em [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)845.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)845.pdf)

³¹ (...) é o resultado de um compromisso, ou de um certo pacto teorizado no plano económico por Keynes, entre o Estado, o capital e o trabalho, nos termos do qual os capitalistas renunciam a parte da sua autonomia e dos seus lucros e os trabalhadores a parte das suas reivindicações. Esta dupla renúncia é gerida pelo Estado (...)”, o qual transforma as tributações em capital social (Santos, 1987)

³² Disponível em <http://www.ssa.gov/policy/docs/ssb/v7n3/v7n3p12.pdf>

bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (OMS, 1948).³³

Após a DUDH surge o PIDESC³⁴, em 1966, no seio da Organização das Nações Unidas (ONU), que faz também referência à protecção da saúde, através do seu artigo 12.º mencionando que “(...) os Estados Partes no presente pacto reconhecem o direito de todas as pessoas de gozar do melhor estado de saúde física e mental possível de atingir”. No seu n.º2 deste artigo, são ainda relatadas quais as medidas necessárias para atingir o nível de saúde desejado, entre as quais é exposta a necessidade de “criação de condições próprias a assegurar a todas as pessoas serviços médicos e ajuda médica em caso de doença”. É ainda referido no n.º2 do artigo 2.º, o direito à não discriminação em razão de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou qualquer outra opinião, origem nacional ou social, fortuna, nascimento, ou qualquer outra situação.

Após todos os desenvolvimentos sociais supracitados, no quadro internacional, os Estados veem-se obrigados a assumir novas responsabilidades perante os seus cidadãos, não só ao nível dos cuidados de saúde, mas de acesso aos mesmos.

Enquadrado no quadro normativo internacional, o direito à protecção da saúde, torna-se cada vez mais relevante e o objetivo dos sistemas de saúde, os quais passam a prestar atenção especial à acessibilidade dos sistemas de saúde e ao acesso aos mesmos, pelos cidadãos. Podemos então afirmar que o acesso aos cuidados de saúde passa a ocupar uma posição central entre os direitos fundamentais, os quais iremos explorar no âmbito europeu e no espaço nacional.

2. O Direito de Acesso a Cuidados de Saúde na Europa – Evolução Histórica

Para uma melhor contextualização do direito de acesso a cuidados de saúde na Europa é importante considerar o processo de construção da UE actual, bem como os direitos dos cidadãos europeus, que lhe são inerentes.

Após a Segunda Guerra Mundial, foi instituída a partilha da indústria do carvão e do aço por seis países europeus (França, Itália, Alemanha e os países integrantes da Benelux), através do Tratado de Paris (1952), o qual edificou a Comunidade Europeia do Carvão e do Aço (CECA). Este Tratado, permitiu então lançar as bases da Comunidade, instituindo um

³³ A Constituição da OMS. Disponível em http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

³⁴ Disponível em http://www.unfpa.org.br/Arquivos/pacto_internacional.pdf

órgão executivo designado de “Alta Autoridade”, uma Assembleia Parlamentar, um Conselho de Ministros, um Tribunal de Justiça e um Comité Consultivo.

Mais tarde com a entrada em vigor do Tratado da CEE (1958) foi constituída a CEE, que ao contrário da CECA, que apresentava uma vigência de 50 anos e mostrava uma constância ilimitada (artigo 240.º do Tratado da CEE).

O Tratado da CEE previa o desenvolvimento de relações mais estreitas entre os EM, para além de outros objetivos³⁵ (Naglic, 2014). É também no âmbito deste tratado que se inicia a possibilidade de livre de circulação de mercadorias e a mobilidade dos factores de produção (livre circulação de trabalhadores e das empresas, liberdade de prestação de serviços e a livre circulação de capitais).

De acordo com a evolução dos acontecimentos no seio da Comunidade Europeia (CE), no início da década de 70 a coordenação dos sistemas de SS, com o fim de auxiliar a mobilidade dos trabalhadores (e seus familiares), adoptou o Regulamento (CEE) n.º1408/71, de 14 de Junho³⁶. Este regulamento veio garantir a igualdade de tratamento e dos benefícios sociais ao cargo dos sistemas de SS ou de saúde, independentemente do lugar de emprego ou de residência, a todos os trabalhadores assalariados ou não assalariados e aos membros das suas famílias que se deslocam no interior da Comunidade (Campos e Simões, 2011). O conteúdo do Regulamento (CEE) n.º1408/71, de 14 de Junho é actualizado em 2004, pelo Regulamento (CE) n.º883/2004, de 29 de Abril, do Parlamento Europeu e do Conselho, o qual iremos abordar mais adiante, neste trabalho.

Após a formação da CECA e da CEE, em 1967 entrou em vigor o Tratado de Fusão, que institui um Conselho e uma Comissão únicos para as Comunidades Europeias (CECA, CEE e Comunidade Económica Europeia Atómica – CEEA).

Posteriormente a terem sido auferidas algumas rectificações dos Tratados e de diversas Cimeiras, em Londres no ano de 1981, os Ministros dos Negócios Estrangeiros da Alemanha e da Itália, apresentam uma proposta de “Acto Europeu”. Este documento previa incidir sobre diversos domínios - entre eles os direitos fundamentais - mas nunca chegou a ser adoptado. Todavia, no mesmo ano, o Parlamento Europeu criou uma Comissão dos Assuntos Institucionais destinada a elaborar um projecto de alteração dos Tratados existentes, a qual elaborou um projecto que antevia a constituição da UE – o Acto Único Europeu (AUE), que entrou em vigor em 1986.

³⁵ Os objetivos do Tratado da CEE podem ser consultados em http://www.Europarl.Europa.eu/ftu/pdf/pt/FTU_1.1.1.pdf

³⁶ Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1971R1408:20080707:PT:PDF>

O AUE³⁷ constituiu a primeira modificação substancial do Tratado da CEE, em diversos domínios, inclusivamente ao nível da política social e coesão económica e social (Lehmann, 2014).

Porém, as políticas de coesão social, nomeadamente no que respeita à cidadania europeia, apenas foram firmadas em 1992 com o TUE, no qual se uniram esforços para existisse “o reforço da defesa dos direitos e dos interesses dos nacionais dos seus Estados-Membros, mediante a instituição de uma cidadania da União”. Em conformidade com a cidadania nacional, a cidadania da UE designa uma relação entre o cidadão e a União caracterizada por direitos, deveres e pela participação na vida política (Bux, 2014, p.1). A cidadania da União é acrescida à cidadania nacional, não sendo de carácter substitutivo (artigo 9.º do TUE e artigo 20.º do Tratado de Funcionamento da União Europeia - TFUE), mas implica, como já foi referido, uma panóplia de direitos e deveres³⁸.

No contexto da cidadania europeia, a liberdade de circulação e de residência de pessoas na UE, constitui uma âncora de extrema relevância (artigo 3.º, n.º2, do TUE; artigo 21.º e títulos IV e V do Tratado de Lisboa). O conceito de livre circulação de pessoas nos seus primórdios (aquando da instituição da CEE), referia-se apenas à livre circulação de pessoas consideradas intervenientes económicos, mas com a entrada em vigor do TUE e com a consequente introdução da cidadania europeia, passou a ser possível a livre circulação e residência das pessoas no território dos EM (Hartmann, 2014).

2.1. Os Tratados Europeus e a sua importância na Protecção da Saúde e para o Direito de Acesso a Cuidados de Saúde

O TUE³⁹ reconheceu a saúde pública como um dos ramos da política europeia, passando esta a constituir um capítulo independente do tratado (Capítulo X, artigo 129.º). Apesar da sua relevância não é considerado um documento que tenha gerado mudanças significativas no que diz respeito à competência europeia em matéria de saúde pública, uma vez que esta se manteve como complementar à atuação dos EM, neste âmbito. “Claramente, a gestão e a prestação de serviços de saúde continuaram na responsabilidade exclusiva de cada Estado” (Campos e Simões, 2011, p.79).

³⁷O Acto Único Europeu encontra-se disponível em http://Europa.eu/eu-law/decision-making/treaties/pdf/treaties_establishing_the_european_communities_single_european_act/treaties_establishing_the_european_communities_single_european_act_pt.pdf

³⁸O conteúdo da cidadania da União, pode ser consultada em http://www.Europarl.Europa.eu/ftu/pdf/pt/FTU_2.1.1.pdf

³⁹O TUE encontra-se disponível em http://Europa.eu/eu-law/decision-making/treaties/pdf/treaty_on_european_union/treaty_on_european_union_pt.pdf

Contudo, durante os anos 90, a UE empenhou-se em desenvolver a primeira estratégia em matéria de saúde pública, através de programas de acção específicos, desenvolvendo oito programas temáticos: *i)* promoção e vigilância da saúde; *ii)* cancro; *iii)* toxicoddependência; *iv)* sida ou outras doenças transmissíveis; *v)* controlo sanitário; *vi)* doenças raras; *vii)* acidentes e traumatismos e *viii)* doenças resultantes da poluição (Campos, 2010).

Em 1999, data que entrou em vigor um novo tratado no seio da UE – o Tratado de Amesterdão⁴⁰ - o qual veio atribuir uma maior importância à protecção da saúde. Todos os órgãos comunitários passaram a estar obrigados a “assegurar um nível elevado de protecção na saúde em todas as políticas e ações da comunidade” (Título XIII, artigo 152.º, n.º1, *ibid.*), assim a protecção da saúde revela-se como fundamental na coesão europeia (Campos e Simões, 2011). Jardim (2009), acrescenta ainda que mesmo com as alterações auferidas por este tratado, as competências da comunidade europeia em matéria de protecção da saúde, não saíram suficientemente reforçadas, mantendo-se um modelo de concomitância de várias políticas e não de uma só política de saúde, revelando-se numa não harmonização legal.

Depois da entrada em vigor do Tratado de Amesterdão, no ano de 2002, os oito programas previamente existentes foram substituídos por um programa de acção mais abrangente, visando três grandes objectivos: *i)* melhoria da informação em matéria de saúde; *ii)* reacção rápida às ameaças de saúde; e *iii)* promoção da saúde (Campos, 2010).

Em 2003 entra em vigor o TFUE⁴¹, que pouco vem acrescentar ao que já havia sido preceituado relativamente à saúde pública, no Tratado de Amesterdão. Contudo, em 2006, é adoptada pelo Conselho, a Declaração sobre “Valores e Princípios Comuns aos Sistemas de Saúde da UE”, assinada pelos 25 Ministros da saúde da UE. Este documento faz menção aos valores e princípios comuns, sobre os quais se fundamentam os sistemas de saúde europeus. Tais valores passam pela universalidade, o acesso a cuidados de qualidade, a equidade e a solidariedade. Assim, esta declaração constitui como que um ponto de ingresso para a revalorização da saúde no Tratado de Lisboa (Campos e Simões, 2011).

⁴⁰O Tratado de Amesterdão encontra-se disponível em https://www.ecb.Europa.eu/ecb/legal/pdf/amsterdam_pt.pdf.

⁴¹O TFUE encontra-se disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12001C/TXT&from=PT>

Por sua vez o Tratado Lisboa⁴² – que vigora desde 1 de Dezembro de 2009 – vem apenas reforçar o já inferido pelo Tratado de Amesterdão e pelo TFUE, acrescentando pouco mais. A União, neste ponto, manteve-se prudente nas suas competências e propôs-se a avançar com políticas que autentiquem um elevado nível de protecção da saúde.

Contudo, torna-se premente indicar as diferenças que aparecem entre os Tratados supramencionados, no âmbito da saúde pública.

A saúde pública que anteriormente figurava no Título XIII, passa após o Tratado de Lisboa passa agora a estar mencionada no Título XIV (nova numeração do TFUE). O artigo 152.º, passa agora a constituir o artigo 168.º, o qual sofreu alterações também ao nível do seu conteúdo.

No actual artigo 168.º (*ibid.*) é referido que a acção da Comunidade - apesar de assegurar em elevado nível de protecção da saúde, na definição e execução de todas as políticas - é complementar às políticas nacionais e “incidirá na melhoria da saúde pública e na prevenção das doenças e afecções físicas e mentais e na redução das causas de perigo (...)” para tais afecções (n.º1, *ibid.*).

No seu n.º2 (*ibid.*), é ainda indicado que “a Comunidade incentivará a cooperação entre os EM nos domínios a que se refere o artigo, apoiando se necessário, a sua acção” e ainda que “em especial incentiva a cooperação entre os Estados-Membros a fim de aumentar a complementaridade dos seus serviços de saúde nas regiões fronteiriças”.

O n.º7 (*ibid.*), indica que “a acção da União respeita as responsabilidades dos Estados-Membros no que se refere à definição das respectivas 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 afectados (...)”.

Assim, a política de saúde da UE continua puramente complementar às políticas nacionais, sendo neste tratado, reforçada a ação directa dos EM e reafirmando-se o princípio da subsidiariedade na área da saúde. Com a entrada em vigor do Tratado de Lisboa é introduzida também uma inovação fundamental para a saúde pública, na medida em que no seu artigo 168.º (n.º5) é referido que é papel da UE “o combate aos flagelos transfronteiriços, fomentando a informação sobre as respectivas causas, formas de transmissão e prevenção (...)”, bem como “iniciativas para definir orientações e indicadores, organizar o intercâmbio de melhores práticas e preparar os elementos necessários à

⁴²O Tratado de Lisboa encontra-se disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=PT>

vigilância e à avaliação periódicas”. São assim fortalecidas as proficiências da UE no que respeita à capacidade de reação às ameaças graves à saúde dos cidadãos da comunidade (Campos e Simões, 2011 e Jardim, 2009).

A acção da UE, passou também a incluir a promoção da cooperação entre EM, continuando contudo, a respeitar as responsabilidades dos EM, no que concerne à definição das respetivas políticas de saúde, bem como à organização e prestação de serviços de saúde e cuidados médicos (artigo 168.º, n.º7, *ibid.*).

É ainda relevante mencionar o acolhimento da Carta dos Direitos Fundamentais, como protocolo anexo ao Tratado de Lisboa, incluindo direitos com implicações na saúde pública, nos cuidados de saúde, na investigação clínica e na política de saúde em geral (Campos e Simões, 2011).

É também importante mencionar outros documentos que constituem marcos em matéria de protecção da saúde e direitos dos doentes.

A CSE⁴³ é olhada como maior relevância para a saúde, do que os seus precedentes – DUDH⁴⁴, Convenção Europeia dos Direitos do Homem (1950)⁴⁵ e PIDESC. Criada em 1961, no âmbito do Conselho da Europa (n.º1 do artigo 11º, *ibid.*), firma a importância do direito à protecção da saúde, ao impor aos Estados Contratantes a sua adopção em cooperação com outras organizações, medidas que se mostrem necessárias “a eliminar, na medida do possível, as causas de uma saúde deficiente” e “(...) estabelecer serviços de consulta e de educação com vista à melhoria da saúde e ao desenvolvimento do sentido de responsabilidade individual em matéria de saúde” (n.º2, *ibid.*). Pode também verificar-se a preocupação com a prevenção de acidentes, para além da prevenção da doença (n.º3, artigo 11.º, *ibid.*)

O seu artigo 13.º (*ibid.*) sob a epígrafe “direito à assistência social e médica”, prevê a necessidade dos Estados Partes assegurarem o exercício efectivo do direito à assistência médica. Nesse sentido, os Estados devem assegurar que qualquer pessoa, independentemente da sua condição económica e social, possa obter, em caso de doença, os cuidados necessários ao seu estado de saúde.

⁴³Disponível em <http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/escrbooklet/Portuguese.pdf>

⁴⁴ A Carta da ONU, em seu artigo 2.º, parágrafo (7), estabelece que “nenhum dispositivo da presente Carta autorizará as Nações Unidas a intervirem em assuntos que dependam essencialmente da jurisdição de qualquer Estado ou obrigará os Membros a submeterem tais assuntos a uma solução, nos termos da presente Carta (...)”, daí o seu carácter não vinculativo no momento da sua criação (Aragão, 2009). Mas após a adopção da DUDH existiu uma preocupação em formular tratados internacionais de carácter jurídico obrigatório e vinculante, de modo a garantir o previsto na Declaração Universal (Nações Unidas, 1995-2004).

⁴⁵ Disponível em http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_POR.pdf

Após a formação da UE, em 1994, é elaborado o primeiro documento que visa regulamentar os direitos dos doentes, “A Carta dos Direitos das Pessoas Doentes”, como anexo da “Declaração sobre a Promoção dos Direitos dos Doentes na Europa”, a qual resulta de uma conferência Europeia sobre os Direitos dos Pacientes. Posteriormente a referida carta foi aprovada na reunião dos “*Bureaux Regionaux*” da Europa da OMS, em Junho de 1996, em Ljubljana (ERS, 2011) Os Direitos consagrados neste documento encontram-se divididos em seis secções: (i) Direitos do homem e valores do homem em cuidados de saúde; (ii) Direito à informação; (iii) Direito ao assentimento; (iv) Direito à confidencialidade e respeito à vida; (v) Direito aos cuidados e tratamentos; (vi) Implementação dos direitos dos doentes.

Tendo em consideração que este projecto se debruça essencialmente sobre o direito de acesso aos cuidados de saúde, torna-se fundamental uma abordagem mais profunda relativa à secção (V) do documento supra mencionado, onde se enquadram, entre outros, os seguintes direitos: a) O direito aos cuidados apropriados às suas necessidades, incluindo as medidas preventivas e as actividades de promoção da saúde; b) O direito do doente a que os serviços de saúde estejam permanentemente disponíveis e acessíveis a todos em condições de equidade sem discriminação e em função dos recursos financeiros, humanos e materiais de que a sociedade possa dispor para esse fim; d) o direito a cuidados de qualidade; e) o direito à continuidade dos cuidados; f) O direito do doente a ser atendido de acordo com critérios médicos e sem discriminações; g) o direito à livre escolha do prestador ou entidade prestadora de cuidados; i) o direito a ser tratado com dignidade; j) O direito do doente a receber o apoio familiar e de amigos, bem como apoio de ordem espiritual.

No ano 2000, a CDFUE foi proclamada pelo Parlamento Europeu, pelo Conselho e pela Comissão, em Nice. Na sequência de alterações que lhe foram introduzidas foi novamente proclamada em 2007, porém estas proclamações não a tornaram juridicamente vinculativa, o que teria tomado um caminho diferente, caso tivesse sido adoptado o projecto de Constituição para a Europa de 2004. Contudo, em 2009, com a adopção do Tratado de Lisboa, a Carta tornou-se juridicamente vinculativa. O artigo 6.º, n.º1 do TUE passa a estipular que “a União reconhece os direitos, as liberdades e os princípios enunciados na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (...), que possui o mesmo valor jurídico que os Tratados”⁴⁶ (Raffaelli, 2014).

Na CDFUE os direitos sociais, onde se inclui o direito à protecção da saúde, são inseridos no capítulo IV – “Solidariedade”. O direito à protecção da saúde está consagrado

⁴⁶Informação relativa ao Estatuto Jurídico da CDFUE, encontra-se disponível em http://www.Europarl.Europa.eu/ftu/pdf/pt/FTU_1.1.6.pdf

no artigo 35.º, que confere aos cidadãos da UE o direito a “(...) aceder à prevenção em matéria de saúde e de beneficiar dos cuidados médicos, de acordo com as legislações práticas nacionais”.

É de notar que este documento (CDFUE) é de extrema relevância para a saúde pública na Europa, mas que ao contrário da Directiva dos Cuidados Transfronteiriços, não prevê a forma como as medidas de protecção da saúde devem ser implementadas, remetendo essa matéria para o campo de responsabilidades dos EM (ERS, 2012).

No ano de 2002, foi criada de acordo com a realidade europeia e da responsabilidade da *Active Citizenship Network*, a Carta Europeia dos Direitos dos Pacientes, a qual proclama catorze direitos, os quais foram reconhecidos pelo Comité Económico e Social Europeu (CESE)⁴⁷, entre os quais foram reconhecidos: (i) o direito ao acesso aos serviços de saúde, de que necessita, sem discriminação relativa a recursos financeiros, local de residência, tipo de doença ou hora a que acede aos serviços; (ii) Direito à informação sobre o estado de saúde e sobre os serviços de saúde existentes; (iii) o direito ao acesso a tratamentos e procedimentos de diagnóstico inovadores.

O Parecer do CESE sobre “os direitos do paciente”, debruça-se especialmente sobre os seguintes direitos: o direito ao consentimento livre e informado, o direito à informação e o direito à dignidade.

Relativamente ao direito à informação, o qual se apresenta de maior importância para este trabalho, o documento supra mencionado, lembra que: (i) a informação deve ser prestada tendo em atenção “o meio familiar do paciente, sobretudo no caso de uma criança ou de uma pessoa idosa”, bem como deve o paciente “ser informado na sua própria língua”; (ii) a informação deve ser prestada no sentido da “(...) redução das desigualdades perante os distúrbios, a doença, a assistência médica e a melhoria do acesso ao sistema de saúde por parte de todos os cidadãos”.

O CESE, faz também uma menção de extrema importância no seu ponto 3.5.1., onde refere que “o acesso *generalizado* à assistência médica, não significa apenas o acesso aos direitos e à protecção social, mas também o acesso directo ao conjunto de serviços e dos profissionais de saúde, sem discriminações em razão da sua situação social ou económica pessoal.

Para que fosse possível concretizar o direito de acesso aos cuidados de saúde, tendo em conta a sua generalidade, a coordenação de sistemas de SS da União revela-se

⁴⁷O Parecer do CESE sobre “Os Direitos do Paciente”, encontra-se disponível em <http://www.bmop.pt/parecerdocomiteeconomicoesocialeuropeusobreosdireitosdopaciente.pdf>

de extrema importância, pelo que se outorgou um passo gigante para que os cuidados na Europa sejam prestados a todos os cidadãos, independentemente da sua nacionalidade e sistema de saúde, de modo a eliminar iniquidades do direito de acesso aos cuidados de saúde.

2.2. A Coordenação dos Sistemas de Segurança Social e a Mobilidade de Doentes no seio da União Europeia

A livre circulação e tratamento de doentes no espaço da UE tem uma visível importância para o bem-estar social. Para actuar de modo a que este ponto seja eficientemente tratado, é necessário atender à problemática da coordenação entre os vários sistemas de SS dos diversos EM (Campos e Simões, 2011).

Os sistemas de SS dos países da UE encontram-se coordenados entre si, pois o direito europeu fixa regras e princípios destinados a garantir o direito à livre circulação de pessoas no seio da UE. No entanto, a determinação das prestações sociais e das respectivas condições de atribuição é realizada a nível nacional, em função das tradições e cultura de cada país (Campos e Simões, 2011).

Para garantir o direito à livre circulação de pessoas foi então criado o Regulamento (CE) n.º883/2004, de 29 de Abril, do Parlamento Europeu e do Conselho, o qual teve como finalidade introduzir novas regras comunitárias de coordenação, de modo a facilitar a circulação de pessoas dentro da UE, pois o documento que o precede, Regulamento n.º1408/71 do Conselho. Este regulamento (*ibid.*) apenas previa as normas aplicadas à circulação dos agentes económicos na União (na altura Comunidade), pelo que o Regulamento (CE) n.º883/2004 veio aperfeiçoar os mecanismos de coordenação das administrações nacionais de SS, o que permite a igualdade de tratamento relativa às diferentes legislações nacionais. “As regras de coordenação deverão assegurar às pessoas que se deslocam no interior da Comunidade, bem como os respectivos dependentes e sobreviventes, a conservação dos direitos e benefícios adquiridos ou em vias de aquisição” (13) - *ibid.*.

O Regulamento (CE) n.º883/2004, de 29 de Abril, aplica-se a todos os cidadãos de todos os países da UE que estejam ou estiveram abrangidos pela legislação da SS de um desses países, assim como os seus familiares ou sobreviventes, incluindo apátridas e refugiados.

As disposições deste regulamento (*ibid.*) abrangem todos os ramos clássicos da SS: doença, maternidade, protecção contra acidentes de trabalho e doenças profissionais, prestações de invalidez e prestações de desemprego. Relativamente às prestações em

espécie (doença, maternidade e paternidade), os trabalhadores transfronteiriços ficam “afiliados” ao organismo do país no qual trabalham, embora residam noutro país da UE e tenham acesso aos cuidados de saúde dos dois Estados (Campos e Simões, 2011).

Após a entrada em vigor do Regulamento (CE) n.º 883/2004, entra em vigor o Regulamento (CE) n.º 987/2009⁴⁸ do Parlamento Europeu e do Conselho, que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento de 2004.

No âmbito dos cuidados de saúde, os regulamentos anteriormente indicados, abrangem para além da pessoa segurada, os seus familiares que residam ou tenham estadia num EM que não o EM competente⁴⁹. Os cuidados de saúde não planeados – aqueles que surgem durante uma estadia – podem ser prestados sem autorização prévia e os custos suportados pelo EM competente, como por exemplo através da utilização do Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD).

Porém o CESD, não abrange prestadores privados ou situações em que o segurado se desloque a outro EM, com o intuito de receber tratamento médico por comprovada impossibilidade no EM de origem. Para este efeito, os regulamentos permitem igualmente que uma pessoa segurada peça autorização prévia à instituição competente. No caso português o utente deverá solicitar o formulário E112, junto do centro distrital de SS da respetiva área de residência, juntamente com um atestado passado pelo médico de família.

A autorização prévia deve ser assentida “sempre que o tratamento em questão figure entre as prestações previstas pela legislação do EM onde o interessado reside e onde esse tratamento não possa ser prestado dentro de um prazo clinicamente seguro” (Artigo 20.º, n.º 2, do Regulamento (CE) n.º 883/2004). Neste caso, a assunção dos custos é da responsabilidade do EM de tratamento e a compensação dos custos é gerida ao nível dos serviços de SS, sem que o doente tenha que efectuar qualquer antecipação de pagamento, para além das comparticipações estabelecidas no EM de tratamento. É também de mencionar que os regulamentos não abrangem todos os prestadores, mesmo que estes apresentem carácter público.

⁴⁸ Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/ALL/?uri=CELEX:32009R0987>

⁴⁹ O Estado-Membro no qual se encontre a instituição competente. A instituição competente, por seu turno, é: “(i) a instituição em que o interessado esteja inscrito no momento do pedido das prestações, ou (ii) a instituição pela qual o interessado tem ou teria direito a prestações se residisse ou se o ou os familiares residissem no Estado-Membro em que se situa essa instituição, ou (iii) a instituição designada pela autoridade competente do Estado-Membro em causa, ou (iv) se se tratar de um regime relativo às obrigações do empregador que tenha por objecto as prestações referidas no n.º 1 do artigo 3.º (do Regulamento (CE) n.º 883/2004), quer o empregador ou o segurador em questão, quer, na sua falta, o organismo ou a autoridade designada pela autoridade competente do Estado-Membro em causa”.

Quanto às pessoas que efetuam uma simples estadia noutra país da UE (férias), deverão poder beneficiar dos serviços médicos necessários. Cabe à legislação do Estado onde é efetivada a estadia, a determinação das condições financeiras de exercício destes serviços. Contudo, os custos são suportados, como já aqui referido, através de reembolso pelo organismo de SS do país de origem.

No que respeita às prestações a que o segurado tem direito, são abrangidas todas as prestações em espécie que se tornem clinicamente necessárias durante uma estadia no território de outro EM, ou parte delas, são garantidas, tendo em conta a natureza das prestações e a duração prevista da estadia. Quanto à escolha dos prestadores por parte do segurado, o CESD garante o mesmo acesso aos cuidados de saúde do setor público. Se for necessário receber tratamento médico onde os cuidados de saúde não sejam gratuitos, o portador do cartão será reembolsado mais tarde, quando regressar ao seu país.

O CESD permitiu então uma simplificação administrativa e evita que o segurado seja obrigado a regressar precocemente ao seu EM de origem para receber os cuidados de que necessita no momento (Campos e Simões, 2011).

Neste contexto em 2011, e em trabalhos preparatórios desde 2006 (Comissão das Comunidades Europeias), surge a Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e Conselho relativa os exercício dos Direitos dos Doentes em matéria de Cuidados Transfronteiriços, de 9 de Março de 2011, a qual será amplamente analisada do Capítulo VI deste trabalho.

CAPÍTULO V - O DIREITO DE ACESSO A CUIDADOS DE SAÚDE EM PORTUGAL – CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA E LEGAL

Nota Preambular

Para uma melhor compreensão da actualidade, torna-se necessário abordar a evolução das políticas de saúde em Portugal, bem como da legislação/regulamentação que as acompanharam.

Os serviços de saúde em Portugal, têm um contexto histórico baseado no Cristianismo, assente num espírito de caridade e de ajuda aos mais pobres, aos doentes e aos incapacitados (Faria, 2008).

A mesma autora, descreve ainda que primórdios dos ensinamentos de Medicina, no nosso país, tiveram lugar no Mosteiro de Santa Cruz, no século XII e fazia parte de uma curricula não especializada que flutuava entre outras áreas do saber, tal como a matemática, a teologia e a gramática. A primeira Universidade do país foi fundada em Lisboa, em 1290, pelo Rei D. Dinis. Desde muito cedo era abordada a temática da medicina, mas esta era considerada uma área do saber com menor relevância que as restantes. Posteriormente em 1503/1504 é enformada a primeira reforma do curso de medicina.

Mais do que descrever os primórdios da medicina no contexto português, é essencial a abordagem da evolução do SNS actual, para que compreenda o modo como os cidadãos portugueses adquiriram o direito à protecção da saúde (artigo 64.º da CRP) e consequente direito de acesso aos cuidados de saúde, apesar das constantes mudança legais implementadas no âmbito do Sistema de Saúde Português derivadas de visões políticas diferenciadas.

O SNS actual, que visa a protecção da saúde dos seus beneficiários e é composto por unidades de saúde supervisionadas pelo Ministério da Saúde (MS) e são divididos em dois tipos de unidades principais: Hospitais e Centros de Saúde (Base XXXVI da LBS). É importante notar que no nosso país, o conceito corrente de hospital tem a sua existência legal desde 1946 e que o modelo dos Centros de Saúde foi apenas concebido depois da reforma da saúde, em 1971. Na actualidade a reforma dos cuidados primários encontra-se em curso (Faria, 2008).

Para que se possa avançar e compreender por inteiro o processo legislativo a que se submete o SNS português, torna-se relevante compreender a orgânica e competências das instituições que “gerem” e regulam todo o SNS, em Portugal.

O MS em Portugal, de acordo com o artigo 1.º do DL n.º 124/2011, de 20 de Dezembro, é o organismo público que tem a responsabilidade de definir a política nacional de saúde e avaliar os seus resultados (Faria e Cordeiro, 2013). Também tem a obrigação de

providenciar o acesso aos cuidados definidos nas suas políticas. Outra das suas competências passa por regular as actividades de saúde, sejam elas de cariz público ou privado, bem como proceder a auditorias e inspeções, bem como responder por todos os problemas verificados no âmbito do SNS (Faria, 2008).

O MS foi objecto de uma importante reforma administrativa em 2006, operada através do DL n.º 212/2006, de 27 de Outubro. Mais recentemente, o DL n.º 124/2011, de 29 de Dezembro⁵⁰, aprovou a Lei Orgânica do MS (LOMS) que se encontra em vigor na actualidade.

A estrutura do MS é, para além de complexa e baseada na interacção entre diferentes entidades jurídicas, nomeadamente serviços centrais, institutos públicos, empresas, órgãos consultivos e unidades de saúde, com funções distintas (Faria e Cordeiro, 2013).

Faria e Cordeiro (2013), indicam que o MS é o vértice da pirâmide administrativa do sistema de saúde português. De acordo com o DL n.º 124/2011, de 29 de Dezembro, seguidos ao MS encontram-se quatro serviços centrais, os quais apresentam competências próprias, incluindo competências de regulação e de avaliação. Estes corpos são: a Secretaria-Geral (artigo 10.º, *ibid.*), a Inspeção Geral das Actividades em Saúde – IGAS (artigo 11.º, *ibid.*), a Direcção Geral da Saúde – DGS (artigo 12.º, *ibid.*) e o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências – SICAD (artigo 13.º, *ibid.*).

Sob a tutela e a supervisão do MS, e pertencendo à denominada “administração indirecta do Estado”, situam-se diversos institutos públicos, também responsáveis pela prossecução dos objectivos do MS. De acordo com o artigo 5.º (n.º1 e n.º2, *ibid.*) da LOMS, essas entidades são: a Administração Central dos Serviços de Saúde (ACSS), a Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde (INFARMED), o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), o Instituto Português do Sangue e da Transplantação (IPST), o Instituto Nacional Doutor Ricardo Jorge (INSA) e as ARS’s (Faria e Cordeiro, 2013).

A LOMS prevê ainda a existência, sob tutela do MS, de uma entidade administrativa independente de supervisão e de regulação, a ERS (artigos 6.º e 20.º da LOMS). Este organismo foi criado pelo DL n.º 309/2033 de 10 de Dezembro, tendo sido o seu regime jurídico revisto através do DL n.º127/2009, de 27 de Maio.

A ERS (de acordo com a LOMS) é dotada de autonomia administrativa e financeira e de património próprio (artigo 2.º, n.º1 e artigo 4.º, *ibid.*). Estão sujeitos à regulação da ERS

⁵⁰ Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2011/12/24900/0549105498.pdf>

todos os estabelecimentos de prestação de cuidados de saúde, do sector público, privado e social, independentemente da sua natureza jurídica. Não estão sujeitos à regulação da ERS os profissionais de saúde no que respeita à sua actividade sujeita à regulação e disciplina das respectivas ordens ou associações profissionais, bem como os estabelecimentos sujeitos a regulação específica do INFARMED (Faria e Cordeiro, 2013).

Após esta breve nota sobre os primórdios, as competências e a orgânica do Sistema de Saúde Português, iremos aprofundar em consequente a evolução do Sistema de Saúde e da legislação que a acompanhou até à actualidade.

1. Evolução do Sistema de Saúde Português

A criação da Direcção-Geral de Saúde e Beneficência Pública, em 1899, e consequente reforma pública, representa um marco importante na História da Saúde em Portugal.

De acordo com Graça (2000), até 1945 não existia intervenção do Estado na saúde e assistia-se a uma reabilitação do papel ideológico assistencial das misericórdias. As instituições de saúde, por esta época, apresentavam natureza repressiva e prevalecia a caridade individual ou organizada.

Competia ao estado “promover e impor mesmo que coativamente, o dever social de prestar assistência” (DL n.º32:255 de 12 de Setembro de 1942, n.º 2)⁵¹. A par deste contexto, existiam duas direcções gerais: a Subsecretaria de Estado da Assistência Social, criada em 1940, e o Regime Geral de Previdência, criada em 1945. Apesar de uma lenta industrialização de Portugal, há um aumento significativo relativamente às caixas de previdência, mas inda com baixa protecção social, a qual se aliava à degradação das condições de vida.

Nos anos 40, foram alargadas as instituições existentes, inclusivamente as de assistência e saúde, criando-se novas caixas de previdência, para integrar certas actividades profissionais, que estavam excluídas do sistema (Pereirinha e Carolo, 2009).

Com a vitória dos Aliados e com o Estado Novo a sentir-se ameaçado, o Estado Português vê-se obrigado a tomar algumas medidas relativas à protecção social, incluindo no campo da saúde.

⁵¹ Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s/1942/09/21400/11731178.pdf>

De acordo com Campos (1983), cit. por Graça (2000), existiu uma “reorganização da assistência em saúde, de 1945-1971, que se baseou em alguns documentos legislativos, sendo o mais saliente a Lei n.º1998, de 15 de maio de 1944. Assim definiu-se que à Direcção-Geral de Saúde competia adotar “medidas profiláticas e terapêuticas (...)” e à Direcção-Geral de Assistência cabia “fomentar, dirigir e coordenar a acção das instituições de assistência oficiais e particulares” (Ferreira, 1986, cit. por Graça, 2000). O Estado e as Autarquias mantêm uma função meramente supletiva, cabendo-lhes a responsabilidade nos serviços de saneamento, ou outros serviços de superior interesse público.

Mais tarde em 1945, Trigo Negreiros aplica o DL n.º35:108, de 7 de Novembro de 1945⁵², que teve o “mérito de alargar a acção das autoridades da saúde, aumentando-lhes o poder executivo e a independência nas intervenções, relativamente às câmaras municipais, e o grave inconveniente de estabelecer instituições de saúde autónomas, independentes umas das outras nas ações contra doenças específicas (tuberculose, paludismo, lepra e psiquiatria)”. (Ferreira, 1990, p.339). Para além do alargamento à acção das autoridades de saúde, a intervenção do Estado, também foi realizada na área da saúde. Com o DL n.º35:611, de 25 de Abril de 1946⁵³, foi instituída a Federação das caixas de Previdência, as quais permitiram a criação dos serviços médico-sociais (Pereirinha e Carolo, 2009).

A década de 60 é marcada pelo princípio de um processo de profundas mudanças demográficas económicas, sociais, políticas e culturais, o que se reflecte mais tarde no declínio dos saldos fisiológicos. É também nesta época que existe adesão à *European Free Trade Association* (EFTA). A economia cresce exponencialmente e o Estado Novo inicia o seu declínio, pois dá-se começo ao corporativismo social com um atraso de décadas relativamente à Europa, incluindo nos cuidados de saúde uma vez que Portugal “passa ao lado” de duas grandes guerras. Salazar recusa também num primeiro momento, integrar o Plano Marshall (de iniciativa norte-americana), cujo objectivo foi apoiar todos os países exauridos pela Segunda Guerra Mundial, na sua recuperação económica. Contudo, o Plano Marshall, foi responsável pela mudança mais significativa ao nível da política externa portuguesa, conduzida pelos governos de Oliveira Salazar (Rollo, 1994).

Em 1961, é criada a Direcção-Geral dos Hospitais e a saúde é finalmente incluída no plano do fomento articulando-se com o desenvolvimento económico e social do país: Plano Intercalar do Fomento para 1965-1967 (Lopes, 1987, cit. por Graça, 2000).

⁵² Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1945/11/24700/08990922.pdf>

⁵³ Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1946/04/08900/03010304.pdf>

A Reforma da Previdência Social de 1962 permitiu a abrangência dos cuidados de saúde às casa o povo e pescadores, aos familiares dos beneficiários e melhorias relativas às “regalias” sociais na doença (Pereirinha e Carolo, 2009).

De acordo com a ERS (2011), o Estatuto Hospitalar, promulgado pelo DL n.º48 357⁵⁴, de 27 de Abril de 1968, foi o primeiro intento de regulação das organizações hospitalares e fixou orientações claras que se mantiveram nos diplomas sucessores que visam a protecção dos direitos e interesses dos doentes.

Após o 25 de Abril de 1974 e com a queda da Ditadura, foi promulgada a CRP de 1976, na qual era já prevista a criação de um SNS de modo a melhorar a saúde da população, pois apesar das reformas no âmbito da saúde durante o Estado Novo, os cuidados de saúde chegavam a uma parcela irrisória da população. Apesar de todas as reestruturações realizadas entre as décadas de 40 e 60, em 1970 de acordo com um inquérito do Ministério das Obras Públicas, sobre condições de higiene e saneamento, verificava-se que só 40% das habitações tinham distribuição de água, as redes de esgotos só existiam em 17% e somente 14% beneficiam de sistemas de recolha e tratamento de lixos. Nesta década, mesmo com a sua reforma sanitária os serviços de saúde mantinham-se sujeitos a diferentes tutelas governamentais (Ferreira, 1990).

Apesar de prevista a sua fundação desde 1976, o SNS foi apenas constituído em 1979, pela Lei n.º 56/79, de 15 de Setembro (Lei do Serviço Nacional de Saúde), a qual se encontra revogada pela LBS, através da Lei n.º48/90, de 24 de Agosto e mais tarde pelo DL n.º11/93, de 15 de Janeiro. No ponto seguinte será então explicitado o contexto e o conteúdo do SNS em Portugal.

1.1. A Criação do Serviço Nacional de Saúde

De acordo com Barros e Gomes (2002), a implementação do SNS (1979), está associada à democratização do país. Existem dois eixos fundamentais na compreensão do atual sistema de saúde português: o financiamento a partir do orçamento geral do Estado e a integração das várias estruturas de cuidados de saúde num sistema único, que demorou cerca de 10 anos a ser implementada e mesmo assim foi esquecido um elemento significativo, a Administração Central do SNS.

É importante referir que o SNS não foi criado em contexto isolado, pois outros países do sul da Europa adoptaram o mesmo modelo, a diferença prende-se na instabilidade social

⁵⁴ Disponível em file:///C:/Users/Raquel%20Sousa/Downloads/Decreto_48357_-_Estatuto_Hospitalar.pdf

que se vivia no pós 25 de Abril que tornou a implementação deste sistema, mais difícil que em outros países.

Nem tudo foi pacífico durante a construção do SNS, pois o associativismo médico opôs-se ao sistema propondo como alternativa um sistema baseado na “medicina convencionada”. Este “desacordo” teve e continua a ter, importantes implicações para o sistema de saúde português. Um bom exemplo é a criação da carreira de clínica geral nestas condições, que levou a consequências negativas e duradouras no acesso e eficiência dos cuidados de saúde primários. A maior consequência de todas estas situações, foi a debilidade estrutural do SNS.

Apesar de todos os contras, a criação do SNS fez parte da democratização política e social do país, o que permitiu um aumento notável, em curto período de tempo, da cobertura da população portuguesa em serviços de saúde facilitando também a implementação de uma estrutura de carreiras profissionais no âmbito da saúde.

Barros e Gomes (2002), mencionam que na Europa, as crises económicas dos anos 70, marcam o fim de um período de grande crescimento económico e rápida expansão dos sistemas de protecção social, assim os sistemas que permitiam o “bem-estar” social foram postos em causa. A entrada dos países do sul e norte da Europa, na Comunidade Económica Europeia (CEE) e a queda do muro de Berlim devem ser mencionados como parte deste contexto.

Os sistemas de saúde centrados em dispositivos integradores, como o *National Health Service* (NHS) do Reino Unido, dos países nórdicos e dos países do sul da Europa, foram postos em causa devido aos seus modelos de financiamento e propôs-se a separação entre o financiador e o prestador⁵⁵ de cuidados de saúde, zelando pela boa utilização dos recursos, que não existia, sendo que este tipo de sistema foi considerado ineficiente.

Todavia, como referido anteriormente, Portugal já previa a criação de um SNS, desde 1976, o qual deveria assegurar a universalidade, generalidade e gratuidade do acesso dos cidadãos nacionais aos cuidados de saúde; inclusivamente é mencionado no n.º3, alínea a) do artigo 64.º da CRP, que o Estado deverá “garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição económica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação”. Neste cenário, foi então instituído o SNS, pela Lei n.º56/79, de 15 de Setembro (Lei do Serviço Nacional de Saúde), que menciona que este organismo deve assegurar o direito fundamental à protecção da saúde.

⁵⁵ Explicado no Capítulo III deste documento.

Num momento posterior, em 1990, foi aprovada a LBS, que incluiu o Estatuto do SNS. Nesta Lei constam três pontos extremamente relevantes: (i) Separação do sector público e do setor privado, como condição para o desenvolvimento de ambos; (ii) Preocupação com um seguro alternativo de saúde; (iii) aumento do financiamento privado no sistema de saúde e na gestão privada de unidades públicas.

Como já indicado anteriormente existiu uma subsequente aprovação, em 1993 de um novo estatuto do SNS, através do DL n.º 11/93, de 15 de Janeiro.

1.1.1. A Lei de Bases da Saúde e o Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde

A LBS define as linhas mestras da política que deve dirigir a legislação no sector da saúde em Portugal, a qual carece obviamente de legislação complementar.

Através de todos os acontecimentos descritos anteriormente, podemos hoje fruir de um SNS que se caracteriza como um sistema que visa o respeito pelos princípios fundamentais da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial. A LBS, na sua Base XXIV, menciona nas suas alíneas, quais as características atribuídas ao SNS:

(i) “Ser universal quanto à população abrangida” (alínea a) - sublinhado nosso.

Isto é, o direito à protecção da saúde deve ser garantido a todos os cidadãos. Relativamente à população abrangida, a LBS na sua Base XXV definiu como beneficiários do SNS “todos os cidadãos portugueses”, sejam eles residentes em Portugal, ou residam no estrangeiro, mas também contempla “(...) os cidadãos nacionais dos Estados membros das Comunidades Europeias, nos termos das normas comunitárias aplicáveis”; e também os cidadãos estrangeiros e apátridas residentes em Portugal.

A universalidade pressupõe também que todos os cidadãos estejam cobertos pelas políticas de protecção da saúde e possam aceder aos serviços de saúde. Assim, o conceito de universalidade significa que o SNS deve ser disposto à generalidade dos cidadãos, mas sem impedir o recurso aos serviços particulares de saúde, se o cidadão assim o entender.

(ii) “Prestar integradamente cuidados globais ou garantir a sua prestação” (alínea b) - sublinhado nosso.

A generalidade encontra-se de modo estreito, ligada à universalidade, pois o seu significado prende-se com a determinação do tipo de cuidados de saúde que devem ser abrangidos pelo SNS. Deste modo, para além de ser dever do Estado asseverar o direito dos cidadãos a receber todo o tipo de cuidados, é ainda sua responsabilidade garantir uma

cobertura eficiente, na medida em que os cidadãos devem ser atendidos em tempo útil em função da sua necessidade de cuidados de saúde.

Assim, todos os cidadãos têm o direito a que lhes sejam prestados todos os tipos de cuidados de saúde sejam estes primários, diferenciados, continuados ou paliativos. Neste sentido, o SNS deverá “abranger todos os serviços públicos de saúde e todos os domínios e prestações médicas”, representando-se o princípio da generalidade a que se refere a “necessidade de integração de todos os serviços e prestações de saúde”.

(iii) “Ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos” (alínea c)) – sublinhado nosso.

Sendo o SNS português, financiado através de impostos (directos e indirectos), como já abordado anteriormente no capítulo III deste trabalho, é apenas admissível a cobrança de determinados valores no acto da prestação de cuidados, que tenham uma mera função de moderação do consumo dos serviços de saúde. As quantias cobradas para moderação do consumo não podem, no entanto, vedar o acesso aos cuidados de saúde por razões económicas, o que se fundamenta através da alínea b) do n.º1 da Base II (*ibid.*) que enumera como objetivo fundamental da política de saúde “(...) obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade da distribuição de recursos e serviços”.

Atendendo ao propósito deste projecto de investigação, torna-se necessário abordar de modo mais profundo o assunto da gratuitidade tendencial, pois no texto original da CRP o direito à saúde, para além de universal e geral, era considerado gratuito. Com a entrada em vigor a Lei do Serviço Nacional de Saúde, constitui-se uma ressalva à gratuitidade do SNS, estabelecida pelo artigo 7.º (*ibid.*), onde consta que o acesso ao SNS seria gratuito, o que não tornava impeditiva uma possível cobrança de taxas moderadoras diversificadas, com intuito de moderar o consumo. Posteriormente o DL n.º 57/86, de 20 de Março⁵⁶, fixou as taxas moderadoras no acesso aos cuidados de saúde, exceptuando os cuidados prestados no âmbito: dos serviços de urgência ou nos serviços de atendimento permanente dos Centros de Saúde; dos internamentos hospitalares; da radioterapia e exames histológicos; e nos cuidados de saúde prestados a dadores de sangue. Assim, a gratuitidade tendencial surge através da Lei Constitucional n.º1/89, que altera a redação do n.º2 do artigo 64.º da CRP, passando a constar na sua alínea a) que o direito à protecção da saúde, é realizada “através de um serviço nacional de saúde universal, geral e, tendo em conta a condição

⁵⁶ Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/1986/03/06600/06690671.pdf>

económica e social dos cidadãos, tendencialmente gratuito”. Esta modificação na CRP originou uma consequente modificação na alínea c) da Base XXIV da LBS e no n.º1 da Base XXXIV da mesma lei, onde se pode ler relativamente a este último que o “objetivo das taxas moderadoras têm o objetivo de completar as medidas reguladoras do uso dos serviços de saúde”, as quais constituirão “receita do Serviço Nacional de Saúde”.

Contudo, a LBS aplica uma ressalva à aplicação das taxas moderadoras, uma vez que as mesmas não poderão ser cobradas quer aos cidadãos mais vulneráveis por estarem sujeitos a maior risco ou por serem financeiramente mais desfavorecidos, determinando assim que estes ficam isentos do seu pagamento, nos termos a determinar na Lei (n.º2 da Base XXXIV).

Neste contexto, surge o DL n.º 54/92, de 11 de Abril⁵⁷, que estabelece, entre outros, o regime de isenções. Este DL, vem ser revogado pelo DL n.º173/2003, de 1 de Agosto⁵⁸, que no seu artigo n.º1, menciona que as taxas moderadoras devem ser pagas por todos os cidadãos, incluindo beneficiários dos subsistemas de saúde⁵⁹, que não sejam isentos, nos termos do artigo 2.º do mesmo DL. É de sublinhar ainda, que o próprio Estatuto do SNS, no seu artigo 23.º, prevê que para além do Estado, os utentes beneficiários do SNS, respondem pelos encargos resultantes da prestação de cuidados, tendo em atenção as suas condições económicas e sociais.

Assim, na actualidade e de acordo com o artigo 4.º, do DL n.º113/2011, de 29 de Novembro⁶⁰, as situações previstas na lei para fins de isenção correspondem a:

- a) As grávidas e parturientes;
- b) As crianças até aos 12 anos de idade, inclusive;
- c) Os doentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60%;
- d) Os doentes em situação de insuficiência económica, bem como os dependentes do respetivo agregado familiar, nos termos do artigo 6º que no seu nº1 menciona que os utentes com insuficiência económica são aqueles cujo rendimento médio mensal seja igual ou inferior a uma vez e meia o valor do Indexante de Apoios Sociais (IAS);
- e) Os dadores de sangue, nas prestações em Cuidados de Saúde Primários (CSP);
- f) Os dadores vivos de células, tecidos e órgãos, nas prestações em CSP;

⁵⁷ Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1992/04/086A00/17251726.pdf>

⁵⁸ Disponível em https://www.igf.min-financas.pt/leggeraldocs/DL_173_2003.htm

⁵⁹ Os subsistemas de saúde serão abordados neste capítulo, no ponto 1.2.

⁶⁰ Disponível em http://www.hbarcelos.min-saude.pt/NR/rdonlyres/3031AF9A-0AE6-45D5-B513-D413C7F1131A/22538/decreto_lei_113_2011.pdf

- g) Os bombeiros, nas prestações de Cuidados de Saúde Primário e quando necessário em razão do exercício da sua função, em cuidados de saúde hospitalares;
- h) Os doentes transplantados;
- i) Os militares e ex-militares das Forças Armadas que, em virtude da prestação do Serviço Militar, se encontrem incapacitados de forma permanente.

O DL n.º128/2012, de 21 de Agosto⁶¹, vem acrescentar: j) “Os desempregados com inscrição válida no Centro de Emprego, auferindo subsídio de desemprego igual ou inferior a uma vez e meia o IAS (...) e o respetivo conjugue e dependentes”. A 5 de Agosto, o DL n.º117/2014⁶² amplia ainda que também estão isentos, de acordo com as alíneas k), l) e m), as crianças e jovens em risco, institucionalizadas ou internadas, que não beneficiem da isenção prevista na alínea b) do artigo 4.º (do DL n.º117/2014) ou que não possam por qualquer forma, comprovar a sua condição de insuficiência económica nos termos previstos no artigo 6.º. Na sua alínea n) incluem ainda os refugiados e respectivos conjugues e familiares directos.

O DL n.º113/2011, de 29 de Novembro, enumera ainda no seu artigo 8.º outras situações onde existe dispensa de cobrança de taxas moderadoras (este DL é alterado pelo DL n.º117/2014, de 5 de Agosto).

O DL n.º79/2008, de 8 de maio⁶³, menciona ainda que utentes com idade igual ou superior a 65 anos beneficiam de uma redução de 50% do pagamento das taxas moderadoras.

(iv) “Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados” (alínea c)) – sublinhado nosso.

Cidadãos em situação idêntica devem receber tratamento semelhante e os cidadãos em situação distinta devem receber tratamento distinto. Esta alínea prevê a equidade no acesso dos utentes ao SNS, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados.

É de notar, como referido no capítulo III deste trabalho, que existem diversas perspetivas da dimensão equidade no acesso: (i) a perspetiva económica, onde o acesso

⁶¹Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6F4C9716-7ED5-4B28-9A04-2BEE1B728264/0/DecLei128_2012_2106.pdf

⁶² Disponível em <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/08/14900/0406504069.pdf>

⁶³Disponível em <http://dre.pt/pdf1s%5C2008%5C05%5C08900%5C0250902510.pdf>

aos cuidados de saúde deve ser garantido, tendo em conta a situação económica do utente; (ii) a perspetiva temporal, que se refere ao acesso aos cuidados de saúde de modo não discriminatório e em tempo útil; (iii) a perspetiva qualitativa, que compreende o acesso aos cuidados de saúde efetivamente necessários e adequados à situação concreta do utente. Aqui existe tendência para um desfazamento entre a procura e a oferta, na satisfação das necessidades; (iv) a perspetiva geográfica, que menciona que o acesso aos cuidados de saúde não pode ser coartado por limitações de ordem geográfica (ERS, 2011).

1.1.2. Outra legislação/regulamentação em matéria de Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde, em Portugal

Para além da CRP e da LBS, que regem o SNS português, existe ainda legislação diversa neste âmbito e que se torna relevante para este trabalho, para que se possa proceder posteriormente, à análise da Directiva e identificar potenciais repercussões no acesso aos cuidados transfronteiriços pelos beneficiários do SNS português.

A Lei n.º41/2007, de 24 de Agosto⁶⁴, a qual aprovou a redacção da Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos Utentes do SNS, com o objetivo de garantir a prestação dos cuidados de saúde pelo SNS e pelas entidades convencionadas em tempo considerado clinicamente aceitável para a condição de saúde e cada utente (n.º1 do artigo 2.º). Esta define ainda, no seu artigo 2.º, n.º2, alínea a) “os tempos máximos de resposta garantidos; e na sua alínea b) “o direito dos utentes à informação sobre esses tempos. Para que fossem exequíveis e mensuráveis os Tempos Máximo de Resposta Garantidos (TMRG), foi criada a Portaria n.º 1529/2008, de 26 de Dezembro⁶⁵, que veio definir ao abrigo do n.º1 do artigo 3.º da Lei n.º41/2007 de 24 de Agosto, os TMRG a serem respeitados pelos estabelecimentos do SNS no acesso aos cuidados de saúde para os vários tipos de prestações sem carácter de urgência.

Neste âmbito através da Portaria n.º615/2008, de 11 de Julho⁶⁶ foi também criada a Consulta a Tempo e Horas (CTH), que se refere ao acesso à primeira consulta de especialidade hospitalar nas instituições do SNS.

Visto que a garantia de acesso em tempo útil é cada vez mais relevante, foi ainda criado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º79/2004, de 3 de Junho, o Sistema Integrado de Inscritos para Cirurgia (SIGIC), que teve como objetivo “(...) minimizar o período que decorre entre o momento em que um doente é encaminhado para uma cirurgia

⁶⁴Disponível em <http://www.dre.pt/pdfgratis/2007/08/16300.pdf>

⁶⁵Disponível em <https://www.dre.pt/pdf1s/2008/12/24900/0904009044.pdf>

⁶⁶Disponível em <https://www.dre.pt/pdf1s/2008/07/13300/0440804414.pdf>

e a realização da mesma, garantindo, de forma progressiva, que o tratamento cirúrgico decorre dentro do tempo clinicamente admissível”.

O funcionamento do SIGIC encontra-se regulamentado na Portaria, n.º45/2008, de 15 de Janeiro⁶⁷. De acordo com os diplomas supra mencionados o SIGIC envolve as seguintes fases: (i) Proposta de cirurgia e o consentimento informado do utente; (ii) Ativação da inscrição do utente para cirurgia; (iii) Agendamento do procedimento cirúrgico; (iv) Realização do procedimento cirúrgico; (v) Internamento pós-operatório; (vi) Conclusão do processo.

A Lei n.º12/2005, de 26 de Janeiro⁶⁸, sobre a Informação Genética e Pessoal e Informação de Saúde, definiu os conceitos de informação de saúde e de circulação de informação de saúde. Deliberou ainda que a informação de saúde, inclusivamente os dados clínicos registados, são propriedade da pessoa (n.º1, do artigo 3.º, *ibid.*). Assim, estabeleceu que ao utente titular da informação de saúde advoga-se o direito de tomar conhecimento do seu processo clínico (artigo 3.º, n.º2, *ibid.*), bem como o direito à protecção da confidencialidade de informação (n.º1, do artigo 4.º, *ibid.*).⁶⁹

Relativamente ao direito de acompanhamento dos utentes dos Serviços de Urgência do SNS, este encontra-se contemplado através da Lei n.º33/2009, de 14 de Julho⁷⁰. Por sua vez, a Lei n.º106/2009, de 14 de Setembro⁷¹, erigiu o regime do Acompanhamento Familiar em Internamento Hospitalar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado terminal de vida.

No presente ano foi ainda publicada a Lei n.º15/2014, de 21 de Março⁷², que prevê a consolidação da legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, incorporando-se no presente diploma, as normas e princípios constantes dos seguintes diplomas: a) Lei n.º14/85, de 6 de Julho (acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto); b) Lei n.º33/2009, de 14 de Setembro; c) Lei n.º106/2009, de

⁶⁷Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E45DAD16-FC25-4DB0-9A0F-C0E860BEE8D7/0/Portaria45_2008.pdf

⁶⁸ Disponível em <http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/Lei12-2005.pdf>

⁶⁹A Lei n.º 12/2005 é regulamentada pelo DL n.º 131/2014. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2014/08/16600/0458704594.pdf>

⁷⁰ Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2009/07/13400/0446704467.pdf>

⁷¹ Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2009/09/17800/0625406255.pdf>

⁷² Disponível em file:///C:/Users/Raquel%20Sousa/Downloads/lei%20n15_2014_21%20de%20marco.pdf

14 de Setembro; d) Lei n.º41/2007, de 24 de Agosto (as últimas três leis já foram aqui mencionadas).

São ainda de mencionar, embora não apresentem carácter vinculativo, a “Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes”, elaborada pela DGS e a “Carta dos Direitos do Doente Internado”, que agrupa direitos consagrados em diversos textos legais.

1.2. Os subsistemas de saúde em Portugal

De acordo com o n.º4 da Base XII da LBS, no que confere à prestação de cuidados, aos utentes do SNS, os mesmos são garantidos através da Rede Nacional de Prestação de Cuidados de Saúde, a qual abrange: (i) desde logo e em primeira linha, os estabelecimentos do SNS; (ii) numa segunda linha, em complementaridade, os estabelecimentos privados e os profissionais em regime liberal com quem sejam celebrados contractos.

Os subsistemas de saúde consubstanciam outras formas de financiamento da prestação de cuidados de saúde, para além do SNS, específicas de determinada categoria de cidadãos. Os subsistemas são então, entidades de natureza pública que por lei asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e participam financeiramente os respetivos encargos.

De acordo com o n.º6 do artigo 25.º do Estatuto do SNS, é possível a transferência de responsabilidade por encargos relativos a prestações de saúde “para entidades públicas ou privadas, mediante uma comparticipação financeira a estabelecer em protocolo com o Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde (IGIF)” (atual ACSS).

A Assistência na Doença aos Servidores Civis do Estado (ADSE), é o subsistema com o maior número de beneficiários em Portugal, tendo o seu início na década de 60, com o DL n.º45 002, de Abril de 1963⁷³ e com o regulamento da ADSE aprovado pelo DL n.º45 688, de 27 de Abril de 1964⁷⁴, o qual já previa que a assistência na doença fosse assegurada mediante a celebração de acordos com estabelecimentos particulares ou oficiais. Ainda a este respeito, o artigo 37.º do DL n.º 234/2005, de 30 de Dezembro⁷⁵ (que revoga o DL n.º118/83, de 25 de Fevereiro⁷⁶), dita o regime de assistência na doença aos beneficiários da ADSE, cita que a este subsistema é cometida a responsabilidade de “celebrar acordos com instituições hospitalares do setor público, privado ou cooperativo,

⁷³ Disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/7/75/DL45002.pdf>

⁷⁴ Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s/1964/04/10000/05880591.pdf>

⁷⁵ Disponível em https://www.adse.pt/document/DL234-2005_30-12_7400_7412.pdf

⁷⁶ Disponível em https://www.adse.pt/document/DL118-83_25-2_631-642.pdf

bem como quaisquer outras entidades singulares ou coletivas, em ordem a obter ou oferecer, com a necessária prontidão e continuidade, as prestações que interessam ao prosseguimento dos seus fins”. Existem ainda outros subsistemas de saúde, que asseguram o acesso dos seus beneficiários aos cuidados de saúde, em igual medida.

Existem também os subsistemas privados e os seguros de saúde. Os subsistemas privados consistem em entidades de natureza privada que por contrato, asseguram prestações de saúde a um conjunto de cidadãos e/ou participam financeiramente nos respetivos subsistemas têm, regra geral, uma natureza obrigatória e são financiados através dos descontos que incidem sobre os vencimentos dos beneficiários.

Actualmente, como sistemas substitutivos do SNS, enquanto entidade financiadora, apenas se mantém os Serviços de Assistência Médico-Social (SAMS) do Sindicato dos Bancários do Norte. Os restantes subsistemas privados são meramente complementares do SNS, funcionando numa lógica de seguros de saúde.

O seguro de saúde consiste num acordo entre as partes, sendo na maioria das vezes um seguro voluntário; mas tal não acontece, por exemplo, com os seguros de acidentes de trabalho, os quais apresentam carácter obrigatório. Quanto a este assunto, a LBS, na sua Base XXIII, considera o estabelecimento e exploração de seguros de saúde como uma actividade complementar à própria prestação de cuidados de saúde, colocando-a sob a disciplina e inspecção do MS.

Por último, há ainda que referir a possibilidade de recorrer à prestação privada “pura”, realizando o doente pagamentos *out-of-pocket*⁷⁷ a um prestador privado. Não obstante é de recordar que no sistema de saúde português, as despesas privadas no total de despesas para a saúde está entre as três mais elevadas da UE15, entre 27-29% (20-23% *out-of-pocket*). A meta recomendada é de 15%. Menciona ainda que o modelo de financiamento português é um dos mais regressivos da EU (Barros, Machado e Simões, 2011).

Assim, após um entendimento da organização do SNS português, bem como das suas formas de financiamento, importa estabelecer uma relação entre os cuidados transfronteiriços dentro dos moldes discutidos ao longo deste documento – a Directiva – e a sua contribuição para o direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços pelos beneficiários do SNS em Portugal. Deste modo, no próximo capítulo será analisada a

⁷⁷ Termo utilizado para denominar os pagamentos diretos, ou seja, aqueles que são pagos no acto da prestação de cuidados.

**A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS**

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho relativa aos direitos dos doentes em matéria de cuidados transfronteiriços.

**CAPÍTULO VI - A DIRECTIVA 2011/24/UE DO PARLAMENTO
EUROPEU E DO CONSELHO RELATIVA AOS DIREITOS DOS
DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS TRANSFRONTEIRIÇOS, DE
9 DE MARÇO DE 2011 E SUA TRANSPOSIÇÃO PARA O
ORDENAMENTO JURÍDICO PORTUGUÊS**

Nota Preambular

A mobilidade de doentes entre países europeus, é encarada como um fenómeno relativamente raro. O facto, dos pacientes poderem circular de forma livre para receberem cuidados de saúde, incrementa uma série de problemas, o que pode ter consequências no modo como são prestados e organizados os cuidados (PALM e Glinos, 2009). Deste modo, para que alguns problemas fossem ultrapassados foi criada a Directiva 2011/24/UE. Este documento (*ibid.*), como já foi descrito anteriormente, surgiu através de uma estratégia complexa e demorou longos anos a ser cimentada, até que os EM resolvessem transpô-la para documentação juridicamente vinculativa.

Neste contexto, primeiro o Regulamento (CE) n.º 883/2004 e mais tarde a Directiva, vieram clarificar questões respeitantes às prioridades da UE no que concerne à mobilidade de doentes. Segundo os mesmos autores, as contendas mais relevantes neste âmbito passam pelos seguintes pontos: (i) “Termos e condições de autorização e reembolso dos cuidados transfronteiriços”; (ii) “Prestação de informações aos doentes no que respeita aos tratamentos disponíveis noutros EM”; (iii) “Identificação da autoridade responsável pela supervisão da assistência médica”; (iv) “Imputação de responsabilidade e direitos de indemnização, em caso de incumprimento, por erro” (Campos e SImões, 2011, p.84).

Glinos e Palm (2009), mencionam ainda que aquando da criação da Directiva, foram tidos em conta os motivos pelos quais os pacientes procuram cuidados de saúde no estrangeiro, estando entre eles: os tempos de espera elevados, procura de tratamentos específicos que não existem do seu EM de afiliação, reputação de determinado prestador de outro EM e o custo dos cuidados (por vezes mais baratos noutro país).

A ERS (2012) expõe ainda, que o documento pretende estabelecer um quadro claro e harmonizado para os cuidados de saúde transfronteiriços, visando: (i) assegurar que os doentes recebem cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade; (ii) ajudar os doentes a exercerem os direitos ao reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços; e (iii) promover a cooperação da EU relativamente a cuidados de saúde nos domínios do reconhecimento das receitas médicas, das redes europeias de referência, da avaliação das tecnologias da saúde em linha (e-Saúde).

É ainda importante salientar os factores motivacionais que levaram à criação de um documento como a Directiva. Existiram então, dois vectores motivacionais para que se interviesse legalmente/juridicamente na livre circulação de pessoas no que respeita aos cuidados de saúde: (i) estabelecimento de regras; (ii) e necessidade de conferir suporte aos EM e promover a cooperação entre os mesmos. A colaboração entre EM é importante no

que respeita principalmente à partilha de recursos, na certificação da qualidade e da segurança dos cuidados e na partilha de informação (Palm e Glinos, 2009).

Quanto à necessidade do estabelecimento de regras, os autores relatam que ao fim de uma década de debate político no seio da UE, no ano de 2006, aceitou-se que seria necessária uma nova iniciativa, pois claramente o sistema de autorização prévia existente não exibia transparência e não garantia o acesso a cuidados de saúde além-fronteiras. Assim com a criação da Directiva, pretende-se sobretudo acabar com as barreiras administrativas e promover a perspicuidade (Palm e Glinos, 2009). A ERS (2012) acrescenta que a Directiva vem ainda reduzir barreiras institucionais e organizativas na prestação de cuidados entre EM, prevendo-se que o acesso aos mesmos cuidados seja facilitado aos utentes; referem também que é previsível um aumento do volume de cuidados além-fronteiras.

Neste contexto, torna-se fulcral a análise da Directiva 2011/24/EU, bem como da Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, de modo a expor quais as barreiras encontradas que podem comprometer o direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços pelos beneficiários do SNS e as consequentes iniquidades no acesso a cuidados de saúde, no sistema de saúde português.

1. Objetivos, Propósitos e Análise da Directiva 2011/24/UE, relativa aos Direitos dos Doentes, em matéria de Cuidados Transfronteiriços

Para que seja possível atingir o objectivo deste trabalho, torna-se necessária a análise dos artigos constitutivos (incidindo especialmente sobre aqueles considerados de maior relevância no âmbito do direito de acesso a cuidados de saúde) da Directiva. Assim, durante este subcapítulo serão analisados os artigos que compõem a Directiva aqui estudada.

1.1. Capítulo I – Disposições Gerais

“Objetivo e âmbito de aplicação” - artigo 1.º, da Directiva 2011/24/EU
(sublinhado nosso).

1. “A presente directiva estabelece regras para facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde entre os EM, no pleno respeito das

competências nacionais em matéria de organização e prestação de cuidados de saúde (...)."

Os objetivos primordiais da directiva prendem-se com o servir os doentes e a sua mobilidade no seio da UE e só acessoriamente promover a livre circulação dos prestadores de serviços. Não se trata de incentivar os cuidados de saúde transfronteiriços, mas sim torná-los mais acessíveis, seguros e com qualidade.

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

No entanto são excluídos do seu âmbito de aplicação, de acordo com o n.º 3 do artigo 1.º (*ibid.*), os cuidados de saúde continuados; a transplantação de órgãos e o acesso aos mesmos para efeitos de transplante; e os programas de vacinação pública contra doenças infecciosas destinados exclusivamente a proteger a saúde da população do território de um EM.

"Articulação com outros actos da União" – Artigo 2.º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso).

O documento analisado, não afasta ou substitui os outros mecanismos já existentes (os quais já foram expostos anteriormente neste documento) e que igualmente regula, o acesso a cuidados transfronteiriços, como sejam aqueles estabelecidos no Regulamento (CE) n.º 883/2004, relativamente à coordenação dos regimes de SS dos EM aos trabalhadores assalariados, aos trabalhadores não assalariados e aos membros da sua família que se deslocam no interior da Comunidade (que revogou o Regulamento n.º 1408/71) e do CESD.

"Definições" – Artigo 3.º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso).

Aqui são definidos conceitos tais como: a) "Cuidados de saúde"; b) " Pessoa segurada"; c) "EM de afiliação"; d) "EM de tratamento"; e) "Cuidados de saúde transfronteiriços"; f) "Profissional de saúde"; g) "Prestador de cuidados de saúde"; h) " Doente"; i) "Medicamento"; j) "Dispositivo médico"; k) "Receita médica"; l) "Tecnologia de saúde"; m) "Processo clínico".

1.2. Capítulo II – Obrigações dos EM no que diz respeito aos cuidados de Saúde Transfronteiriços

“Obrigações do EM de tratamento” – Artigo 4.º da Directiva 2011/24/EU

(sublinhado nosso).

De acordo com a Directiva, no EM de tratamento os utentes devem ter direito a (artigo 4.º, *ibid.*):

- (i) Que os cuidados de saúde lhes sejam prestados em respeito pelos princípios da universalidade, do acesso a cuidados de saúde de boa qualidade, da equidade e da solidariedade (n.º1, *ibid.*);
- (ii) Que os cuidados de saúde lhes sejam prestados nos termos da legislação desse Estado e de acordo com as normas e orientações em matéria de qualidade e segurança estabelecidas (alínea a), b) e c) do n.º1, *ibid.*);
- (iii) Que os pontos de contacto nacionais lhes facultem informação relevante sobre as normas e orientações em matéria de qualidade e segurança estabelecidas pelo EM de tratamento, incluindo disposições relativas à supervisão e à avaliação dos prestadores de cuidados de saúde, bem como informação, bem como informação sobre a acessibilidade dos hospitais para pessoas com deficiência (n.º2, alínea a), *ibid.*);
- (iv) Que os prestadores de cuidados de saúde lhe facultem: a informação relevante que permita a cada doente fazer uma escolha esclarecida sobre nomeadamente, as opções de tratamento, a disponibilidade, a qualidade e a segurança dos cuidados de saúde que prestam no EM de tratamento; facturas claras e informações esclarecedoras sobre os preços; informações sobre a sua situação em termos de autorização ou registo; informações sobre a sua cobertura de seguros ou sobre outros meios de protecção individual ou coletiva no tocante à responsabilidade profissional; e apliquem aos doentes dos outros EM a mesma tabela de preços que a aplicada aos doentes nacionais em situação médica comparável, ou cobrem um preço calculado de acordo com critérios objectivos e não discriminatórios, caso não haja preço comparável para doentes nacionais (alínea b) do n.º2 e n.º3, *ibid.*).

“Obrigações do EM de afiliação” – Artigo 5.º da Directiva 2011/24/EU

(sublinhado nosso).

No EM de afiliação (aquele que suporta os custos da pessoa segurada), os utentes devem ter direito (artigo 5º, *ibid.*):

- a) Ao reembolso dos custos suportados com a prestação de cuidados de saúde transfronteiriços se os cuidados de saúde em questão figurarem entre as prestações a que a pessoa segurada tem direito no EM de afiliação (nos termos estabelecidos nos artigos 7º, 8º e 9º, *ibid.*);
- b) A dispor de vias para obter, a seu pedido, informações sobre os seus direitos relacionados com a obtenção de cuidados transfronteiriços (em especial no que diz respeito aos termos e condições para reembolso dos custos, aos procedimentos para avaliação e determinação dos referidos direitos e das vias de recurso e reparação;
- c) A que lhes seja disponibilizado um acompanhamento clínico idêntico ao que teria sido providenciado se os cuidados de saúde tivessem sido prestados no seu território.

“Pontos de contacto nacionais para os cuidados de saúde transfronteiriços” – Artigo 6.º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso).

Os pontos de contacto nacionais devem ser designados por cada EM e comunicados à Comissão, para que se tornem públicos (n.º 1 do artigo 6.º, *ibid.*). Estes pontos devem facilitar o intercâmbio de informação (n.º 2, n.º3 e n.º 4 do artigo 6.º, *ibid.*) a qual deve ser facilmente acessível e divulgada através de meios eletrónicos (n.º5 do artigo 6.º, *ibid.*).

Os pontos de contacto do EM de afiliação doentes informações sobre (n.º4, *ibid.*): os termos e condições de reembolso dos custos e aos procedimentos para avaliação e determinação dos deferidos direitos e das vias de recurso e reparação, se o doente considerar que os seus direitos não foram respeitados, no âmbito do Sistema Administrativo de autorização prévia para acesso aos cuidados transfronteiriços (previstos no artigo 9.º, *ibid.*).

1.3. Capítulo III – Reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços

“Princípios gerais de reembolso dos custos” – Artigo 7.º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso).

É ainda relevante expor que a Directiva define que cabe ao país de residência do doente suportar as despesas relativas aos tratamentos realizados noutros EM. Assim, um doente português poderá assim optar por ser tratado num outro país da UE, escolhendo entre prestadores públicos e privados, sem necessidade de autorização prévia em cuidados

de saúde hospitalares (caso não seja possível aceder ao tratamento necessário, em tempo útil, no EM de residência)..

De acordo com estas regras, os EM não deverão em regra sujeitar a autorização prévia o reembolso dos custos de cuidados de saúde prestados noutros EM, desde que esses custos, “caso tivessem sido prestados no território nacional, fossem suportados pelo seu regime obrigatório de SS ou pelo seu Sistema Nacional de Saúde”.

**“Cuidados de Saúde que podem estar sujeitos a autorização prévia” –
Artigo 8.º da Directiva 2011/24/EU** (sublinhado nosso).

Cuidados de saúde que interfiram com a qualidade e o acesso suficiente, no EM de afiliação, estão sujeitos a autorização prévia (alínea *a*), n.º2, *ibid.*).

Estão também sujeitos a autorização prévia os cuidados “que impliquem o internamento hospitalar do doente durante, pelo menos uma noite” (ponto *i*) da alínea *a*) do n.º2) ou que exijam o recurso a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente especializados e onerosos” (ponto *ii*), da alínea *a*), do n.º 2, *ibid.*). A alínea *b*) do n.º 2 acrescenta ainda que estão sujeitos a autorização prévia, tratamentos que envolvam risco potencial para o doente ou para a população ou que sejam prestados por prestador que possa suscitar dúvida quanto à segurança e qualidade dos cuidados (alínea *c*), n.º2, *ibid.*).

A Directiva acrescenta ainda que se o tratamento pretendido puder ser prestado dentro de um prazo razoável no país, a autorização poderá ser recusada, mediante justificação (n.º6, alínea *a*), *b*), *c*) e *d*), *ibid.*). O EM de afiliação deve ainda tornar pública a lista dos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia (n.º7, *ibid.*).

É ainda de referir que de acordo com o “Relatório da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, em cumprimento das obrigações previstas no artigo 20.º, n.º3, da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços”⁷⁸, que existem dois instrumentos jurídicos aplicáveis a cuidados de saúde transfronteiriços que preveem sistemas de autorização prévia, os quais podem coexistir. As diferenças entre estes dois sistemas devem ser abordadas, sendo que: (*i*) nos termos dos regulamentos, a autorização prévia é a regra, enquanto nos termos da directiva, é uma opção dos EM e apenas pode ser requerida em algumas situações específicas, conforme o supramencionado; (*ii*) o regime da directiva abrange todos os prestadores públicos,

⁷⁸

Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0044&qid=1409024750350&from=EN>

enquanto os regulamentos apenas incluem alguns dos prestadores; (iii) a cobertura dos custos pode variar consideravelmente de um instrumento para o outro; (iv) a aplicação do sistema de autorização prévia previsto na directiva irá variar consoante o EM, pois podem rejeitar esta opção; (v) a cobertura de custos através dos regulamentos, que exigem em todos os casos uma autorização prévia pode ser mais favorável que a cobertura oferecida pela directiva.

É ainda indicado pelo relatório, que a autorização prévia não pode constituir um entrave injustificado à livre circulação de doentes e que necessita de ser proporcional relativamente ao objectivo visado, o que implica que os EM terão de fornecer dados que justifiquem o recurso à autorização prévia.

“Procedimentos administrativos aplicáveis aos cuidados de saúde transfronteiriços – Artigo 9.º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso).

Tanto os procedimentos administrativos, como o sistema de reembolso dos cuidados de saúde suportados noutro EM devem basear-se em critérios objectivos e não discriminatórios (n.º1, *ibid.*), bem como devem apresentar fácil acessibilidade e serem de conhecimento público (n.º2, *ibid.*).

A apreciação, de pedidos de cuidados de saúde transfronteiriços devem ter em conta (n.º3, *ibid.*): a) “A condição clínica do doente”; b) “A urgência e as circunstâncias específicas de cada pedido”.

1.4. Capítulo IV - Cooperação no domínio dos cuidados de saúde

“Reconhecimento das receitas médicas emitidas noutro EM” – Artigo 11º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso).

No caso de obtida a autorização para comercialização de determinado fármaco, de acordo com a Directiva 2001/83/CE ou do Regulamento (CE) n.º726/2004, o EM deve assegurar-se que são reconhecidas as prescrições medicamentosas que provenham de outro EM (n.º1, *ibid.*). Contudo as receitas podem sofrer restrições nos seguintes casos: a) objectivem proteger a saúde humana e não apresentem carácter discriminatório; b) se baseiem em dúvidas legítimas sobre a autenticidade e conteúdo das receitas. O mesmo é aplicado aos dispositivos médicos.

Para facilitar a aplicação do n.º1 a Comissão adopta (n.º2, *ibid.*), em suma, diversas ações que promovam a interoperabilidade nesta matéria, entre EM.

“Redes Europeias de Referência” - Artigo 12º da Directiva 2011/24/EU

(sublinhado nosso).

As redes devem assentar na participação voluntária dos seus membros, que colaborem na criação de redes europeias de referência entre prestadores de cuidados de saúde e de centros de especialização (n.º1, *ibid.*), desde que visem três dos objectivos propostos no n.º2 (*ibid.*) e que cumpram os pontos previstos no n.º4 (*ibid.*).

“Doenças Raras” - Artigo 13º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso)

“A Comissão apoia a cooperação entre EM, tendo em vista o desenvolvimento do diagnóstico e da capacidade de tratamento”. Visa nas suas alíneas a) e b) sensibilizar os profissionais de saúde e os doentes, para a possibilidade de novos tratamentos, no âmbito das doenças raras, que não estejam disponíveis no EM de afiliação, ao abrigo do Regulamento (CE) n.º883/2004.

“Saúde em linha” - Artigo 14º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso)

“A União apoia e promove o intercâmbio de informações científicas entre os EM (...)” (n.º1, *ibid.*). A rede de saúde em linha tem os seguintes propósitos: a) criação de serviços e sistemas de saúde em linha que proporcionem vantagens económicas e sociais sustentáveis, com vista a alcançar um elevado nível de segurança e confiança, reforçar a continuidade dos cuidados; b) elaboração de orientações neste âmbito; c) “prestação de apoio aos EM, na elaboração de medidas comuns de identificação e autenticação, destinadas a facilitar a transferibilidade dos dados no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços”.

“Cooperação em matéria de avaliação das tecnologias da saúde” - Artigo 15º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso)

No seu n.º1 (*ibid.*) figura que “a União apoia e promove a cooperação e o intercâmbio de informações científicas entre os EM no âmbito de uma rede voluntária composta pelas autoridades ou organismos nacionais responsáveis pela avaliação das tecnologias de informação da saúde designados pelos EM”. Pretende-se que esta rede contribua para uma “boa governação, nomeadamente, transparência, objectividade, independência dos conhecimentos especializados, procedimentos justos, e participação adequada das partes interessadas.

1.5. Capítulo V – Disposições de Execução e Disposições Finais

“Relatórios” - Artigo 20.º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso).

Prevê-se a realização de um relatório por triénio, pela Comissão, o qual deve ser apresentado ao Parlamento e ao Conselho (n.º1, *ibid.*). O relatório deve incluir diversas informações, nomeadamente sobre fluxos de doentes, sobre as dimensões financeiras da mobilidade de doentes, sobre os sistemas de reembolso e de autorização prévia, sobre o funcionamento das redes europeias de referência e dos pontos de contacto nacionais (n.º2, *ibid.*).

“Transposição” - Artigo 21.º da Directiva 2011/24/EU (sublinhado nosso).

Os EM dispõem até à data de 25 de Outubro de 2013, para proceder à transposição da Directiva para o seu ordenamento jurídico nacional.

2. A transposição da Directiva em Portugal

A datar de 6 de Fevereiro de 2014, em Diário da Assembleia da República (DAR) foi publicada a Proposta de Lei n.º206/XII. Foram posteriormente solicitados os pareceres da Assembleia Legislativa da Região Autónoma da Madeira, da Assembleia Legislativa da Região Autónoma dos Açores, do Governo Regional da Madeira, do Governo Regional dos Açores e da Comissão Nacional de Protecção de Dados e da Comissão Parlamentar de Saúde.

A proposta de Lei supracitada, bem como os diversos pareceres culminaram na Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto.

2.1. Análise da Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto

Para contextualizar a publicação da Lei n.º 52/2015, de 25 de Agosto, é necessário mencionar que na “Exposição de Motivos” da Proposta de Lei n.º206/XII que a antecedeu, é indicado que as regras internas de acesso aos cuidados de saúde no âmbito do SNS, em nada se alteram e que “a nível nacional, cumpre ao Estado Português, em termos constitucionalmente consagrados, garantir o direito à protecção à saúde através de um Serviço Nacional de Saúde universal e geral e tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito”.

A presente lei sublinha que “as regras de acesso a cuidados de saúde podem ser objecto de restrições, quando tal se justifique por razões imperiosas de interesse geral, as

quais, podem legitimar entraves à liberdade prestação de serviços”. Assim, encontra-se prevista a possibilidade de restringir o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e em concreto ao direito a reembolso derivado dos mesmos, com base em razões imperiosas de interesse geral nos termos do TFUE e da jurisprudência do TJUE. É também previsto um sistema de autorização prévia para certa tipologia de cuidados de saúde, já anteriormente discutidos no primeiro ponto deste capítulo.

A Proposta de Lei n.º206/XII, indica que não é possível tipificar e listar as situações que podem levar a restrições aos cuidados transfronteiriços, sem que se conheçam os pressupostos e as circunstâncias concretas em que se podem fundamentar tais restrições. Posteriormente, a Lei n.º52/2014 de 25 de Agosto, menciona que os cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia devem ser definidos em portaria e comunicado à Comissão Europeia (n.º3 do artigo 11.º, *ibid.*).

É também referido que o disposto na presente lei não prejudica a aplicação (artigo 2.º, n.º 2, *ibid.*):

- a) “Do regulamento (CE) n.º883/2004, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social e do Regulamento (CE) n.º987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de Setembro de 2009, que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CE) n.º883/2004 relativo à coordenação dos sistemas de segurança social”;
- b) “Da legislação em vigor relativa à organização e ao financiamento dos cuidados de saúde, em situações não relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços”;
- c) “Da legislação aplicável aos subsistemas de saúde.”

Quanto à definição de “beneficiário” (artigo 3º, alínea a), *ibid.*) o legislador considera o previamente conjecturado na LBS, bem como no capítulo I do título III do Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de Abril de 2004 e no Regulamento (CE) n.º859/2003⁷⁹, de 14 de maio de 2003, ou pelo Regulamento n.º1231/2010⁸⁰, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 24 de Dezembro de 2010. É também definido “Doente” na alínea e) do artigo 3º, o qual é designado por “uma pessoa singular que procure receber ou recebe cuidados de saúde em Portugal ou noutro Estado-membro”.

⁷⁹ Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/34501/REG_CE_859_2003

⁸⁰ Disponível em http://www4.seg-social.pt/documents/10152/56124/Reg_ue_1231_2010

A Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, delimita (artigo 4.º, *ibid.*) que os princípios gerais da prestação de cuidados transfronteiriços devem ser conformes com os princípios da universalidade, do acesso a cuidados de qualidade, da equidade e da solidariedade em conformidade com legislação do EM de tratamento.

Quanto ao ponto de contacto nacional (artigo 5.º, *ibid.*), menciona que a devida informação é divulgada por meios electrónicos (n.º 2, *ibid.*). O legislador afigura-se que os pontos de contacto devem ainda prestar diversas informações aos doentes, aquando da sua solicitação pelos mesmos (n.º 3, *ibid.*). Outro ponto a salientar, relativo à informação prestada aos doentes está no artigo 6.º, n.º 2 “a informação deve ser prestada diretamente aos doentes e publicitada por meios eletrónicos, em formatos fáceis e também adaptados a pessoas com necessidades especiais, bem como afixadas nas instalações do prestador de cuidados de saúde”. No n.º 4 do mesmo artigo (*ibid.*) é explícito que o doente tem direito de conhecer a informação que consta no seu processo clínico e aceder-lhe, nos termos da lei (através de um médico).

Apesar do artigo 6.º no seu n.º 5 (*ibid.*) referir que “os doentes devem ser tratados com base no princípio da não discriminação por razões da nacionalidade”, o artigo 7º no seu n.º 1 (*ibid.*), ressalva que “(...)podem ser adoptadas, em situações excepcionais e em observância pelo princípio da proporcionalidade, medidas de restrição ao acesso a determinado tratamento no âmbito da presente lei nos termos do artigo 52º e 62º do TFEU, por razões imperiosas de interesse geral, quando justificadas pela necessidade de manter um acesso suficiente, permanente, equilibrado e planeado a todos os beneficiários a uma gama equilibrada de tratamentos de elevada qualidade a nível nacional ou a um serviço médico e hospitalar”.

Quanto ao reembolso, o n.º 1 do artigo 8.º (*ibid.*) indica que “sem prejuízo do disposto no artigo 11.º (*ibid.*), os beneficiários têm direito ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com os cuidados de saúde transfronteiriços prestados noutra EM, desde que os cuidados em questão sejam tidos como cuidados de saúde que caberia ao Estado Português garantir através do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde e o Estado Português seja considerado EM de afiliação”.

O artigo 11.º (*ibid.*) refere-se ao sistema de autorização prévia, enumerando as situações, em que este regime se aplica: cuidados transfronteiriços cirúrgicos que exijam o internamento durante pelo menos uma noite, assim como, o reembolso de cuidados transfronteiriços que sejam altamente especializados ou onerosos, (n.º1, *ibid.*), os quais são definidos por portaria do membro do Governo responsável pela área da saúde e que deve

ser comunicado à UE (n.º3, *ibid.*). Outras situações previstas, onde o reembolso está sujeito a autorização prévia, passam por cuidados transfronteiriços que coloquem o doente ou a população em risco especial ou quando o prestador possa suscitar preocupações sérias quanto à qualidade e à segurança dos cuidados (n.º2, *ibid.*).

O n.º 1 do artigo 10.º (*ibid.*), menciona que as prestações de reembolso são previstas na tabela de preços do SNS ou dos Serviços Regionais de Saúde (SRS), bem como os regimes jurídicos de comparticipações do Estado ou dos Serviços Regionais de Saúde no preço dos medicamentos. É conjuntamente indicado que aos montantes a reembolsar nos termos do número anterior, é deduzido o valor correspondente das taxas moderadoras que seriam devidas, caso as prestações de saúde fossem realizadas no âmbito do SNS ou dos SRS (n.º2, *ibid.*).

Segundo o “Relatório da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, em cumprimento das obrigações previstas no artigo 20.º, n.º3, da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços”, o reembolso de montantes fixos, que parece ser a opção do Governo de Portugal, deve ser calculado de acordo com o artigo 64.º do Regulamento (CE) n.º 987/2009, do Parlamento Europeu e do Conselho⁸¹ e deve aproximar-se o mais possível das despesas realmente suportadas.

Na Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, o direito ao reembolso de despesas que não se encontrem sujeitas a autorização prévia (artigo 11.º, *ibid.*), pressupõe a existência de uma avaliação prévia por um médico de Medicina Geral e Familiar (MGF) do SNS ou dos SRS, que motive a necessidade dos cuidados (artigo 8º, n.º8, *ibid.*). O legislador indica ainda no n.º5 do artigo 8.º (*ibid.*), que “os custos dos cuidados transfronteiriços são reembolsados apenas até ao limite que teria sido assumido pelo Estado Português enquanto responsabilidade financeira do SNS ou dos SRS, caso esses cuidados tivessem sido prestados no território nacional nos termos da tabela de preços do SNS ou dos SRS e do regime geral das comparticipações do Estado ou dos SRS no preço dos medicamentos, sem exceder, contudo, os custos reais dos cuidados de saúde recebidos”. Existe ainda a salvaguarda ainda que podem ser adoptadas, em situações específicas e excepcionais, tendo em conta o princípio da proporcionalidade, medidas de restrição ao reembolso das despesas diretamente relacionadas com determinados cuidados prestados noutra EM (n.º8 do artigo 8.º, *ibid.*).

⁸¹ Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:284:0001:0042:pt:PDF>

Quanto ao artigo 9.º (*ibid.*), “Pedido de Reembolso”, o seu n.º1 indica que o reembolso requer apresentação de requerimento, através do portal do utente, à ACSS, ou ao serviço competente de cada Região Autónoma, pelo próprio beneficiário ou a pedido deste junto de estabelecimentos de CSP da sua área de residência ou nas unidades competentes de cada Região Autónoma, no prazo de 30 dias a contar do pagamento da despesa. O reembolso deverá ser efectuado, no prazo de 90 dias a contar da apresentação do respetivo pedido (n.º4, *ibid.*). Aos montantes a reembolsar é deduzido o valor equivalente das taxas moderadoras que seriam devidas, caso os cuidados fossem prestados no SNS ou SRS.

O requerimento para pedido de autorização prévia deve ser pedido do mesmo modo que o pedido de reembolso (artigo 12.º, n.º1, *ibid.*) e deve ser aprovado pela ACSS e pelos serviços competentes das Regiões Autónomas. O artigo 14º, n.º1 (*ibid.*) menciona que a resposta ao pedido de autorização prévia deve ser auferida em 15 dias úteis, salvo se a condição clínica exigir resposta num prazo mais curto. O n.º3 do artigo 14.º (*ibid.*) indica quais as situações em que o pedido de autorização prévia deve ser indeferido: risco para o doente ou para a população, se o prestador suscitar preocupações sérias quanto à qualidade e segurança dos cuidados que proporciona e se os cuidados em causa puderem ser prestados em Portugal, em prazo útil fundamentado do ponto de vista clínico, tendo em conta o estado de saúde e a evolução provável da saúde do doente. “Em caso de dúvida, do ponto de vista clínico, a ACSS, ou os serviços competentes das Regiões Autónomas podem solicitar o parecer da DGS, que deve ser emitido no prazo de cinco dias úteis” (n.º4, *ibid.*)

O reconhecimento das receitas médicas emitidas noutra EM, são também previstos no artigo 15.º (*ibid.*), consoante o previsto nos termos do DL n.º 176/2006, de 30 de Agosto. É também explicitado na alínea *a)*, *b)*, *c)*, *d)*, *e)*, *f)*, *g)* e *h)* do n.º1 do artigo 15.º os elementos que a receita tem que apresentar para que seja reconhecida em território português. Existe ainda a salvaguarda no que respeita à prescrição medicamentosa no caso dos fármacos que necessitem de uma receita médica especial (n.º3 do artigo 15.º, *ibid.*).

Relativamente aos dispositivos médicos o n.º4 do artigo 15.º (*ibid.*) menciona que as receitas dos mesmos são reconhecidos em Portugal, nos termos da legislação em vigor, caso o dispositivo médico se encontre legalmente colocado no mercado nacional e a receita inclua o previsto nas alíneas *a)*, *c)* e *f)* do n.º1 do presente artigo e inclua ainda outros elementos a definir por despacho por membro do Governo.

É ainda previsto o reconhecimento dos centros de referência nacionais, bem como a sua participação e integração nas redes europeias de referência, tendo em especial atenção

o tratamento e o diagnóstico de doenças raras, no seu artigo 16.º (*ibid.*). Contudo os centros de referência não estão ainda identificados nem existe documentação respeitante a este assunto.

A cooperação em matéria de saúde em linha é também prevista no artigo 17.º (*ibid.*), contudo esta matéria não iniciou ainda um processo legislativo.

A cooperação em matéria de avaliação das tecnologias de saúde é também prevista sucintamente no artigo 18.º (*ibid.*), sem grande esclarecimento por parte do legislador português.

No artigo 19.º (*ibid.*) é mencionada a necessidade de monitorização da aplicação da presente lei, a qual deve assumir um carácter anual, a realizar pela ACSS e pela DGS.

É também relatado na Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, que para além de se pretender assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, pretende-se também salvaguardar o planeamento do SNS, pelo que a mobilidade de doentes não deve colocar em causa o acesso e a qualidade de cuidados no âmbito do SNS.

2.2. Os Pareceres das entidades competentes

Reis (2014), menciona três pontos importantes referidos do “Relatório da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu em cumprimento das obrigações previstas no artigo 20.º, n.º3, da Directiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços”:

- (i) No momento é impossível analisar a forma como os EM têm utilizado a “possibilidade de introduzir sistemas de autorização prévia nos termos da Directiva e os possíveis efeitos de substituição em relação aos regulamentos”, dado o pouco tempo decorrido desde o prazo limite para transposição da Directiva.
- (ii) Devido o mesmo motivo, a Comissão considera que também não é possível concluir nenhuma desproporcionalidade decorrente da aplicação da mesma.
- (iii) Os assuntos referidos anteriormente são remetidos para o Relatório que será efetuado até 25 de Outubro de 2015 pela Comissão Europeia com colaboração dos EM.

Aquando da apresentação da Proposta de Lei n.º 206/XII a 9 de Abril de 2014, Fernando Leal da Costa, Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde menciona que após a promulgação da Proposta de Lei, já anteriormente, há obrigação do Governo em

produzir legislação, respeitante a (entre outros): (i) Definição do Ponto de Contacto Nacional; (ii) Definição de cuidados médicos altamente onerosos e de elevada especialização, para que possa existir avaliação prévia (Costa, 2014).

Mesmo com a publicação da Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, o Governo de Portugal ainda não procedeu, às alterações propostas por Costa (2014).

Os restantes pareceres⁸² obtidos durante este processo legislativo são demasiado generalistas e contém pouca informação relevante.

3. As barreiras ao direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços em Portugal

Dar a conhecer as barreiras ao direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços em Portugal, assume uma importância extrema, uma vez que o objetivo da Directiva é acabar com os obstáculos de acesso dos cuidados de saúde dentro da UE.

Apesar de todos os esforços por parte dos EM da UE, as barreiras parecem conservar-se em alguns pontos. Guimarães (2013, p.5) menciona que “Difícilmente o setor público conseguirá competir ao nível dos cuidados transfronteiriços, sem objectivamente prejudicar os doentes portugueses”.

As barreiras identificadas pela literatura são de natureza financeira, linguística e cultural, de mobilidade física, de carácter informacional, de proximidade geográfica, de carácter administrativo e de capacidade de continuidade dos cuidados.

A) Barreiras Financeiras

De acordo com a ERS (2012, p51), “as barreiras financeiras ao acesso dos utentes aos cuidados transfronteiriços caracterizam-se pelo preço destes cuidados, pelos cuidados de saúde cobertos pelo Estado, a cujo reembolso os utentes têm direito e pelos valores e prazos de reembolsos, para além das despesas relativas a transporte e estadia. Portanto, as barreiras financeiras incluem todas aquelas variáveis que pode influenciar negativamente o acesso dos utentes aos cuidados transfronteiriços, em termos financeiros”.

Como é evidente, as populações mais empobrecidas e logo com menor capacidade financeira, suportarão dificuldades acrescentadas para poderem aceder aos cuidados transfronteiriços, pois pressupõe-se que necessitarão de antecipar o pagamento (Brekke et

⁸² Disponíveis em <http://www.parlamento.pt/ActividadeParlamentar/Paginas/DetailIniciativa.aspx?BID=38216>

al. 2014). Deste modo, a não ser que sejam tomadas medidas em contrário, a Directiva poderá gerar desigualdades no acesso. Guimarães (2013), indica que muito provavelmente, a Directiva irá beneficiar os doentes que têm capacidade financeira para suportar custos adicionais, como as viagens e restantes despesas inerentes.

Devida a coexistência de diferentes tabelas de preços em Portugal, comparticipados pelo Estado (tabelas aplicáveis aos regimes livre e convencionado dos subsistemas públicos, a tabela de preços do SNS, tabelas de preço convencionados com o SNS, tabelas de preços aplicadas a estabelecimentos privados subcontratados por hospitais do SNS e tabelas de preços acordados com prestadores do setor social), até 25 de Agosto (data de publicação da Lei n.º52/2014) não era possível prever como seriam calculados os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços. Todavia, com a publicação da Lei esta questão ficou esclarecida, uma vez que o artigo 10.º (*ibid.*) indica que “o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços aos beneficiários é feito de acordo com as tabelas de preços aplicadas ao Serviço Nacional de Saúde e com o regime geral das comparticipações do Estado ou dos Serviços Regionais de Saúde no preço dos medicamentos” (n.º1). Aos montantes a reembolsar é deduzido o valor das taxas moderadoras que seriam devidas caso os cuidados fossem prestados em Portugal, bem como o montante devido por terceiro contratualmente responsável.

Tendo em conta que em Portugal estão isentos do pagamento de taxas moderadoras 5.802.543 utentes do SNS e 3.071.510 estão isentos derivada a sua insuficiência económica (ACSS, 2014), prespectiva-se que a cerca de metade da população portuguesa será vedado o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, uma vez que de acordo com a Lei n.º 52/2014 não estão previstos os casos em que será necessária a antecipação de pagamentos para que a população mais vulnerável possa aceder a cuidados de saúde prestados noutra EM. Neste contexto, estamos perante uma iniquidade de acesso que transgride claramente os deveres do Estado no que respeita à protecção da saúde de todos os cidadãos.

Outro factor que pode desencadear iniquidades no acesso, e que constitui uma preocupação, é o facto de em Portugal existirem diversos regimes de comparticipação. Essa demarcação, será considerada no sistema de cálculo dos custos de reembolso (como já vimos anteriormente), o que diverge com a obrigação expressamente invocada pela Directiva de proibição de discriminação ao nível do reembolso.

Apesar do atraso de quase um ano na transposição da Directiva, o manual de acolhimento ao utente de outros EM de afiliação, bem como as “regras” de acesso aos

cuidados de saúde no âmbito do SNS por cidadãos da UE, foi já emitido pela ACSS no final do ano de 2013.

B) Barreiras linguísticas e culturais

O relatório final da *Simulation on the EU Cross-Border Care Directive*, impulsionado pela *European Health Management Association* (EHMA), pela *European Social Observatory* (OSE) e pela *Association Internationale de la Mutualité* (AIM), de 24 de Novembro de 2011, menciona que os representantes dos utentes consideram como uma das maiores barreiras ao acesso aos cuidados de transfronteiriços, o idioma.

De acordo com a ERS (2012), é expectável que para combater estas barreiras sejam contratados profissionais de saúde estrangeiros.

C) Barreiras de mobilidade física

Em doentes com restrições de locomoção e de mobilidade física, decorrente do seu estado de saúde, a sua condição pode significar uma barreira aos cuidados de saúde transfronteiriços. A ERS (2012), acrescenta ainda que estas dificuldades podem ser mais sentidas pelas populações que se encontram distantes das fronteiras dos EM pelos doentes que não podem ser transportados de forma alguma, restando-lhes apenas a telemedicina.

Outro ponto relevante passa por ponderar também situações onde o doente se encontra em estado de saúde compatível de ser acompanhado por profissional de saúde, o que implica despesas financeiras que o doente pode não conseguir suportar, pelo que mais uma vez teríamos uma situação geradora de iniquidades no acesso dos doentes.

Uma vez que a Portaria n.º142-B/2012, de 15 de maio⁸³, assegura os encargos com transporte não urgente de doentes que necessitem do mesmo para proceder aos devidos tratamentos, a opção legislativa na transposição da Directiva poderia seguir o mesmo rumo. Contudo, com a publicação, da Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, tal não se verifica.

D) Barreiras informacionais

O relatório supramencionado, *Simulation on the EU Cross-Border Care Directive*, salienta que a qualidade da informação é fundamental para o sucesso da Directiva – informação sobre pontos de contacto nacionais, sobre reembolsos, tratamentos, qualidade e segurança. Esta ideia é reforçada pela Comissão das Comunidades Europeias (2006) que

⁸³Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/ronlyres/E5474721-014C-4469-80FF-A6344D28DBE6/29213/0000300006.pdf>

refere que “(...) ter direito a cuidados de saúde noutros países não é suficiente se os doentes e os profissionais de saúde não dispuserem de informações adequadas (...)”.

As barreiras informacionais poderão ter como consequência, o impedimento do acesso dos doentes aos próprios cuidados de saúde. Assim, os pontos de contacto tornam-se fundamentais para viabilizar o acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços (ERS, 2012).

Os pontos de contacto nacionais e das Regiões Autónomas não foram ainda definidos, apesar Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto, no seu artigo 5.º, n.º1, mencionar que “Para efeitos da presente lei, o ponto de contacto nacional para os cuidados de saúde transfronteiriços é designado por despacho do membro do Governo responsável pela área da saúde, de entre os serviços e organismos do Ministério da Saúde, e os pontos de contacto nacionais para as regiões autónomas para os cuidados de saúde transfronteiriços são designados por despachos dos membros dos governos das regiões autónomas responsáveis pela área da saúde, sendo os respetivos contactos comunicados à Comissão Europeia”.

Contudo, ao nível da UE e no âmbito da Directiva, foi criado o *European Patients Smart Open Services (EPSOS)*⁸⁴, que foi iniciado em 1 de Julho de 2008 e expandido em 2011, tendo sucedido o seu termino a 30 de Junho de 2014; é de referir que Portugal integrou o projecto na sua segunda fase. Na sua tipologia, o EPSOS, é designado como um “*Information & Communication Technology Policy Support Project*”, através do qual as soluções técnicas existentes comunicam além-fronteiras e operam entre si. Esta interoperabilidade é testada através de pilotos, permitindo aceder a toda a informação do doente: dados clínicos, prescrição médica e acesso pelos pacientes aos seus dados clínicos.

A ERS (2012) e Janssen (2011), relatam ainda que não se devem promulgar ainda mais as desigualdades no acesso já existentes entre as populações, relativas a variáveis socioeconómicas, daí a importância de garantir que a informação não chega apenas através de meios tecnológicos (aqui coloca-se a problemática da literacia relacionada com as novas tecnologias). Relativamente a esta problemática a Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, no seu artigo 5.º, n.º2, menciona que a informação está facilmente acessível, pois é divulgada por meios eletrónicos, o que não ultrapassa o obstáculo indicado pela ERS (2012) e por Janssen (2011).

⁸⁴ Disponível em http://epsos.eu/fileadmin/content/pdf/deliverables/epSOS_letter_to_contributors_1July2014.pdf

E) Barreiras de proximidade geográfica

As principais variáveis consideradas como barreiras de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, apontadas pela literatura, são o tempo de viagem e a distância.

Legido-Quigley *et al.* (2008), mencionam que apesar da distância não ser o único factor desencorajador na procura de cuidados no estrangeiro, as pessoas geralmente apresentam-se mais relutantes em receberem cuidados de saúde fora do seu país de afiliação porque não querem enfrentar barreiras como a língua, as barreiras administrativas e as financeiras (como o tempo de viagem e os seus custos).

Apesar da generalidade dos pacientes preferir encontrar assistência médica perto de casa, existem algumas circunstâncias, em que o paciente está disposto a desfrutar de cuidados além-fronteiras – ou porque se encontram fora do seu país e necessitam de assistência médica, ou porque os cuidados no estrangeiro oferecem algumas vantagens em comparação com os cuidados prestados no seu país de origem (Legido-Quigley *et al.*, 2008).

Brekke *et al.* (2014) e Janssen (2011), mencionam que uma explicação natural para a baixa mobilidade de pacientes no seio da UE no que concerne a tratamentos planeados, prende-se com a preferência dos mesmos em serem tratados perto de casa. Por norma, os doentes têm como preferência recorrer a cuidados de saúde próximos de si, pelo que se prevê que esta barreira seja um dos principais obstáculos no âmbito dos cuidados de saúde além-fronteiras.

O relatório emitido pela *Health and Consumer Protection Directorate General* da Comissão Europeia – *Summary report of the responses to the consultation regarding “Community action on health services”*, de Setembro de 2006, menciona que com os cuidados transfronteiriços perspectiva-se uma necessidade de aumento do orçamento para a saúde, o que pode ser impraticável dada a crise económico que a UE atravessa e a tendência para o aumento dos custos totais em saúde dada a inversão da pirâmide demográfica, a inovação em saúde e o aumento das doenças crónicas que se tem verificado nos últimos anos (Relatório Mundial de Saúde, 2010). Em Portugal, dados da DGS – Departamento da Qualidade na Saúde, 2012, mostram que entre 2006-2011 existe um crescente número de deslocações ao estrangeiro para assistência médica especializada e que os custos (tratamento, deslocação), em média, por doente, rondam os 8000 euros. Ainda acrescentam que a maioria dos doentes que recorreram a serviços de saúde no estrangeiro, procuravam serviços na área da genética médica (58%).

Assim, as barreiras geográficas podem constituir uma das formas de travar o aumento potencial de custos com a saúde, oriundos dos cuidados transfronteiriços.

A Comissão Europeia (2008), menciona que os utentes somente procuram cuidados de saúde fora dos seus países se as suas necessidades em saúde não puderem ser satisfeitas no país de afiliação, pelo que estima-se que somente 10% recorrerá a cuidados transfronteiriços.

Por outro lado, os EM deverão garantir a igualdade no acesso dos utentes aos cuidados de saúde, prestando especial atenção às populações que se encontram em localizações mais longínquas das regiões fronteiriças.

F) Barreiras Administrativas

Uma das principais barreiras administrativas, mencionada pela ERS (2012) relacionava-se com a prescrição de medicamentos e com a disponibilidade dos mesmos em cada EM. A prescrição de medicamentos realizada noutro EM é reconhecida em Portugal nos termos do artigo 15.º da Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto. Todavia, a disponibilidade de medicamentos em cada EM pode não se mostrar linear, o que pode constituir uma problemática.

Outro ponto prende-se com a questão administrativa da definição de critérios para determinar quais os casos que poderão necessitar de autorização prévia para reembolso. Os critérios ligados à concessão de autorização prévia deverão ser justificadas à luz de razões imperiosas de interesse geral, susceptíveis de justificar entraves à livre circulação dos cuidados de saúde, tais como o risco de prejudicar seriamente o equilíbrio financeiro do sistema de SS e o risco de comprometer a capacidade de tratamento ao nível nacional. A autorização prévia pode ainda ser recusada, se o mesmo tratamento (igualmente efectivo) estiver disponível no EM de afiliação. Esta barreira mantém-se até à data de término deste trabalho, o que se compreende, pois este obstáculo é reconhecido como um dos instrumentos dos decisores políticos, para controlar os custos e a eficiência do sistema (Palm e Glinos, 2009).

Outra questão ainda, está arrolada com os cuidados de saúde altamente especializados e com o tratamento de doenças raras, que não se encontrem disponíveis no EM de afiliação. Nestes casos a directiva prevê que o reembolso será sempre total, contudo a necessidade de autorização prévia constituirá uma barreira administrativa e uma vez que os critérios para tal concessão não são ainda claros, esta situação pode apresentar um impacto negativo na equidade no acesso, o que vai colidir com o previsto na Directiva. A Directiva no seu artigo 9.º no seu n.º 1 indica que tanto os procedimentos administrativos, como o sistema de reembolso dos cuidados de saúde suportados noutro EM devem basear-se em critérios objectivos e não discriminatórios.

Por outro lado, pode ainda verificar-se incongruência ao nível do acesso a cuidados de saúde internos, isto é, um doente pode recorrer a qualquer outro EM para receber cuidados de saúde, mas ao nível nacional não pode recorrer a outro hospital público ou a um hospital privado nas mesmas condições subjacentes à aplicação da Directiva (Guimarães, 2014).

G) Barreiras de capacidade para a continuidade dos cuidados

Um outro problema que poderá ocorrer prende-se pela capacidade de resposta do EM de afiliação para a continuidade dos cuidados prestados noutra EM, o que pode colocar em risco a saúde do utente. Esta barreira é colocada em foco pela Comissão Europeia (2013), após a consulta pública relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços em paridade com o suporte financeiro.

Aqui pode-se também incluir a problemática da transmissão clínica dos utentes entre os prestadores de cuidados de saúde de saúde. Para além da duplicação de consultas e de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) aumentando os custos. Existe ainda o problema relacionado com a interpretação (ou deficiente interpretação) dos MCDT por se encontrarem numa língua diferente, o que pode comprometer a qualidade da continuação dos cuidados. Para evitar situações negativas para a qualidade dos cuidados, o n.º 50 da Directiva refere que é necessário planeamento conjunto e a adaptação de procedimentos e normas, bem como a interoperabilidade dos sistemas nacionais de informação e comunicação, que assegurem uma continuidade de cuidados adequada. A Directiva no seu n.º56 menciona a importância de facilitar ao doente o acesso às aplicações eletrónicas no domínio da saúde – o que se revela de facto importante, mas que como já foi referido anteriormente, nem todas as populações têm a mesma capacidade de acesso às tecnologias de informação.

CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

Nota Preambular

Este capítulo assume-se como o último, mas também o de maior importância, pois confere sentido à investigação. Todo o trabalho realizado ao longo do projecto de investigação, culmina na discussão e nas conclusões finais e é também onde o investigador percebe se conseguiu ou não responder à(s) questão(ões) a que propôs.

A linha condutora deste trabalho passa pela análise da Directiva, bem como da Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto e dos documentos oficiais que a antecederam.

Em Anexo IV está exposta uma tabela analítica que inclui a Directiva e a Lei da transposição da Directiva, e inclui o resumo dos pontos fulcrais dos dois documentos, bem como as suas transgressões e omissões dentro do quadro jurídico português, de modo a facilitar as conclusões finais.

Assim, através da análise documental – de documentos primários como legislação, bem como de fontes deliberadas (estudos e pareceres) e de fontes secundárias (interpretações das fontes primárias) – conseguimos responder às questões formuladas no início do projecto de investigação.

A UE tem integrado cada vez mais na sua legislação e regulamentação, a Saúde Pública, bem como os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde.

O caminho trilhado para atingir o elevado nível de protecção social auspiciado pela implementação do Modelo Social Europeu, no que respeita à Saúde Pública, tem-se revelado longo e sinuoso. Contudo a UE não tem poupado esforços no sentido de incutir aos EM a responsabilidade pelas suas próprias políticas públicas, uma vez que para a União é fulcral que exista uma congregação de esforços dos EM, de modo a garantir aos cidadãos da UE a universalidade, a equidade, a eficiência, a eficácia e a qualidade dos sistemas de saúde.

Assim, a transposição da Directiva ficou ao cargo dos EM, para que não sejam comprometidos o equilíbrio e a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde. Todavia, no caso português, a transferência desta tarefa da UE para o domínio nacional, em plena crise económica pode constituir uma preocupação no âmbito do Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS português. Neste contexto torna-se necessário o enfoque na sustentabilidade sem que exista compromisso dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, de modo equitativo, tendo sempre em consideração a situação económica e de vulnerabilidade dos doentes.

1. Discussão

As barreiras identificadas neste trabalho, que podem constituir obstáculos efectivos ao exercício do direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS, são de ordem:

- i.* Financeira: Tendo em conta o contexto nacional actual, de crise económica, é o obstáculo que mais se evidencia e que pode causar diversas preocupações no âmbito da equidade de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços. Para que esta barreira potencial não constitua efetivamente um obstáculo ao acesso, é necessário que o Governo de Portugal legisle (em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços), tendo em conta as vulnerabilidades de certos grupos populacionais, tais como os pensionistas, os indivíduos com insuficiência económica comprovada, os deficientes com mais de 60% de incapacidade e as crianças. Todos os grupos mencionados estão protegidos, no que respeita ao pagamento dos cuidados prestados em Portugal e à luz da legislação portuguesa, mas tal não acontece no caso dos cuidados de saúde transfronteiriços.
- ii.* Linguísticas e culturais: É a barreira apontada como de maior relevância, pela literatura. Aceita-se como um dos factores de maior relevância aquando da decisão do doente em receber ou não cuidados no estrangeiro, pelo que os governos devem desenvolver acções que possam minimizar os problemas derivados deste tipo de obstáculos.
No caso português, a Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, é omissa em acções que possam transpor este obstáculo.
- iii.* Mobilidade física: Os mais vulneráveis poderão necessitar de acompanhamento por familiar ou por profissional de saúde, custos que provavelmente não poderão suportar e que não estão previstos na Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, nem constituem aparentemente uma preocupação para os responsáveis do Governo pela área da saúde.
- iv.* Informacionais: Este tipo de barreira pode inibir o acesso dos doentes aos próprios cuidados. O Governo de Portugal ao transpor a Directiva, não teve em conta a baixa literacia dos mais idosos, especialmente no que se prende com as tecnologias de informação.
- v.* Proximidade geográfica: Também uma das barreiras mais apontadas pela literatura quando é acometida para o doente a decisão de preferir ser tratado perto ou longe do seu domicílio. É também mencionado pela bibliografia consultada que os custos com deslocações a regiões mais distantes podem também constituir uma barreira.

A Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, bem como a documentação publicada pelas entidades competentes é omissa neste ponto.

- vi.** Administrativas: O Governo de Portugal preocupou-se sobretudo em eliminar este tipo de barreiras. Contudo, os critérios que definem a necessidade de autorização prévia não são completamente transparentes e os pontos de contacto não estão ainda definidos, contudo constituem uma preocupação para o Governo (Costa, 2014).
- vii.** Capacidade de continuidade dos cuidados: Este tipo de barreira é colocada em foco pela Comissão Europeia em paridade com o suporte financeiro, no que se refere ao seu nível de importância. Este problema é omissa da Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto.

Outro ponto sensível referido pela ERS (2012), prende-se com o *gatekeeping*, pois podem ser exercidas pressões ao nível dos cuidados de saúde primários para condicionar o acesso aos cuidados transfronteiriços, mas não é referido por mais nenhum autor, pelo que não é considerado neste trabalho como sendo um obstáculo ao Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços.

Após a discussão da questão principal deste documento, é então necessário passarmos ao debate das questões específicas a que nos propusemos.

- (i)** Quais as orientações legislativas, que alteram as regras do direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS português?

Parte desta pergunta foi respondida no Capítulo VI (ponto n.º2) deste documento, onde é descrita e analisada a Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto.

Contudo, é necessário trilhar o caminho que nos é apontado por esta nova lei. A Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, é pouco esclarecedora, pois em pouco altera ao já preconizado pela própria Directiva. Assim torna-se necessário a abordagem de alguns pontos que continuam a suscitar dúvidas.

- i.** Apesar de definidos os termos do reembolso, bem como as prestações elegíveis para reembolso (artigo 8.º, 9.º e 10.º, *ibid.*), não existe nenhuma salvaguarda para os mais vulneráveis. Estamos assim perante uma situação dúbia, isto é, apesar da LBS (Base XXIV) na sua alínea c) mencionar que o SNS deve “ser tendencialmente gratuito para os utentes, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos”, a Lei n.º52/2014 de 25 de Agosto, é omissa relativamente a este assunto, podendo apenas depreender-se que os cidadãos isentos, estão desobrigados do

pagamento das taxas moderadoras, mas que são compelidos a um pagamento directo, tal como os beneficiários do SNS que não apresentam isenção.

Assim, estamos perante uma transgressão perante a Base II (n.º1, alínea *b*) e Base XXIV (alínea *c*) - da LBS - que sublinham (respectivamente) que é objetivo fundamental da política de saúde "(...) obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade da distribuição de recursos e serviços" e que é necessário "garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados".

- ii.* O ponto de contacto nacional, bem como os pontos de contacto das regiões autónomas ainda não estão definidos. Para além disso, o artigo 5.º (n.º2, *ibid.*) indica apenas que a informação respeitante aos cuidados de saúde transfronteiriços está facilmente acessível, que é divulgada por meios eletrónicos e vai ao encontro das exigências das pessoas com necessidades especiais. Todavia, não está contemplada a população que não apresenta literacia ao nível das tecnologias de informação, o que em Portugal contempla a parcela mais significativa de consumidores de cuidados de saúde, os pensionistas.
- iii.* Os cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia (artigo 11.º, *ibid.*), com direito a reembolso, não são de todo explícitos ou claros, pois apesar do seu n.º 3 se referir à sua definição em portaria, pelo Governo, estes ainda não são de conhecimento público.
- iv.* Os procedimentos administrativos e o sistema de reembolso são baseados em critérios objetivos, a tabela de preços do SNS (n.º1 do artigo 10.º, *ibid.*), mas a Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, é omissa quanto aos casos de insuficiência económica e de vulnerabilidade, pelo que é questionável se não estamos perante uma situação discriminatória (a Directiva proíbe a discriminação em termos de reembolso).
- v.* Os procedimentos para reconhecimento das receitas médicas noutra EM e o modo como são reconhecidas em Portugal estão bastante explícitas no artigo 15.º (*ibid.*).
- vi.* As redes europeias de referência estão mencionadas na lei, no artigo 16.º, mas não existe ainda legislação nacional sobre o assunto. O mesmo sucede com a problemática do diagnóstico e tratamento de doenças raras.
- vii.* A saúde em linha é também indicada pela lei, conforme o artigo 17.º (*ibid.*), mas não é coadjuvada por regulamentação específica.
- viii.* Quanto à cooperação em matéria de avaliação das tecnologias da saúde, apesar de explicitada na lei (artigo 18.º *ibid.*), não existe legislação que a regule.

Após a discussão da primeira questão de carácter específico, podemos então responder às duas últimas questões:

- (ii) Qual o impacto decorrente desses problemas/barreiras nos actuais direitos de acesso dos beneficiários do SNS português aos cuidados de saúde transfronteiriços? e (iii) Quais as iniquidades em saúde que podem ser geradas pela transposição da Directiva, para o ordenamento jurídico português?

Optamos por debater os resultados das duas questões de forma contígua, na medida em que as respostas encontradas para ambas se fundem e completam.

Como já mencionado ao longo deste documento, o SNS rege-se pelos princípios da universalidade, generalidade e gratuidade tendencial do acesso tendo o “dever de assegurar o direito fundamental à protecção de saúde” (CRP, artigo 64.º)

Com a transposição da Directiva e com a omissão de diversos aspectos relevantes, para a manutenção do direito de acesso a cuidados de saúde equitativos, podemos remeter-nos para uma série de problemas que podem advir desta falta de transparência.

A própria Directiva tem como objetivo último a equidade em matéria de cuidados de saúde, para os cidadãos da EU. Todavia, a sua transposição no caso português incrementa diversas repercussões relativas à equidade tão auspiciada pela UE, no âmbito dos cuidados de saúde.

Apesar de apenas 32.000 beneficiários, residentes em Portugal, poderem não ver satisfeitas as suas necessidades de saúde, devido a listas de espera (ERS, 2012), é expectável que caso algum desses 32.000 beneficiários necessite de cuidados além-fronteiras o seu direito de acesso aos cuidados de saúde seja equitativo. Contudo na actualidade, tal não parece ser possível por diversos motivos já anteriormente indicados.

Podemos assumir que para os beneficiários do SNS, o acesso ao processo (para que sejam prestados cuidados de saúde transfronteiriços) está garantido, pois o médico pode propor esta alternativa a qualquer doente (que por exemplo veja ultrapassado o seu TMRG). Porém a acessibilidade não é equitativa, pois se os doentes não poderem realizar um pagamento *out-of-pocket*, não podem usufruir dos cuidados que necessitam. Tudo se prende com as regras de reembolso, que aparentemente são cegas e não têm em consideração os mais vulneráveis.

Não basta focarmos a nossa atenção no reembolso tardio, sem qualquer tipo de adiantamento aos economicamente desfavorecidos, é também necessário mencionar que se

noutro país o preço dos cuidados for mais elevado, é o doente que suporta os encargos que daí advém.

É também necessário dar a conhecer que o beneficiário acarreta com as despesas de alojamento, transporte, alimentação e que caso necessite de acompanhamento, conforme o previsto na legislação nacional (o caso das crianças, das pessoas com deficiência, das pessoas em situação de dependência e das pessoas com doença incurável), pois o beneficiário também carrega com os custos derivados das suas limitações físicas e conseqüentemente necessidade de acompanhamento.

Outro ponto que se revela importante passa pelos sistemas de autorização prévia. De acordo com o “Relatório da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu, em cumprimento das obrigações previstas no artigo 20.º, n.º3, da Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços”, relativamente aos sistemas de autorização prévia é indicado que o acompanhamento e a avaliação dos efeitos dos cuidados de saúde além-fronteiras, exigem um nível de pormenor que actualmente não existe, pois os únicos dados existentes são os utilizados no âmbito dos regulamentos, os quais revelam que existe um número reduzido de pedidos de autorização prévia e elevadas taxas de deferimento dos pedidos. Existe ainda um viés dos dados relativos aos regulamentos, pois os casos sujeitos a autorização prévia não registam o tipo de tratamento para que a mesma é solicitada.

O mesmo relatório analisa também, pagamentos em montantes fixos no caso dos pensionistas, não incluindo outras categorias de pessoas, uma vez que estes se apresentam como a categoria mais significativa em termos de volume de cuidados de saúde utilizados. Para além de constituírem a parcela mais significativa relativa ao volume de cuidados consumidos, existem diversos EM que adoptam regras diferenciadas no que respeita ao tratamento de pensionistas e como tal, nos termos dos Regulamentos os EM competentes que paguem em montantes fixos beneficiam de um abatimento de 15% sobre o montante, para compensar os custos dos cuidados de saúde não planeados, com os pensionistas e seus familiares. Existem determinados EM que beneficiam os pensionistas e familiares com um abatimento de 20% sobre os montantes fixos, e constam na lista do anexo IV do Regulamento n.º883/2004.

As regras previstas na Directiva são diferentes, mas se o EM competente figurar no anexo IV do Regulamento n.º883/2004, aplicam-se aos pensionistas os termos e condições previstos nos regulamentos, o que não se sucede com Portugal (apesar de estabelecer

preços fixos). Aqui revela-se mais uma iniquidade em detrimento dos mais desfavorecidos, neste caso os pensionistas, que para além de maiores necessidades em saúde apresentam também rendimentos mais baixos.

Actualmente não existem informações disponíveis que permitam avaliar o impacto financeiro da Directiva sobre EM que tenham optado pelos montantes fixos. Num levantamento de dados, realizado em Março de 2013 sobre este potencial impacto, as expectativas dos EM variaram, sendo colocadas as seguintes hipóteses: (i) os montantes fixos seriam alvo de reajuste e teriam que sofrer aumentos; (ii) o anexo IV deixaria de ser relevante; (iii) a Directiva não teria qualquer impacto significativo; (iv) a Directiva terá impacto apenas ao que concerne a cuidados não sujeitos a autorização prévia, mas que tal não era ainda quantificável.

Atendendo à falta de dados, não é possível, na actualidade, proceder a uma avaliação de desproporcionalidades reais, sem que estas assentem em meros pressupostos.

2. Conclusões Finais

Assumindo este trabalho, o objectivo geral de identificar as principais barreiras, ao exercício do Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, no âmbito do SNS português, derivadas da transposição da Directiva 2011/24/UE, foi possível concluirmos que existem sete tipos de barreiras, que podem causar impacto, ao nível do Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, de acordo com a Directiva, sendo elas: i) financeiras; ii) linguísticas e culturais; iii) relacionadas com a mobilidade física, iv) informacionais; v) de proximidade geográfica; vi) administrativas; vii) de capacidade de continuidade dos cuidados.

Para além do objetivo geral este documento visa também descrever as orientações jurídicas/políticas, que alteram as regras de Direito ao Acesso aos Cuidados de Saúde transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS português. A orientação jurídica (que foi apresentada tardiamente – Lei n.º 52/2014, de 25 de Agosto), respeitante à transposição da Directiva, pouco acrescenta ao previsto na Directiva e omite aspectos fulcrais relativos ao direito de acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, pelos beneficiários do SNS.

As omissões e indicações da Lei n.º52/2014, de 25 de Agosto, têm impacto ao nível do Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços, pelos utentes do SNS, na medida em que não é incluída legislação que proteja os mais vulneráveis e que

consequentemente estão sujeitos aos diversos tipos de barreiras já supramencionados. A transposição da Directiva, em Portugal, parece criar desigualdades e iniquidades relativas ao Direito de Acesso no âmbito dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços.

3. Limitações do Estudo

A principal limitação deste estudo prende-se com a escassez de informação acerca da temática abordada, uma vez que se trata de uma realidade relativamente recente e nunca antes experimentada no seio da UE.

Outra dificuldade sentida prende-se com o carácter dinâmico e mutável da realidade em investigação, bem como do quadro normativo que lhe é subjacente, pelo que por vezes se tornou difícil manter a actualização deste documento, de modo a evitar viéses, para além dos previstos.

As conclusões retiradas deste documento baseiam-se numa análise documental, nomeadamente em documentos legislativos, estudos e pareceres previamente realizados/conjecturados no seio da UE, relativos à mobilidade de doentes. Conquanto não é possível prever com certeza que as repercussões no acesso sejam precisamente as previstas neste trabalho, uma vez que nunca na UE foi implementado um sistema semelhante ao previsto na Directiva.

4. Recomendações

É premente a necessidade de investigação desta nova realidade, pelo que se espera que este documento possa trilhar o caminho para que se realizem novas investigações neste âmbito, o qual apresenta diversas questões ainda por responder e outras tantas que ainda não foram formuladas, devido ao assunto ser extremamente recente.

Seria interessante, num prazo de cerca de 5 anos, realizar um estudo retrospectivo que avaliasse a evolução do consumo de cuidados transfronteiriços em Portugal, bem como o perfil dos seus consumidores, de modo a que fosse possível avaliar as iniquidades reais, resultantes deste novo modelo de cuidados de saúde no seio da UE.

Contudo, é necessário estar atento às possíveis iniquidades no acesso a cuidados de saúde transfronteiriços, geradas por factores de ordem financeira e por factores relativos à vulnerabilidade dos indivíduos (iliteracia, deficiência, entre outros), pois parece que os mais desfavorecidos e vulneráveis se vão deparar com um sistema altamente regressivo, no

que respeita ao acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços. Cabe então às entidades competentes legislar, de modo a manter a equidade dentro do sistema de saúde português e cabe aos investigadores, mostrarem o caminho para uma sociedade mais justa e equitativa no âmbito dos cuidados de saúde.

Torna-se então urgente legislar e esclarecer os cidadãos, sobre:

- i.* O reembolso nos casos de insuficiência económica e nas situações de vulnerabilidade social;
- ii.* Explicitar quais os pontos de contacto ao nível nacional e das regiões autónomas, bem como garantir que a informação adjacente aos cuidados transfronteiriços esteja acessível a todos e não apenas aos que têm acesso às tecnologias de informação;
- iii.* Esclarecer objetivamente, através de meios transparentes, em que situações pode estar colocada em causa a qualidade e a sustentabilidade do SNS;
- iv.* Quais as situações clínicas concretas que devem estar sujeitas ao sistema de autorização prévia;
- v.* Que instituições passam a ser centros de referência, nomeadamente no que respeita às doenças raras;
- vi.* De que modo funcionará e os propósitos da saúde em linha, em Portugal;
- vii.* Quais as instituições responsáveis pela monitorização, avaliação e acompanhamento das tecnologias da saúde em Portugal;
- viii.* Situações onde pode estar comprometida a continuidade dos cuidados em território nacional.

BIBLIOGRAFIA

ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE – Taxas moderadoras [Em linha]. Taxas moderadoras : actualização de dados, 2014 [Consult. 1 Set. 2014] Disponível em <http://www.acss.min-saude.pt/Publica%C3%A7%C3%B5es/TabelasImpressos/TaxasModeradoras/TaxasModeradorasAtualiza%C3%A7%C3%A3odedados/tabid/664/language/pt-PT/Default.aspx>

ALMEIDA, L. M. – Os serviços de saúde pública e o sistema de saúde. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 28 : 1 (2010) 79-92. [Consult. 3 Abr. 2014] Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a09.pdf>

ANDERSEN, R.M. – Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? [Em linha] **Journal of Health and Social Behaviour**. 1 (1995) 1-10. [Consult. 1 Abr. 2014] Disponível em <http://lib.gen.in/a2db3e2c4fc33d51cc25e8d5258e30a6.pdf>

ANDERSEN, R.M.; NEWMAN J.F. – Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. [Em linha]. **Milbank Memorial Fund Quarterly**. 51 (1973) 95-124. [Consult. 28 Mar. 2014]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4198894>

ASSEMBLEIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS – Pacto internacional sobre os direitos económicos, sociais e culturais. Washington, DC : Nações Unidas, 1976. [Em linha]. [Consult. 20 Mai. 2014] Disponível em <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh-psocial.html>

BARROS, P.P. – Economia da saúde : conceitos e comportamentos. 2ª ed. rev. Coimbra : Almedina, 2009.

BARROS, P.P.; GOMES J.P. – Os sistemas nacionais de saúde da União Europeia: principais modelos de gestão hospitalar e eficiência no sistema hospitalar português [Em linha]. Lisboa : Gabinete de Análise Económica. Faculdade de Economia. Universidade Nova de Lisboa, 2002. [Consult. 20 Nov. 2013]. Disponível em http://www.tcontas.pt/pt/actos/rel_auditoria/2003/rel047-2003-estudo_externo-final.pdf

BARROS, P.P.; MACHADO, S.R.; SIMÕES, J.A. – Portugal : health system review. [Em linha]. Copenhagen : European Observatory on Health Systems and Policies. 13 : 4 (2011) 1-156. [Consult. 30 Mar. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0019/150463/e95712.pdf

- BELL, J. – Como realizar um projecto de investigação. 3ª ed. Lisboa : Gradiva, 1993.
- BREKKE, K.R. [*et al.*] – Patient mobility, health care quality and welfare. [Em linha]. January. Munich, DE : Center for Economic Studies and Ifo Institute, 2014. (CESinfo working paper; 4576. Category 1: Public Finance). [Consult. 20 Mai. 2014] Disponível em [file:///C:/Users/Raquel%20Sousa/Downloads/cesifo1_wp4576%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Raquel%20Sousa/Downloads/cesifo1_wp4576%20(1).pdf)
- BUX, U. – Os cidadãos da União Europeia e os seus direitos. [Em linha]. Bruxelas: União Europeia, 2014. (Fichas técnicas sobre a União Europeia). [Consult. 25 Jul. 2014] Disponível em http://www.Europarl.Europa.eu/aboutparliament/pt/displayFtu.html?ftuId=FTU_2.1.1.html
- CAMPOS, A.C. – A europeização da saúde. **Europa: Novas Fronteiras**. 26/27 (2010) 153-158.
- CAMPOS, A.C.; SIMÕES J. – O percurso da saúde : Portugal na Europa. Coimbra: Almedina, 2011. ISBN: 978-972-40-4709-6.
- CARVALHO, M.T.G. – Nova gestão pública e reformas da saúde: o profissionalismo numa encruzilhada. 5ª ed. Lisboa : Edições Sílabo, 2009.
- CLARK, J.P. – Performance measurement and equity. **British Medical Journal**, 334 (2007) 1333-1334.
- COHEN, L.; MARION, L. – Research methods in education. 4ª ed. London: Routledge, 1994.
- COMISSÃO EUROPEIA – Relatório da Comissão ao Conselho e ao Parlamento Europeu em cumprimento das obrigações previstas no artigo 20º, da Directiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços. Bruxelas: Comissão Europeia, 2014. [Consult. 1º Jan. 2014]. Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52014DC0044&qid=1409925425726&from=EN>
- COMUNIDADES EUROPEIAS - Acto Único Europeu. [Em linha]. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias** (1987-06-29) 1-29. [Consult. 4 Jul. 2014]. Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:1987:169:FULL&from=PT>
- COMUNIDADES EUROPEIAS - Actos relativos à adesão do Reino de Espanha e da República Portuguesa às Comunidades Europeias. [Em linha]. **Jornal Oficial das**

Comunidades Europeias (1985-11-15) 3-497. [Consult. 2 Jul. 2014]. Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:L:1985:302:FULL&from=PT>

COMUNIDADES EUROPEIAS - Tratado da União Europeia. [Em linha]. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias** (1992-07-29) 4-109. [Consult. 4 Jul. 2014]. Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:1992:191:FULL&from=PT>

COMUNIDADES EUROPEIAS – Tratado de Amesterdão que altera o Tratado da União Europeia, os Tratados que instituem as Comunidades Europeias e alguns Actos relativos a esses Tratados [Em linha]. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias**. (1997-11-10) 1-144. [Consult. 4 Jul. 2014]. Disponível em https://www.ecb.Europa.eu/ecb/legal/pdf/amsterdam_pt.pdf

COMUNIDADES EUROPEIAS - Tratado de Lisboa. [Em linha]. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias** (2007-12-17) 1-231. [Consult. 10 Jul. 2014]. Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=OJ:C:2007:306:FULL&from=PT>

COMUNIDADES EUROPEIAS – Tratado de Nice. [Em linha]. **Jornal Oficial das Comunidades Europeias**. (2001-03-10) 1-80. [Consult. 14 Jul. 2014]. Disponível em <http://eur-lex.Europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:12001C/TXT&from=PT>

COMUNIDADES EUROPEIAS – Tratados que instituem as Comunidade Europeias, Tratados que alteram esses Tratados, Acto Único Europeu. Luxemburgo : Serviços das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias, 1987. ISBN 92-77-19298-4.

COSTA, F. – Intervenção do SEAMS, Fernando Leal da Costa na apresentação da Proposta de Lei n.º 206/XII, no Parlamento. **Portal da Saúde**, 9 de abril de 2014 [Em linha]. [Consult. 12 Jul. 2014]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/ministerio/comunicacao/discursos+e+intervencoes/seams+ar++09042014.htm>

CRISTOVÃO, F. – Método : sugestões para a elaboração de um ensaio ou tese. Lisboa : Edições Colibri, 2001. ISBN: 972-772-253-9.

CRUZ, A.I.B.; MANSO, S.S.A.M.L. – Saúde e economia da saúde. **Gestin**. Ano III : 3 (2004)

DALLARI, S.G. – O direito à saúde. **Revista de Saúde Pública**. 22 : 1(1988) 57-63.

**A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS**

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

DECRETO-LEI n.º 117/2014. D.R., 1ª série. 149 (2014-08-05) 4065-4069. [Consult. 24 Ago. 2014]. Disponível em <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/08/14900/0406504069.pdf>

DECRETO-LEI n.º 128/2012 [em linha]. D.R., 1ª série. 119 (2012-06-21) 3079-3083. [Consult. 25 Abr. 2014] Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/6F4C9716-7ED5-4B28-9A04-2BEE1B728264/0/DeclLei128_2012_2106.pdf

DECRETO-LEI n.º 173/2003. [Em linha]. D.R. 1ª série-A. 176 (2003-08-01) 4537-4538. [Consult. 9 Mai. 2014]. Disponível em http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/DownloadsPublicacoes/Tabelas_Impressos/DecretoLei173de1deAgostode2003IsencoesTaxasModerad.pdf

DECRETO-LEI n.º 212/2006. [Em linha]. D.R., 2ª série. 208 (2006-10-27) 2517-7525. [Consult. 8 Mai. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2006/10/20800/75177525.pdf>

DECRETO-LEI n.º 212/2006 [Em linha]. D.R., 1ª série. 229 (2011-11-29) 5108-5110. [Consult. 23 Mar. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2006/10/20800/75177525.pdf>

DECRETO-LEI n.º 32 255 [Em linha]. Diário do Governo, 1ª série. 214 (1942-09-12) 1173-1178. [Consult. 1 Mai. 2014]. Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s/1942/09/21400/11731178.pdf>

DECRETO-LEI n.º 35 108 [Em linha]. Diário do Governo, 1ª série. 247 (1945-11-07) 899-922. [Consult. 1 Mai. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1945/11/24700/08990922.pdf>

DECRETO-LEI n.º 35 611 [Em linha]. Diário do Governo, 1ª série. 89 (1946-04-25) 301-304. [Consult. 1 Mai. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1946/04/08900/03010304.pdf>

DECRETO-LEI n.º 54/92 [Em linha]. D.R., 1ª série-A. 86 (1992-04-11) 1725-1726. [Consult. 10 Mai. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/1992/04/086A00/17251726.pdf>

DECRETO-LEI n.º 79/2008 [Em linha]. D.R., 1ª série. 89 (2008-05-08) 2509-2510. [Consult. 10 Mai. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1s%5C2008%5C05%5C08900%5C0250902510.pdf>

DECRETO-LEI n.º 118/83 [Em linha]. D.R., 1ª série. 46 (1983-02-25) 631-642. [Consult. 10 Mai. 2014]. Disponível em https://www.adse.pt/document/DL118-83_25-2_631-642.pdf

A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

DECRETO-LEI n.º45 002 [Em linha]. Diário do Governo, 1ª série. 100 (1963-04-27) 429-431. [Consult. 10 Mai. 2014]. Disponível em <http://portalcodgdh.min-saude.pt/images/7/75/DL45002.pdf>

DECRETO-LEI n.º45 688 [Em linha]. Diário do Governo, 1ª série. 100 (1964-04-27) 588-591. [Consult. 10 Mai. 2014]. Disponível em <http://www.dre.pt/pdf1s/1964/04/10000/05880591.pdf>

DECRETO-LEI n.º48 357. Diário do Governo, 1ª série. 101 (1968-04-27) 599- 632. [Consult. 10 Mai. 2014]. Disponível em file:///C:/Users/Raquel%20Sousa/Downloads/Decreto_48357_-_Estatuto_Hospitalar.pdf

DECRETO-LEI n.º57/86 [Em linha]. D.R. 1ª Série. 66 (1986-03-12) 669-671. [Consult. 9 Mai. 2014] Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/1986/03/06600/06690671.pdf>

DIÁRIO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA – Proposta de Lei n.º206/XII [Em linha]. Lisboa, 6 de Fevereiro de 2014. [Consult. 17 Mar. 2014]. Disponível em http://app.parlamento.pt/DARPages/DAR_FS.aspx?Tipo=DAR+II+s%C3%A9rie+A&tp=A&Numero=62&Legislatura=XII&SessaoLegislativa=3&Data=2014-02-06&Paginas=35-47&PagIni=0&PagFim=0&Observacoes=&Suplemento=&PagActual=0&pagFinalDiarioSupl=&idpag=671859&idint=&idact=&iddeb=

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE – DEPARTAMENTO DA QUALIDADE NA SAÚDE - Estratégia Nacional para a qualidade na saúde : 3ª apresentação pública de progresso : cuidados de saúde transfronteiriços, Julho de 2012. [Consult. 10 Jul. 2014] Disponível em [file:///C:/Users/Raquel%20Sousa/Downloads/i017513%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Raquel%20Sousa/Downloads/i017513%20(4).pdf)

DONABEDIAN A. – Aspects of medical care administration. Boston: Harvard University Press, 1973.

DUTTON, D. – Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. **Social Science & Medicine**. 23 (1986) 721-735.

ECO, U. – Como se faz uma tese. Lisboa: Editorial Presença, 1998. ISBN 972-23-1351-7.

ECONOMIST (THE) – The future of healthcare in Europe: a report from the Economist Intelligence Unit. [Em linha]. Geneva: The Economist Intelligence Unit, 2011. [Consult. 2 Ago. 2014] Disponível em <http://www.janssen-emea.com/sites/default/files/The-Future-Of-Healthcare-In-Europe.pdf>

A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Análise do Impacto da Directiva 2011/24/EU do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de Março de 2011, Relativa ao Exercício dos Direitos dos Doentes em Matéria de Cuidados de Saúde Transfronteiriços Sobre o Sistema de Saúde Português [Em linha]. Relatório Final, Setembro de 2012. [Consult. 25 Mar. 2014]. Disponível em https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/779/Analise_Directiva_Cuidados_Transfronteiriços_vf_12.pdf

ENTIDADE REGULADORA DA SAÚDE – Relatório sobre “A Carta dos Direitos dos Utentes” [Em linha]. *Draft Preliminar*, Maio de 2011. [Consult. 25 Mar. 2014]. Disponível em <http://adeb.pt/ficheiros/uploads/b728835740d469726edcd5ee88f1362d.pdf>

EUROPEAN COMMISSION – Summary report of the replies on the Public Consultation on the implementation of the European Reference Network (ERN). Directive 2011/24/EU of the European Parliament and the Council of 9 March 2011 on the application of patients rights in cross border healthcare. [Em linha]. Brussels : European Commission, June, 2013. [Consult. 30 Mar. 2014]. Disponível em http://ec.Europa.eu/health/cross_border_care/docs/cons_ern_report_en.pdf

EUROPEAN COMMISSION. HEALTH AND CONSUMER PROTECTION DIRECTORATE-GENERAL – Summary report of the responses to the consultation regarding: community action on health services. [Em linha]. Brussels : European Commission, 2006. (SEC (2006) 1194/4). [Consult. 10 Fev. 2014]. Disponível em http://ec.Europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_rep_en.pdf

EUROPEAN SOCIAL OBSERVATORY. EUROPEAN HEALTH MANAGEMENT ASSOCIATION. ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA MUTUALITÉ – Simulation on the EU Cross-Border Care Directive : final report. [Em linha]. Brussels : European Commission, 2011. [Consult. 5 Mar. 2014]. Disponível em http://www.ose.be/files/publication/2012/CrossBorderHealthcareSimulation_FinalRep_09052012.pdf

FARIA, P.L. – The Portugal universal health system. In: MARINER, W.K; FARIA, P.L., ed. lit. - Law and ethics in rationing access to care in a high cots global economy. Lisboa: ENSP.UNL, 2008.

FARIA, P.L.; CORDEIRO, J.V. – O Serviço Nacional de Saúde : breve apresentação. In: CESNOVA, 29 de Novembro de 2013. Lisboa: CESNOVA, 2013. Não publicado.

FARIA, P.L.; MARINER, W.K.; ANNAS, G.J. – Defining health law or the *Edgewood syndrome* [Em linha]. Revista **Portuguesa de Saúde Pública**. Nº especial 25 anos (2009) 117-126. [Consult. 1 Ago. 2014]. Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-25-anos/10%20aniv.pdf>

FERNANDES, A.C. – A crise e os desafios do sistema de saúde em Portugal. [Em linha]. **Revista Militar**. 2542 (2012) 969-972. [Consult. 10 Ago. 2014]. Disponível em http://www.revistamilitar.pt/art_texto_pdf.php?art_id=874

FERNANDES, A.C. – A crise e os desafios do sistema de saúde. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Gestão & Saúde**. 5 (2011) 6-7. [Consult. 10 Ago. 2014]. Disponível em <http://spgsaude.pt/website/wp-content/uploads/2012/01/Revista-Portuguesa-de-Gest%C3%A3o-Sa%C3%BAde-n%C2%BA5.pdf>

FERRAZ, A.R. – Ricardo de Almeida Jorge : médico e humanista portuense, higienista intemporal. [Em linha]. **Arquivos de Medicina**. 22 : 2/3 (2008) 90-100. [Consult. 10 Nov. 2013]. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/am/v22n2-3/22n2-3a09.pdf>

FLORES, J. – Análisis de dactos cualitativos : aplicaciones a la investigación educativa. Barcelona : PPU, 1994.

FORTIN, M. – O processo de investigação : aa conceção à realização. 3ª edição. Loures : Lusociência, 2003.

FRENK, J. – Concept and measurement of accessibility. **Salud Publica Mex**. 21 (1985) 438-453.

FURTADO, C.; PEREIRA, C. – Equidade e acesso aos cuidados de saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, Julho de 2010. (Documento de Trabalho). [Consult. 10 Dez. 2013] Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/EA1.pdf>

GIL, A.C. – Como elaborar projectos de pesquisa. 4ª edição. São Paulo : Atlas, 2002.

GIRALDES, M.R. – Avaliação do SNS em Portugal : equidade versus eficiência [Em linha]. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. 23 : 2 (2005) 21-44. [Consult. 23 Abr. 2014].

Disponível em <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-02-2005.pdf>

GLINOS, I.A. – Where borders and health care meet : five studies in movements between health care systems. Maastricht : Maastricht University, 2013. Dissertation to obtain the degree of Doctor at Maastricht University.

GODDARD, M.; SMITH P. – Equity of access to health care services : theory and evidence from de UK. [Em linha]. **Social Science & Medicine**. 53 (2001) 1149-62. [Consult. 5 Mar. 2014] Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11556606>

GRAÇA, L. - A política velha do Estado Novo em matéria de Saúde. Lisboa: ENSP.UNL, 2000. (**Textos sobre saúde e trabalho; 180/2000**).

GRAÇA, L. – Guião para o desenho de um projecto de investigação. Lisboa: ENSP.UNL, 2010. (Textos T834 L.G. Mar. 92/Mar. 12. *Draft* (Versão 24) Parte I – 1-32, 2010).

GRAÇA, L. – Satisfação profissional : o melhor do SNS somos nós [Human Capital and Job Satisfaction in the Portuguese National Health Service]. Lisboa: ENSP.UNL, 2014. (**Textos sobre saúde e trabalho; 26/1999**). [Consult. 4 Jan. 2014] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/luis.graca/textos26.html>

GUERRA, I.G. – Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo: sentidos e formas de uso. Lisboa : Princípia, 2006. ISBN: 978-972-8818-66-1.

GUIMARÃES, M. – Cuidados de saúde transfronteiriços. **Revista Norte Médico**. 55 (2013) 4-5.

HARTMANN, A. – Livre circulação de pessoas na União Europeia. [Em linha]. Bruxelas : Parlamento Europeu, Janeiro 2014. (Fichas técnicas sobre a União Europeia). [Consult. 2 Ago. 2014] Disponível em http://www.Europarl.Europa.eu/ftu/pdf/pt/FTU_2.1.3.pdf

JARDIM, S.V. – A Europa dos consumidores de cuidados de saúde. In: SIMÕES, J., ed. lit. - 30 Anos do Serviço Nacional de Saúde : um percurso comentado. Coimbra : Almedina, 2010. ISBN: 978-972-40-4110-0.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS – The measuring mandate : on the road to performance improvement in health care. Chicago, IL : Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1993.

A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

LEHMANN, W. – A evolução conducente ao Acto Único Europeu. [Em linha]. Bruxelas : Parlamento Europeu, Fevereiro 2014. (Fichas técnicas sobre a União Europeia). [Consult. 1 Ago. 2014]. Disponível em http://www.Europarl.Europa.eu/ftu/pdf/pt/FTU_1.1.2.pdf

LEI CONSTITUCIONAL n.º1/2005 [Em linha]. D.R. 1ª série-A. 155 (2005-08-12) 4642-4686 – Sétima revisão constitucional. [Consult. 10 Jan. 2014]. Disponível em <http://www.parlamento.pt/RevisoesConstitucionais/Documents/Revisao2005/155a00.pdf>

LEI n.º 106/2009 [Em linha]. D.R. 1ª série. 178 (2009-09-14) 6254-6255 – Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. [Consult. 3 Mr. 2014] Disponível em http://www.apela.pt/documentos/lei106_2009_acompahamentohospitalar.pdf

LEI n.º 12/2005 [Em linha] D.R. 1ª série-A. 18 (2005-01-26) 2357-2363 – Informação genética pessoal e informação de saúde. [Consult 11 Abr. 2014]. Disponível em <http://www.cnpd.pt/bin/legis/nacional/Lei12-2005.pdf>

LEI n.º 15/2014 [Em linha]. D.R. 1ª série. 57 (2014-03-21) 2127-2131 – Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde.

LEI n.º 33/2009 [Em linha]. D.R. 1ª série. 134 (2009-07-14) 4467 – Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS). [Consult 12 Abr. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1sdip/2014/03/05700/0212702131.pdf>

LEI n.º 56/79 [Em linha], D.R. 1ª série. 214 (1979-09-15) 2357-2363 – Serviço Nacional de Saúde. [Consult. 30 Jan. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/1979/09/21400/23572363.pdf>

LEI n.º41/2007 [Em linha], D.R. 1ª série. 163 (2007-08-24) 5665-5670 – Carta dos Direitos de Acesso aos Cuidados de Saúde pelos utentes do Serviço Nacional de Saúde. [Consult. 20 Mr. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/2007/08/16300/0566405665.pdf>

LEI n.º48/90 [Em linha]. D.R. 1ª série. 195 (1990-08-24) 3452-3459 – Lei de Bases da Saúde. [Consult. 10 Jan. 2014]. Disponível em <http://dre.pt/pdf1s/1990/08/19500/34523459.pdf>

LEI n.º52/2014 [Em linha]. D.R. 1ª série. 162 (2014-08-25) 4434-4440 – Estabelece normas de acesso a cuidados de saúde transfronteiriços e promove a cooperação em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, transpondo a Directiva n.º 2011/24/UE, do Parlamento

A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, e a Directiva de Execução n.º 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012. [Consult. 26 Ago. 2014] Disponível em <https://dre.pt/pdf1sdip/2014/08/16200/0443404440.pdf>

LOUREIRO, I.; MIRANDA, N. – Promover a saúde: dos fundamentos à ação. Coimbra : Almedina, 2010.

LOURENÇO, B. M. M. – A satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários. Porto : Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2010.

MAIA, A. – Seleção adversa e risco moral no sistema de saúde brasileiro. Belo Horizonte : Universidade Federal de Minas Gerais, 2004. Dissertação de Mestrado.

MARQUES, R.M.B.P.C.F. – Análise comparativa do direito de acesso a cuidados de saúde no Serviço Nacional de Saúde Português e sistema de saúde Norte-Americano (EUA). Lisboa : Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2008. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública.

MARTINS, L.C.A. – Investigação em enfermagem : alguns apontamentos sobre a dimensão ética. [Em linha]. **Pensar Enfermagem**. 12 : 2 (2008) 62-66. [Consult. 21 Jul. 2014]. Disponível em http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_62-66.pdf

MATEUS, A. – A economia portuguesa depois da adesão às Comunidades Europeias : transformações e desafios. [Em linha]. **Análise Social**. xxvii : 118-119 (1992) 655-671. [Consult. 5 Jul. 2014]. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223054629Q6yOU5pa6Gx45OK0.pdf>

MATIAS, A. – O mercado de cuidados de saúde. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1995 (Documento de Trabalho; 5/95).

McPHERSON, P. – Variations entre pays des pratiques médicales. **OCDE Etudes de politique sociale**. 7 (1990) 17-30.

MEDICI, A. – As contribuições da economia à pesquisa em saúde. São Paulo : IPEA, 1983.

MENDES, F.R. – A propósito do modelo social europeu : o futuro do estado de bem-estar na União. In: GONÇALVES, V.F.C. [et al.], ed. lit. - Ensaios de Homenagem a Rogério Fernandes Ferreira. Lisboa : Instituto Superior de Economia e Gestão, 2001. 139-152. ISBN 972-8092-19-9.

MILLMAN, M – Access to health care in America. Washington, DC: National Academy Press, 1993.

MUSGROVE, P. – Health insurance : the influence of the Beveridge Report. **Bulletin of the World Health Organization**. 78 : 6 (2000) 845-846.

NAÇÕES UNIDAS – A Carta Internacional dos Direitos Humanos. Washington, DC : Nações Unidas, 1995. (Ficha Informativa; 2, rev. I. 1995-2004).

NAGLIC, V. – Os tratados iniciais. [Em linha]. Bruxelas : Parlamento Europeu, 2014. (Fichas técnicas sobre a União Europeia). [Consult. 10 Ago. 2014]. Disponível em http://www.Europarl.Europa.eu/ftu/pdf/pt/FTU_1.1.1.pdf

NEVES, I. ; MORAIS, A. – Política educativa e orientações programáticas : análise da educação científica em dois períodos socio-políticos. [Em linha]. **Revista de Educação**. 9 : 1 (2000) 93-109. [Consult. 17 Mar., 2014] Disponível em http://essa.ie.ulisboa.pt/ficheiros/artigos/revistas_com_revisao_cientifica/2000_politicaeducativa.pdf

NUNES, J.R. - Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. 87 (Dezembro, 2009) 143-169.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Relatório de Primavera 2013 : duas faces da saúde. [Em linha]. Lisboa : OPSS, 2013. [Consult. 20 Out 2013]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2013_0.pdf

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE - Relatório de Primavera 2012 : crise & saúde : um país em sofrimento. [Em linha]. Lisboa : OPSS, 2012. [Consult. 20 Out 2013]. Disponível em <http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012.pdf>

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE – Relatório de Primavera 2011 : da depressão da crise para a governação prospetiva da saúde. [Em linha]. Lisboa : OPSS, 2011. [Consult. 13 Out 2013]. Disponível em http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2011_OPSS_1.pdf

A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

OLIVER, R.L. - A cognitive model of the antecedents and consequences of satisfaction decisions. [Em linha]. **Journal of Marketing Research**. 17 : 4 (1980) 460–469. [Consult. 10 Ag. 2014] Disponível em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3150499?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21104113154121>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Mulheres e saúde : evidências de hoje agenda de amanhã. Genebra : Organização Mundial de Saúde, 2009. ISBN: 978-85-7967-059.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – Relatório Mundial de Saúde : financiamento dos sistemas de saúde : o caminho para a cobertura universal. Rio de Janeiro : Comunidade dos Países de Língua Portuguesa, 2010. ISBN 978 92 068480 5.

PALM, W.; GLINOS, I.A. – Enabling patient mobility in the EU : between free movement and coordination. [Em linha]. In: MOSSIALOS, E. [et al.], ed. lit. - Health systems governance in Europe : the role of EU law and policy. Cambridge : Cambridge University Press, 2009. Cap. 12. [Consult. 11 Mai. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/138181/E94886_ch12.pdf

PEREIRINHA, J.A.; CAROLO, D.F. – A construção do Estado-Providência em Portugal : evolução da despesa nacional de 1935-2003. [Em linha]. Lisboa : Gabinete de História Económica e Social, 2009 (Documento de trabalho; 36/2009). [Consult. 11 Ag. 2014] Disponível em https://aquila1.iseg.ulisboa.pt/aquila/getFile.do?method=getFile&fileId=403514&contentContextPath_PATH=/investigacao/ghes/publicacoes/documentos-de-trabalho/2000s&request_checksum=d06736d1426ee1a6810126eb5ef435218be70ce4

PORTARIA n.º 1529/2008 [Em linha] D.R. 1ª série. 249 (2008-12-26) 9040-9044. [Consult. 14 de Jul. 2014] Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/33E7576E-5963-4608-8806-5B002E0B287F/0/Portaria1529de2008.pdf>

PORTARIA n.º 45/2008 [Em linha]. D.R. 1ª série. 10 (2008-01-15) 526-236. [Consult. 14 de Jul. 2014] Disponível em http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/E45DAD16-FC25-4DB0-9A0F-C0E860BEE8D7/0/Portaria45_2008.pdf

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L.V. – Manual de investigação em ciências sociais. 5ª edição. Lisboa : Gradiva, 2008. ISBN: 9789726622758.

A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

RAFFAELLI, R. – A carta dos direitos fundamentais. [Em linha]. Parlamento Europeu. Bruxelas : Parlamento Europeu, Maio 2014. (Fichas técnicas sobre a União Europeia).. [Consult. 2 Jul. 2014]. Disponível em http://www.Europarl.Europa.eu/aboutparliament/pt/displayFtu.html?ftuld=FTU_1.1.6.html

REIS, N. – Parecer: Proposta de Lei n.º 206/XII (3.ª). Assembleia da República: Comissão Parlamentar de Saúde, Fevereiro de 2014. {Consult. 10 Abr. 2014} Disponível em <http://app.parlamento.pt/webutils/docs/doc.pdf?path=6148523063446f764c324679626d56304c334e706447567a4c31684a5355786c5a793944543030764f554e544c305276593356745a57353062334e4a626d6c6a6157463061585a685132397461584e7a595738764e545a6d4d575933596a49744f4449325a5330304d444d794c546c6c593245744e6a55315a6a5a694d325930596d56684c6e426b5a673d3d&fich=56f1f7b2-826e-4032-9eca-655f6b3f4bea.pdf&Inline=true>

ROLLO, M.F. – Portugal e o Plano Marshall : história de uma adesão a contragosto (1947-1952). [Em linha]. **Análise Social**. 29 : 128 (1994) 841-869. [Consult. 10 Mai. 2014] Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223377809U6sZF1oa6Pr69UQ4.pdf>

ROSENSTOCK, I.M. – The health belief model : explaining health behavior through expectancies. In: GLANZ K.; LEVIS F.M.; RIMER B.K., ed. lit. - Health behavior and health education : theory, research and practice. San Francisco, CA : Jossey-Bass, 1990.

SALTMAN, R.B.; FIGUERAS, J. – European health care reform : analysis of current strategies. Copenhagen : WHO, 1997. ISBN 92 890 133 62. (WHO Regional Publications. European series; 72).

SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. – Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. [Em linha]. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. 2 : 1 (2007) 83-89. [Consult. 15 Ago. 2014]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12.pdf>

SANTANA, R.; COSTA, C. – A integração vertical de cuidados de saúde : aspetos conceptuais e organizacionais. [Em linha]. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Volume Temático : 7 (2008) 29-56. [Consult. 15 Fev. 2014] Disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/volume-tematico-7-2008-administracao-hospitalar/E-02-2008.pdf>

SANTOS, B.S. – O estado, a sociedade e as políticas sociais : o caso das políticas de saúde. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. 23 (1987) 13-73.

SARAPIONI, M. – Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde : algumas estratégias para a integração. [Em linha]. **Ciência e Saúde Coletiva**. 5 : 1 (2000) 187-192. [Consult. 3 Jul. 2014]. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/630/63050116.pdf>

SILVA, A.M.E. – Evolução da administração pública da saúde : o papel da contratualização : factores críticos no contexto português. Lisboa : Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa (ISCTE), 2003. Tese para obtenção do grau de Doutor em Organização e Gestão de Empresas.

SIMÕES, A.P.; PAQUETE, A.T.; ARAÚJO, M. – Equidade horizontal no sistema público português : setor público vs sector privado. Lisboa : Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 2006. (Documento de Trabalho; 3/2006). [Consult. 22 Fev. 2014]. Disponível em http://www.contratualizacao.min-saude.pt/Downloads_Contrat/Informa%C3%A7%C3%A3o%20T%C3%A9cnica%20Online/A_PES%20Documento%20de%20Trabalho%2003-2006.pdf

SIMÕES, J.; BARROS, P.P; PEREIRA, J. – A sustentabilidade financeira do sistema nacional de saúde. Lisboa : Ministério da Saúde, 2008.

SOFAER, S. – Qualitative methods: what are they and why use them? **Health Services Research**. 34 : 5. Part II (December 1999) 1101-1118.

STARFIELD, B. – Acessibilidade e primeiro contacto : a “porta”. In: STARFIELD, B., ed. lit. - Atenção primária : equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília : Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

STREET, A. – Purchaser/provider and managed competition : improving chaos?. Victoria, AU : Centre for Health Program Evaluation, 1994. (Working paper; 36/1994). ISSN 1038-9547.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. – Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. [Em linha]. **Cadernos de Saúde Pública**. 20 : 2 (2004) 190-198. [Consult. 20 Ab. 2014] Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/14.pdf>

TURACTO, E.R. – Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde : definições, diferenças e seus objectos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**. [Em linha]. 39 : 3 (2005) 507-514. [Consult. 15 Ab. 2014] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>

A DIRECTIVA 2011/24/EU, RELATIVA AO EXERCÍCIO DOS DIREITOS DOS DOENTES EM MATÉRIA DE CUIDADOS
TRANSFRONTEIRIÇOS

Análise: Potenciais Repercussões no Direito de Acesso aos Cuidados de Saúde Transfronteiriços em Portugal

UNIÃO EUROPEIA – Directiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços [Em linha]. **Jornal Oficial da União Europeia** (2011-03-09) 45-65.

UNIÃO EUROPEIA – Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre “Os direitos do paciente”. [Em linha]. **Jornal Oficial da União Europeia** (2008-01-15) 10-67.

UNIÃO EUROPEIA – Regulamento (CE) N.º883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho relativo à coordenação dos sistemas de segurança social. [Em linha]. **Jornal Oficial da União Europeia** (2004-04-30) 1-123.

UNIÃO EUROPEIA – Regulamento (CE) N.º987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CE) n.º883/2004. [Em linha]. **Jornal Oficial da União Europeia** (2009-10-30) 1-284. [Consult. 24 Jul. 2014] Disponível em <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:284:0001:0042:pt:PDF>

UNIÃO EUROPEIA – Tratado de Lisboa que altera o Tratado da União Europeia e o Tratado que instituiu a Comunidade Europeia, assinado em Lisboa em 13 de Dezembro de 2007. **Jornal Oficial da União Europeia** (2007-12-17) 1-231.

VILAÇA, J.L.C.; GORJAO-HENRIQUES, M. – Tratado de Nice. Coimbra : Almedina, 2004.

WATERS, H.R. – Measuring equity in access to health care. **Social Science & Medicine**. 51 (2000) 599-612.

WISMAR, M. [et al.], ed. lit. - Cross-border health care in the European Union : mapping and analyzing practices and policies. [Em linha]. Brussels : European Commission, 2011. (Observatory Studies Series; 22). [Consult. 15 Mar. 2014]. Disponível em http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135994/e94875.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION - Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva : World Health Organization, 2001.

ZEITHAML, L.L. BERRY, A. PARASURAMAN - The nature and determinants of customer expectations of services. [Em linha]. **Journal of the Academy of Marketing Science**. 21 : 1 (1993) 1–12.