



Bruxelas, 21.9.2018
COM(2018) 651 final

RELATÓRIO DA COMISSÃO AO PARLAMENTO EUROPEU E AO CONSELHO

**sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes
em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços**

Relatório da Comissão sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços

O objetivo geral da Diretiva 2011/24/UE¹ relativa aos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços (a seguir designada «diretiva») é facilitar o acesso a cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade noutro Estado-Membro. Para o efeito, os cuidados de saúde são reembolsados aos doentes em conformidade com os princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça da União Europeia e codificados pela diretiva. Ao mesmo tempo, os Estados-Membros continuam a ser responsáveis pela prestação de cuidados de saúde adequados no seu território. A diretiva também promove a cooperação transfronteiriça no domínio dos cuidados de saúde entre os Estados-Membros, em benefício dos cidadãos da UE, no que diz respeito a receitas médicas, saúde digital (saúde em linha), doenças raras e avaliação das tecnologias da saúde (ATS). A diretiva aplica-se aos cuidados de saúde transfronteiriços sem prejuízo do quadro estabelecido pelos regulamentos relativos à coordenação da segurança social².

A diretiva devia ser transposta pelos Estados-Membros até 25 de outubro de 2013.

O artigo 20.º, n.º 1, da diretiva dispõe que a Comissão deve elaborar um relatório sobre a aplicação da diretiva e apresentá-lo ao Parlamento Europeu e ao Conselho até 25 de outubro de 2015³, e posteriormente de três em três anos. O relatório deve incluir, em especial, informações sobre os fluxos de doentes, as dimensões financeiras da mobilidade dos doentes, a aplicação do artigo 7.º, n.º 9, e do artigo 8.º e o funcionamento das redes europeias de referência e dos pontos de contacto nacionais (PCN). O presente relatório inclui igualmente um capítulo sobre a utilização dos poderes delegados nos termos do artigo 17.º, n.º 1, da diretiva.

1. Ponto da situação sobre a transposição

1.1. Verificação da exaustividade

Antes do termo do prazo de transposição (25 de outubro de 2013), os representantes da Comissão visitaram todos os Estados-Membros para debater as medidas de transposição necessárias e prestar assistência, se tal fosse solicitado. A transposição da diretiva foi ainda discutida com os Estados-Membros no âmbito dos comités presididos pela Comissão⁴.

Após o termo do prazo de transposição, a Comissão lançou 26 processos por infração devido a notificação tardia ou incompleta das medidas de transposição. No seguimento deste procedimento, todos os Estados-Membros acabaram por notificar as suas medidas de transposição completas.

¹ Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços (JO L 88 de 4.4.2011, p. 45).

² Regulamento (CE) n.º 883/2004 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 29 de abril de 2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social (JO L 166 de 30.4.2004, p. 1) e Regulamento (CE) n.º 987/2009, que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CE) n.º 883/2004 (JO L 284 de 30.10.2009, p.1).

³ Relatório da Comissão sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, COM(2015) 421 final de 4.9.2015.

⁴ O comité previsto no artigo 16.º da diretiva e o Grupo de Peritos dos Cuidados de Saúde Transfronteiriços.

1.2. Verificação da conformidade

1.2.1. Verificação sistemática das medidas de transposição dos Estados-Membros

A segunda fase da avaliação da conformidade começou logo após a notificação das medidas nacionais. Nesta fase, a Comissão tem vindo a avaliar se todos os diplomas legais nacionais notificados e outras medidas comunicadas estão em conformidade com a diretiva⁵. Foram notificadas à Comissão mais de quinhentas medidas nacionais de transposição da diretiva. O grande número de diplomas nacionais envolvidos deve-se, em parte, ao facto de a diretiva regular diversas questões que são tratadas a diferentes níveis administrativos/regionais e em atos legislativos distintos nos Estados-Membros, como, por exemplo, os mecanismos de reembolso⁶, os canais de informação (pontos de contacto nacionais, prestadores de cuidados de saúde)⁷, os direitos dos doentes⁸ e a responsabilidade profissional⁹.

Para a avaliação da conformidade, a Comissão definiu quatro domínios prioritários que apresentavam a maior probabilidade de constituir obstáculos para os doentes, se deixados por resolver: sistemas de reembolso, utilização da autorização prévia, requisitos administrativos e custos cobrados aos doentes provenientes de outros países. No seguimento de uma avaliação sistemática de todas as medidas notificadas, a Comissão deu início a 11 investigações por iniciativa própria para recolha de informações tendo em vista uma avaliação adequada da conformidade, estando em preparação outros inquéritos dessa natureza.

a) Sistemas de reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços

De acordo com o artigo 7.º, n.º 4, da diretiva, os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços são reembolsados e pagos até ao limite que teria sido assumido pelo Estado-Membro de afiliação caso esses cuidados tivessem sido prestados no seu território, sem exceder contudo os custos reais dos cuidados de saúde recebidos. O artigo 7.º, n.º 9, permite aos Estados-Membros restringir a aplicação das regras relativas ao reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços por razões imperiosas de interesse geral. O artigo 7.º, n.º 11, determina que tais restrições não devem ir além do que for necessário e proporcional e não podem constituir um meio de discriminação arbitrária ou um entrave injustificado à livre circulação. Além disso, os Estados-Membros são obrigados a notificar a Comissão de qualquer decisão de introduzir restrições nos termos do artigo 7.º, n.º 9.

Embora a Comissão não tenha recebido notificações específicas ao abrigo do artigo 7.º, n.º 9, certas medidas de transposição podem ser postas em causa como restringindo o nível de reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços. Tal acontece nos Estados-Membros que

⁵ Para garantir a continuidade, no presente relatório a expressão «*verificação da conformidade*» é utilizada de acordo com o anterior relatório de aplicação de 2015, na aceção de compatibilidade das medidas nacionais de transposição com as disposições da diretiva. É também idêntica aos «*controles da conformidade*», segundo a terminologia usada na Comunicação da Comissão «Direito da UE: Melhores resultados através de uma melhor aplicação», C/2016/8600, JO C 18 de 19.1.2017, p. 10. Do mesmo modo, a expressão «*verificação da exaustividade*» é equivalente a «*controlo da transposição*» na terminologia utilizada na comunicação.

⁶ Artigo 7.º, n.º 6, e artigo 9.º.

⁷ Artigo 4.º, n.º 2, alíneas a) e b), artigo 5.º, alínea b), artigo 6.º, n.º 3.

⁸ Artigo 4.º, n.º 2, alínea c) e alíneas e) a f), artigo 4.º, n.º 3 e n.º 4, artigo 5.º, alíneas b) a d), artigo 7.º, n.º 1, artigo 9.º, n.º 4 e n.º 5.

⁹ Artigo 4.º, n.º 2, alínea d).

concedem o reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços com base em níveis de reembolso mais baixos, aplicáveis aos cuidados de saúde administrados por prestadores privados ou prestadores não convencionados no seu próprio território, comparativamente ao nível de reembolso no âmbito do sistema público de cuidados de saúde ou dos prestadores de cuidados de saúde convencionados. Três Estados-Membros utilizam, com diferentes condições e limites, esse nível de reembolso mais baixo como ponto de referência para o reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços ao abrigo da diretiva.

A Comissão está a ponderar o caminho a seguir nestes casos, em especial à luz da jurisprudência do Tribunal de Justiça¹⁰.

b) Autorização prévia

A diretiva (artigo 8.º, n.º 2) introduz a possibilidade de os Estados-Membros sujeitarem o reembolso dos custos dos cuidados de saúde recebidos noutra Estado-Membro a autorização prévia. Não se pretende, de forma alguma, que esta opção seja utilizada em excesso, uma vez que tal seria considerado como uma restrição à livre circulação de serviços¹¹.

Atualmente, seis Estados-Membros e a Noruega¹² não têm qualquer sistema de autorização prévia¹³, dando assim liberdade de escolha aos doentes e reduzindo os encargos administrativos.

Tal como indicado no considerando 44 da diretiva, e de acordo com a jurisprudência constante do Tribunal de Justiça, os Estados-Membros podem sujeitar o reembolso dos custos de cuidados de saúde transfronteiriços a autorização prévia quando tal for necessário e razoável¹⁴; um regime deste tipo deve também basear-se em critérios objetivos e não discriminatórios¹⁵. Estes aspetos estão igualmente refletidos no artigo 8.º, n.º 2, alínea a), da diretiva, que permite aos Estados-Membros utilizar um sistema de autorização prévia, em especial, para os cuidados de saúde que estejam sujeitos a requisitos de planeamento, caso impliquem um internamento hospitalar ou o recurso a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente especializados e onerosos. Na prática, os sistemas de autorização prévia baseiam-se quase integralmente no referido artigo 8.º, n.º 2, alínea a), razão pela qual o presente relatório se centrará nesta disposição¹⁶.

¹⁰ Ver, por exemplo, o processo C-372/04, *Watts*, n.º 100.

¹¹ Considerando 38 da diretiva.

¹² A Diretiva 2011/24/UE tinha de ser transposta pela Islândia, Listenstaine e Noruega, países da EFTA, até 1 de agosto de 2015.

¹³ Sete países (República Checa, Estónia, Finlândia, Lituânia, Países Baixos, Suécia e Noruega) não optaram por introduzir um sistema de autorização prévia.

¹⁴ Ver, p. ex., o processo C-205/99 *Analir e outros*, [2001] Colet I-1271, n.º 38, e o processo C-157/99 *Smits e Peerbooms*, n.º 90.

¹⁵ Ver, p. ex., o processo C-205/99 *Analir e outros*, [2001] Colet I-1271, n.ºs 35-38, e o processo C-157/99 *Smits e Peerbooms*, n.ºs 80-90.

¹⁶ As alíneas b) e c) do artigo 8.º, n.º 2, também permitem aos Estados-Membros exigir uma autorização prévia quando os cuidados de saúde envolvam tratamentos que apresentem um risco especial para o doente ou para a população ou quando sejam prestados por um prestador de cuidados de saúde que possa suscitar preocupações sérias e específicas quanto à qualidade ou à segurança dos cuidados.

Qualquer sistema de autorização prévia deve limitar-se ao que é necessário e proporcional em relação ao objetivo visado e não pode constituir um meio de discriminação arbitrária ou um entrave injustificado à livre circulação dos doentes¹⁷.

O artigo 8.º, n.º 7, da diretiva impõe aos Estados-Membros a obrigação de tornar pública a lista dos cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia.

A preocupação da Comissão a este respeito é assegurar que os sistemas de autorização prévia não padeçam de falta de segurança jurídica e de transparência quanto aos tratamentos que estão sujeitos a autorização prévia e que cumprem os critérios para esse efeito. A fim de proporcionar uma maior clareza, foram lançados numerosos diálogos estruturados com os Estados-Membros sobre as listas de cuidados de saúde sujeitos a autorização prévia. Algumas listas foram consideradas demasiado extensas; foram também expressas preocupações no que respeita ao requisito de autorização prévia para cada tipo de cuidados de saúde no estrangeiro que vá além de uma consulta de um médico especialista por doente e por ano. Os diálogos constituíram um bom mecanismo proativo para obter efeitos positivos para os doentes.

Se a autorização prévia for considerada necessária, deve ser tornada pública uma lista de tratamentos pormenorizada e suficientemente definida.

c) Procedimentos administrativos aplicáveis aos cuidados de saúde transfronteiriços

De acordo com o artigo 9.º, n.º 1, da diretiva, os Estados-Membros devem garantir que os procedimentos administrativos para o reembolso de cuidados transfronteiriços se baseiem em critérios objetivos e não discriminatórios que sejam necessários e proporcionais ao objetivo a alcançar.

«Há ainda muito pouca experiência sobre cuidados de saúde transfronteiriços entre as comunidades de doentes.» ([Fórum Europeu de Doentes](#) — outubro de 2016)

Alguns Estados-Membros exigem que os doentes forneçam uma tradução certificada dos seus documentos médicos, a fim de obterem o reembolso. A tradução juramentada pode representar um obstáculo desproporcionado à livre circulação de serviços, por exemplo porque, em vários países, o custo da tradução pode ser mais elevado do que o reembolso do serviço ambulatorio.

Um Estado-Membro introduziu um limiar mínimo excessivo (de 15 EUR) para o reembolso, que correspondia aproximadamente às taxas médias de reembolso dos cuidados de saúde ambulatorios nesse Estado-Membro.

Outro Estado-Membro exige um certificado do Ponto de Contacto Nacional no estrangeiro que ateste que os cuidados de saúde a prestar no seu território serão conformes com as normas de segurança e qualidade relevantes em vigor. Além disso, é necessária uma confirmação por escrito

¹⁷ Artigo 8.º, n.º 1, da diretiva.

do prestador de cuidados sobre a sua disponibilidade para prestar os cuidados de saúde solicitados no período indicado pelo requerente para a autorização prévia.

No seguimento de discussões com os Estados-Membros sobre a proporcionalidade e a necessidade de todos os requisitos acima referidos, estes foram abolidos, no interesse dos doentes.

Alguns Estados-Membros introduziram sistemas de notificação prévia no âmbito dos quais os doentes recebem uma confirmação por escrito com a indicação de uma estimativa do montante a reembolsar, como previsto no artigo 9.º, n.º 5, da diretiva. Mesmo que um Estado-Membro não aplique este mecanismo de notificação prévia, o artigo 9.º, n.º 5, impõe aos Estados-Membros a obrigação de reembolsar os doentes sem atrasos injustificados. A opção de notificação prévia é um mecanismo que convém alargar, apoiando os Estados-Membros no cumprimento da sua obrigação.

d) Taxas aplicadas a doentes de outros Estados-Membros

O artigo 4.º, n.º 3, estabelece que os Estados-Membros devem respeitar o princípio da não discriminação relativamente aos doentes de outros Estados-Membros. Indica, além disso, que os Estados-Membros podem, em certas circunstâncias, adotar medidas relativas ao acesso ao tratamento. Tais medidas devem, no entanto, ser justificadas, proporcionadas e necessárias, devendo ser tornadas públicas antecipadamente.

Os Estados-Membros podem definir as taxas para a prestação de cuidados de saúde no seu território. No entanto, o artigo 4.º, n.º 4, exige que os Estados-Membros assegurem que os prestadores de cuidados de saúde aplicam a mesma tabela de preços aos doentes de outros Estados-Membros que a aplicada aos doentes nacionais em situação médica comparável. Se não existir um preço comparável para os doentes nacionais, o artigo 4.º, n.º 4, impõe aos fornecedores a obrigação de cobrarem um preço calculado de acordo com critérios objetivos e não discriminatórios. Uma vez definidas as taxas e tarifas, estas devem ser aplicadas de forma igual tanto aos cidadãos nacionais como aos não nacionais. Fora dos regimes públicos, a Comissão não identificou quaisquer problemas de implementação, e os Estados-Membros não optaram por introduzir medidas relativas ao acesso de doentes de outros Estados-Membros.

Durante o período de transposição, alguns Estados-Membros argumentaram que as tarifas públicas existentes não representam um preço comparável, uma vez que não contemplam elementos importantes respeitantes, por exemplo, à tributação geral (como os custos do investimento de capital) e não permitem recuperar a totalidade dos custos. Os Estados-Membros podem, por conseguinte, estabelecer um preço comparável baseado nos custos que reflita o custo real do serviço de saúde, devendo esse preço ser determinado de acordo com uma metodologia objetiva e não discriminatória que não implique, para uma determinada intervenção, um tratamento financeiro distinto entre os doentes «nacionais» abrangidos por regimes públicos locais e os doentes «transfronteiriços». No entanto, deve ter-se em conta que a criação de um sistema de tarifação baseado nos custos pode ter implicações no que se refere às obrigações dos Estados-

Membros em matéria de reembolso¹⁸ dos doentes nacionais que recebem cuidados de saúde noutro Estado-Membro.

1.3. Outras questões

Curiosamente, durante a verificação da exaustividade constatou-se que o requisito relativo ao seguro de responsabilidade profissional¹⁹ constitui uma questão problemática em vários Estados-Membros. Embora os prestadores de cuidados de saúde possuam *de facto* um seguro de responsabilidade profissional, na prática é frequente não existir legislação que torne obrigatórios estes sistemas. Além disso, era também difícil para alguns Estados-Membros aplicar o princípio de permitir que os doentes escolham prestadores de cuidados de saúde situados noutro Estado-Membro, independentemente de estarem ou não convencionados ao abrigo do sistema de saúde obrigatório nesse Estado-Membro.

A Comissão prossegue os seus diálogos intensivos com os Estados-Membros com vista a assegurar a melhor transposição possível da diretiva. Foi confirmado que as reuniões bilaterais estruturadas com os Estados-Membros permitem esclarecer os aspetos que ainda suscitam preocupação e encontrar soluções aceitáveis que beneficiem os cidadãos da UE. Foi possível chegar a um acordo relativamente à maior parte dos problemas de conformidade examinados com os Estados-Membros em causa.

Os bons resultados deste trabalho, que envolveu recursos consideráveis, permitiram reduzir os encargos administrativos para os cidadãos no acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços, racionalizar os sistemas de autorização prévia e aligeirar os procedimentos para o exercício dos direitos básicos dos doentes consagrados na diretiva.

Em 1 de junho de 2018, a fase de verificação da exaustividade foi concluída uma vez que todos os processos por infração relacionados com essa fase foram encerrados, estando em curso as verificações da conformidade e os diálogos estruturados e estando em aberto um processo por infração.

2. Dados sobre a mobilidade dos doentes

Em conformidade com o artigo 20.º da diretiva, os Estados-Membros apresentam relatórios anuais sobre a mobilidade dos doentes ao abrigo da Diretiva 2011/24/UE. Esses relatórios abrangem os cuidados de saúde com ou sem autorização prévia, os pedidos de informação sobre cuidados de saúde, os cuidados de saúde prestados, os reembolsos efetuados e as razões pelas quais os cuidados de saúde foram ou não reembolsados.

¹⁸ Artigo 7.º, n.º 4, da diretiva.

¹⁹ O artigo 4.º, n.º 2, alínea d), da diretiva torna obrigatória a existência de um sistema de seguro de responsabilidade profissional ou de uma garantia ou disposição similar equivalente ou comparável no essencial.

O presente relatório apresenta uma visão geral dos dados recebidos em 2015, 2016 e 2017. É de notar que os dados a seguir analisados podem incluir igualmente alguns casos de cuidados de saúde reembolsados ao abrigo dos regulamentos de coordenação da segurança social²⁰. Isto sucede porque nem todos os Estados-Membros conseguem manter uma separação rigorosa entre os dados relativos a reembolsos de cuidados de saúde ao abrigo da Diretiva 2011/24/UE e ao abrigo do Regulamento (CE) n.º 883/2004 ou de acordos bilaterais transfronteiriços.

Os dados apresentados infra englobam os relatórios sobre mobilidade relativos a três anos (2015-2017), mas o número de países abrangidos em cada ano não é igual. Em 2015 foram recebidos dados de 23 Estados-Membros e da Noruega, em 2016 dos 28 Estados-Membros, da Noruega e da Islândia e em 2017 de 26 Estados-Membros. Importa referir que, uma vez que nem todos os Estados-Membros puderam fornecer, em cada ano, informações sobre todos os aspetos considerados, os valores de base dos relatórios não são idênticos para cada aspeto considerado.

2.1. Mobilidade dos doentes com autorização prévia

Tal como referido anteriormente [ver ponto 1.2.1, alínea b)], a diretiva permite, sob certas condições, que os Estados-Membros estabeleçam um sistema de autorização prévia (AP). Os dados agregados comunicados pelos Estados-Membros sobre o número de pedidos de AP em 2015, 2016 e 2017 mostram que esse número se mantém geralmente baixo. No entanto, verificou-se um aumento constante desde 2015, e em 2017 foram apresentados e autorizados em todos os Estados-Membros mais do dobro de pedidos de AP do que em 2015²¹.

Com base nos dados comunicados relativos aos cuidados de saúde transfronteiriços planeados abrangidos pelos regulamentos, em 2015 os Estados-Membros emitiram cerca de 55 000 autorizações²² para tratamentos planeados no estrangeiro. Ao comparar este valor com o número comunicado de AP para cuidados de saúde transfronteiriços ao abrigo da diretiva em 2016 (o ano mais comparável), pode estimar-se que os tratamentos transfronteiriços com AP ao abrigo da diretiva correspondem a cerca de 6 % dos tratamentos autorizados noutra Estado-Membro. No entanto, esta estimativa deve ser interpretada com alguma prudência porque, tal como referido supra, nem todos os Estados-Membros podem separar integralmente os pedidos apresentados ao abrigo da diretiva dos efetuados ao abrigo dos regulamentos.

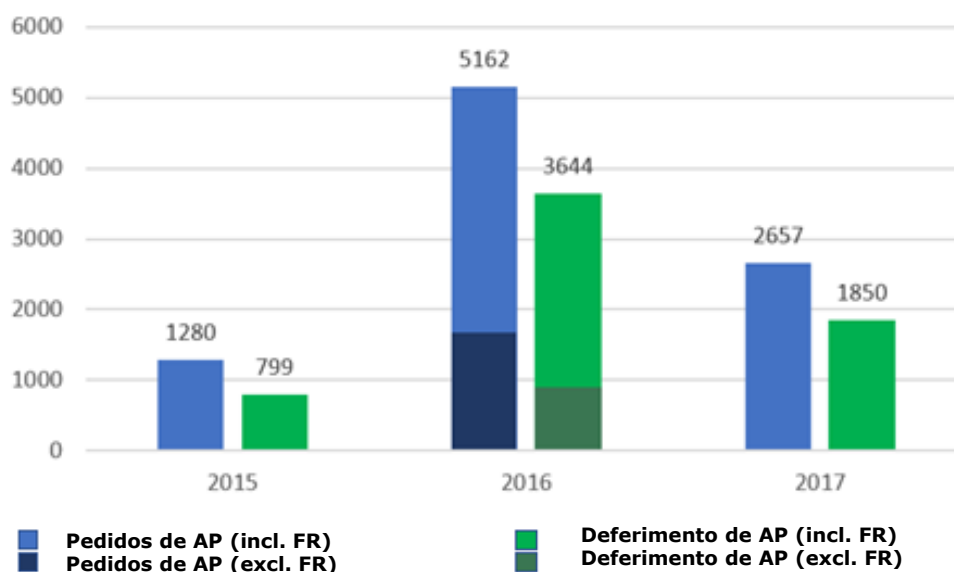
Figura 1: Pedidos de autorização prévia e autorizações

²⁰ Ver nota de rodapé 2.

²¹ Note-se que a França só apresentou dados sobre cuidados de saúde sujeitos a AP em 2016. Por conseguinte, a figura 2 deve ser interpretada tendo em conta que, em 2016, 3510 dos 5162 pedidos de AP e 2579 das 3644 autorizações de AP diziam respeito à França. Os dados excluindo a França estão representados num tom mais escuro na parte inferior da coluna.

²² <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1154&langId=en>

Autorização prévia (AP)



2.2. Mobilidade dos doentes não sujeita a autorização prévia

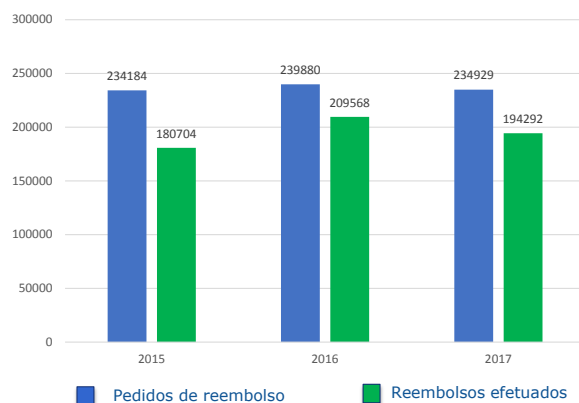
O número total destes pedidos de reembolso foi relativamente baixo nos três anos em percentagem do total dos cuidados prestados aos doentes, mas manteve-se muito estável. Em 2015, foram deferidos no total 180 704 pedidos em 19 Estados-Membros e na Noruega, em 2016, o número de pedidos deferidos em 22 Estados-Membros ascendeu a 209 568 e em 2017 foram deferidos no total 194 292 pedidos em 20 Estados-Membros. Após um ajustamento em função do número de países que comunicaram dados, pode concluir-se que o exercício pelos cidadãos da UE dos direitos concedidos ao abrigo da diretiva não teve um crescimento ou uma redução significativos ao longo dos três anos do período de referência.

No caso do Regulamento (CE) n.º 883/2004, o reembolso entre Estados-Membros de cuidados de saúde transfronteiriços não planeados é efetuado na maior parte dos casos após receção de um pedido do Estado-Membro de tratamento. Em 2015, foram emitidos pelos Estados-Membros cerca de 2 milhões de pedidos dessa natureza, ao passo que o número de reembolsos de tratamentos transfronteiriços ao abrigo da diretiva que não exigiram AP ascendeu a pouco mais de 180 000 em 2015. Por conseguinte, as oportunidades proporcionadas pelo Regulamento (CE) n.º 883/2004 no âmbito do Cartão Europeu de Seguro de Doença parecem ser mais amplamente utilizadas do que as previstas na diretiva. Este facto é compreensível uma vez que, em muitos casos, o nível de reembolso ao abrigo dos regulamentos é mais elevado²³ do que ao abrigo da diretiva e os Estados-Membros têm a obrigação de garantir que os cidadãos sejam informados sobre a via mais adequada para a apresentação dos pedidos.

²³ Ao abrigo da diretiva o reembolso é geralmente efetuado à taxa que teria sido aplicada no país de seguro, ao passo que ao abrigo dos regulamentos o reembolso é efetuado com base nos custos no país de tratamento.

Figura 2: Pedidos de reembolso sem autorização prévia

Cuidados de saúde não sujeitos a autorização prévia



2.3. Implicações financeiras da mobilidade dos doentes

Em termos das dimensões financeiras da mobilidade dos doentes, o ano de 2016 (para o qual existem dados mais completos) pode ser tomado como exemplo do nível de reembolsos de cuidados de saúde ao abrigo da diretiva. Com base nas respostas dadas pelos Estados-Membros, foram gastos cerca de 65 000 000 EUR em todos os países da UE em cuidados de saúde com e sem AP em 2016. Considerando que o relatório [Health at a Glance](#)²⁴ da OCDE de 2017 estima que os gastos médios dos países da UE em cuidados de saúde correspondem a 10 % do PIB e que, segundo dados do [Eurostat](#)²⁵, o PIB da UE em 2017 ascendeu a 15,3 biliões de euros, as despesas com cuidados de saúde transfronteiriços em toda a UE incorridas ao abrigo da diretiva podem ser estimadas em 0,004 % do orçamento anual dos cuidados de saúde a nível da UE. Estes números são, obviamente, muito esquemáticos, mas quando examinados em conjunto com os valores relativos ao custo dos cuidados de saúde transfronteiriços ao abrigo dos regulamentos (que se elevam a cerca de 0,1 %), torna-se evidente que os orçamentos dos cuidados de saúde são, na sua maior parte, gastos a nível nacional. Uma vez que os valores constatados são moderados e têm-se mantido estáveis ao longo dos anos, o impacto sobre os orçamentos da saúde nacionais decorrente da procura de cuidados de saúde transfronteiriços por parte dos doentes parece ser marginal. Esta conclusão é válida para todos os países, independentemente de terem ou não introduzido sistemas de autorização prévia.

²⁴ https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-in-relation-to-gdp_health_glance-2017-45-en

²⁵ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?jsessionid=9ea7d07e30dd3bf0a52b9a8a474c872db039e243c026.e34OaN8Pc3mMc40Lc3aMaNyTa3eQe0?tab=table&plugin=1&pcode=tec00001&language=en>

2.4. Direção da mobilidade dos doentes

Analisando os fluxos de doentes que se deslocam ao estrangeiro para receber cuidados de saúde após autorização prévia, observa-se que o maior fluxo teve lugar de França para Espanha. Nos casos em que não era necessária autorização, o maior fluxo foi de França para a Alemanha. Estes padrões já anteriormente identificados não se alteraram significativamente entre 2015 e 2017.

O **mapa de fluxos 1**, no anexo B, representa os fluxos agregados de 2015, 2016 e 2017 para os tratamentos que requerem uma autorização prévia²⁶. Os mapas de fluxos, bem como os dados em bruto, mostram claramente que a maior parte dos doentes se desloca de França para outros países, sendo a mobilidade dos doentes de França para Espanha e de França para a Alemanha as mais prevalentes. Em 2015 e 2017, anos para os quais a França não pôde fornecer dados sobre a mobilidade dos doentes com AP, os fluxos do Luxemburgo para a Alemanha e da Irlanda para o Reino Unido foram os casos mais comuns de mobilidade dos doentes.

O **mapa de fluxos 2**, no anexo B, representa os fluxos agregados em 2015, 2016 e 2017 para os tratamentos sem autorização prévia. Mais uma vez, observa-se um padrão claro que mostra que a França tem o maior número de doentes que procuram cuidados de saúde no estrangeiro, sendo os três países por eles mais frequentemente procurados para a prestação de cuidados a Espanha, Portugal e a Bélgica, em todos os três anos considerados. A seguir aos doentes que se deslocam a partir de França, os casos mais frequentes de mobilidade dos doentes corresponderam aos doentes que viajam da Dinamarca para a Alemanha, seguidos dos fluxos da Polónia para a República Checa e da Noruega para Espanha. É interessante notar que os dados adicionais da Dinamarca indicam que esta mobilidade tem essencialmente por objetivo a realização de tratamentos dentários.

Os dados sobre a direção dos fluxos de doentes permitem constatar duas tendências significativas, independentemente de se tratar de mobilidade com ou sem AP. A primeira é que, ao longo dos últimos três anos, a mobilidade dos doentes teve lugar sobretudo entre países vizinhos. Isto sugere que as pessoas preferem, em geral, receber cuidados de saúde perto de casa, se possível, e que quando optam por viajar para outro país para esse efeito preferem fazê-lo para um país vizinho. A segunda tendência está patente no padrão geral dos mapas de fluxos apresentados no anexo. Enquanto cerca de metade da mobilidade dos doentes corresponde às deslocações de França para os países vizinhos, a outra metade do fluxo é constituída por um número reduzido de doentes que viajam por toda a UE para receberem cuidados de saúde, tanto em países vizinhos como em países mais distantes. Isto sugere que, embora 50 % da mobilidade dos doentes possa ser motivada por questões de proximidade, e talvez também pela colaboração entre os médicos nas regiões fronteiriças, uma parte muito significativa pode igualmente refletir a vontade dos doentes de receberem cuidados de saúde num local da sua escolha. Essa escolha pode ser motivada pelo desejo de regressar ao país de nascimento para receber cuidados de saúde, ou de trazer um familiar para mais perto de um lugar onde pode ser assistido por um membro da família, ou ainda pela vontade de procurar competências especializadas não disponíveis no país de origem.

²⁶ Recorda-se, no entanto, que o fluxo da França para outros Estados-Membros só se aplica aos dados de 2016, uma vez que a França não pôde apresentar estes dados em 2015 e 2017.

3. Informação prestada aos doentes

É importante que a informação sobre os cuidados de saúde transfronteiriços seja de fácil acesso para os doentes e as famílias que dela necessitam. Os Pontos de Contacto Nacionais (PCN) têm um papel fundamental a desempenhar em relação a este aspeto, visto que devem prestar informações aos cidadãos mediante pedido e, de um modo mais geral, promover a sensibilização sobre os direitos dos doentes e dar resposta às necessidades de informação.

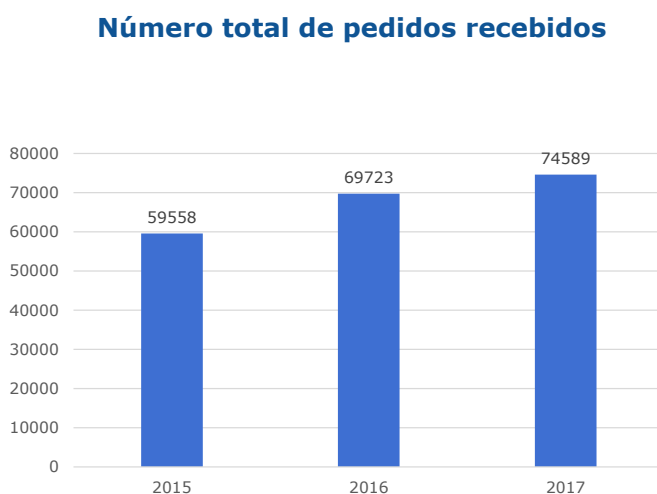
3.1. Dados dos Estados-Membros sobre os pedidos de informação recebidos pelos Pontos de Contacto Nacionais

Em 2017 foram recebidos, no total, 74 589 pedidos de informação em 22 Estados-Membros e na Noruega, o que reflete uma utilização dos PCN muito semelhante à comunicada em relação a 2016, ano em que foi contabilizado um total de 69 723 pedidos em 28 Estados-Membros e na Noruega, e em 2015, em que foram recebidos, no total, 59 558 pedidos em 19 Estados-Membros.

Tendo em conta a variação do número de Estados-Membros que forneceram informações sobre o número de pedidos recebidos, e atendendo à reduzida variação na distribuição dos pedidos (nos três anos em análise, o maior número de pedidos foi recebido na Polónia e na Lituânia, que em conjunto representaram mais de 50 % de todos os pedidos de informação em todos os Estados-Membros), conclui-se que tem havido pouca variação no nível dos pedidos de informação sobre o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços apresentados pelos cidadãos.

Porém, o crescimento lento mas constante do número de cidadãos que se deslocam a outro país para receberem cuidados de saúde sugere que o aumento das informações disponíveis nos sítios Web dos PCN reduziu o número de pedidos feitos pelos doentes aos PCN. Do mesmo modo, uma vez que os médicos conhecem agora melhor este regime, podem passar a prestar eles próprios informações diretamente aos doentes.

Figura 3: Pedidos de informação dirigidos aos PCN



3.2. Melhoria da informação prestada aos doentes e necessidades de informação das pessoas com deficiência

Um estudo recente da Comissão sobre a informação prestada aos doentes²⁷ mostra que os sítios Web dos PCN geralmente não dispõem de informação aprofundada sobre os direitos dos doentes, incluindo sobre o que fazer em caso de atraso injustificado. Também era escassa a informação sobre os procedimentos de reclamação e de resolução de conflitos, bem como a informação sobre o período de tempo necessário para tratar os reembolsos e os pedidos de autorização prévia. A informação sobre quais os tratamentos que são reembolsados também não era uniforme. Os resultados revelam que, embora a prestação de informações através dos sítios Web dos PCN seja devidamente assegurada para várias categorias, esses sítios Web devem ser melhorados.

A diretiva prevê que os PCN forneçam aos doentes e aos profissionais de saúde informações sobre a acessibilidade dos hospitais para pessoas com deficiência [artigo 4.º, n.º 2, alínea a)]. As informações devem ser disponibilizadas através de meios eletrónicos e em formatos de fácil acesso para pessoas com deficiência (artigo 6.º, n.º 5), e podem tomar-se em consideração os custos suplementares em que as pessoas com deficiência possam incorrer (artigo 7.º, n.º 4). Um recente inquérito de pequena escala realizado pela IF SBH²⁸, relativo essencialmente a um Estado-Membro (Dinamarca), constatou que a esmagadora maioria dos respondentes não tinha sequer ouvido falar da existência dos Pontos de Contacto Nacionais. Contudo, as poucas pessoas que exerceram os seus direitos ao abrigo da diretiva estavam, em grande parte, satisfeitas, tinham beneficiado de uma cobertura total ou parcial das suas despesas e ponderariam utilizar novamente este mecanismo. Tal reflete as constatações do [relatório precedente da Comissão](#)²⁹ e corrobora as suas conclusões anteriores de que o conhecimento da existência da diretiva continua a ser reduzido entre os grupos inquiridos.

3.3. Interação com os regulamentos de coordenação da segurança social

A principal diferença entre a diretiva e os regulamentos no que se refere aos direitos de reembolso é que, nos termos dos regulamentos, os doentes têm o direito de receber cuidados de saúde no estrangeiro como se estivessem segurados ao abrigo do regime de segurança social do Estado-Membro de tratamento. Nos termos da diretiva, são reembolsados pelo tratamento no estrangeiro como se o tratamento tivesse sido prestado no seu país de origem (Estado-Membro de afiliação). No entanto, tal como explicado no considerando 46 da diretiva, em certos casos as prestações têm de ser fornecidas ao abrigo dos regulamentos, salvo pedido em contrário do doente.

De acordo com um inquérito aos PCN, alguns Estados-Membros³⁰ continuam a exprimir preocupação quanto à comunicação sobre os aspetos complexos da atual situação jurídica. Um pouco menos de metade dos sítios Web dos PCN disponibiliza informações sobre ambos os atos legislativos. Foi dada formação aos peritos nacionais para que possam explicar as duas vias,

²⁷ https://ec.europa.eu/health/cross_border_care/key_documents_en

²⁸ IF SBH (Federação Internacional de Espinha Bífida e Hidrocefalia) e EDF (Fórum Europeu das Pessoas com Deficiência), «[Impact of Cross-border Healthcare on Persons with Disabilities and Chronic Conditions](#)» (Impacto dos cuidados de saúde transfronteiriços sobre as pessoas com deficiência e doenças crónicas), 2017

²⁹ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_en.pdf

³⁰ Em 2017, 14 de 37 funcionários dos PCN reconheceram que tinham dificuldade em explicar aos doentes a relação da diretiva com os regulamentos.

primeiro na [Conferência de outubro de 2016](#)³¹ sobre a sensibilização para os direitos ao abrigo da diretiva e em seguida através do seminário de reforço das capacidades dos PCN, de 8 de março de 2018, ambos organizados pela Comissão. Utilizando o conjunto de instrumentos divulgados durante o seminário, todos os PCN deveriam agora ser capazes de explicar a diferença entre as duas vias legais através dos seus sítios Web e abordá-las proativamente no contacto com os doentes.

4. Cooperação entre sistemas de saúde

4.1. Avaliação das tecnologias da saúde

A avaliação das tecnologias da saúde (ATS) é uma parte importante da tomada de decisões baseadas em dados concretos no domínio da saúde nos países da UE. Na sua maior parte, os Estados-Membros [comunicaram](#)³² que têm em vigor um sistema nacional de ATS para os medicamentos (26 Estados-Membros e a Noruega) e/ou para os dispositivos médicos (20 Estados-Membros e a Noruega)³³.

Atualmente, a cooperação ao nível da UE em matéria de ATS tem duas componentes principais. Em primeiro lugar, a [rede de ATS](#)³⁴, que liga as autoridades ou organismos nacionais responsáveis pela avaliação das tecnologias da saúde. As regras relativas à rede de ATS prevista no artigo 15.º da diretiva estão definidas na Decisão de Execução 2013/329/UE da Comissão³⁵. A rede faculta diretrizes estratégicas e orientação política tendo em vista a cooperação científica e técnica. Para além do intercâmbio de informações sobre a evolução pertinente das políticas no domínio da ATS, nos últimos três anos a rede de ATS elaborou documentos de orientação importantes, designadamente um documento sobre o valor acrescentado da cooperação europeia no âmbito da ATS conjunta de dispositivos médicos (*Added Value of the European Cooperation in the Joint HTA of Medical Devices*), de outubro de 2015, e um documento de reflexão sobre as sinergias entre aspetos de regulamentação e de ATS (*Reflection Paper on Synergies between Regulatory and HTA issues*), de novembro de 2016. Estão ainda previstos outros documentos estratégicos no seu [programa de trabalho plurianual para 2016-2020](#)³⁶.

Em segundo lugar, e de forma complementar, a cooperação científica e técnica representada pelas [Ações Comuns da EUnetHTA](#)³⁷. A atual Ação Comum, EUnetHTA 3, lançada em junho de 2016, estará em vigor até 2020 e inclui mais de 80 parceiros, organismos de ATS que procedem às avaliações e organizações sem fins lucrativos que contribuem para a ATS na Europa.

³¹ https://ec.europa.eu/health/cross_border_care/events/ev_20161024_en

³² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/technology_assessment/docs/2018_mapping_npc_en.pdf

³³ «*Mapping of HTA national organisations programmes and processes in EU and Norway*» (Levantamento de organizações, programas e processos nacionais de ATS na UE e na Noruega), 2017, Contrato n.º 17010402/2016/734820, ISBN: 978-92-79-77080-7

³⁴ https://ec.europa.eu/health/technology_assessment/policy/network_en

³⁵ Decisão de Execução 2013/329/UE da Comissão, de 26 de junho de 2013, que estabelece as normas para a criação, a gestão e o funcionamento transparente da rede de autoridades ou organismos nacionais responsáveis pela avaliação das tecnologias da saúde (JO L 175 de 27.6.2013, p. 71).

³⁶ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/technology_assessment/docs/2016_2020_pgmnetwork_en.pdf

³⁷ <https://www.eunetha.eu/#tab-3-tab>

Em resposta aos apelos do Conselho e do Parlamento Europeu para que fosse assegurada a sustentabilidade da cooperação da UE em matéria de ATS para além de 2020, a Comissão lançou um vasto processo de reflexão, que incluiu consultas às partes interessadas e uma avaliação de impacto, em consonância com a Agenda «Legislar Melhor» da Comissão³⁸. Este processo de reflexão culminou com a adoção pela Comissão de uma [proposta legislativa](#)³⁹, em 31 de janeiro de 2018. A proposta procura desenvolver a atual cooperação baseada em projetos no domínio da ATS e colmatar certas insuficiências identificadas no processo de reflexão. A legislação proposta visa assegurar um melhor funcionamento do mercado interno, contribuindo simultaneamente para um elevado nível de proteção da saúde humana. Pretende-se que a cooperação em matéria de ATS após 2020 no quadro da proposta contribua para disponibilizar tecnologias de saúde inovadoras para os doentes na Europa, melhorar a utilização dos recursos disponíveis e reforçar a previsibilidade da atividade económica. A proposta estabelece um quadro de apoio e procedimentos de cooperação no domínio da ATS a nível da União, bem como regras comuns para as avaliações clínicas das tecnologias de saúde. Em especial, prevê um trabalho conjunto em matéria de avaliações clínicas, consultas científicas conjuntas e tecnologias de saúde emergentes.

A proposta foi enviada ao Conselho e ao Parlamento Europeu.

4.2. Saúde em linha

A rede de saúde em linha é uma rede voluntária constituída por autoridades nacionais responsáveis pela saúde em linha que visa estabelecer aplicações interoperáveis e melhorar a continuidade dos cuidados de saúde e o acesso a estes cuidados⁴⁰.

O trabalho da rede de saúde em linha desempenha um papel importante na superação dos desafios de interoperabilidade jurídica, organizacional, técnica e semântica no contexto do intercâmbio transfronteiriço de dados pessoais em matéria de saúde. A rede lançou os alicerces para a infraestrutura de serviços digitais de saúde em linha (eHDSI), um sistema informático financiado pelo Mecanismo Interligar a Europa⁴¹ e pelos Estados-Membros, e adotou orientações em matéria de dossiês dos doentes (novembro de 2013)⁴² e receitas eletrónicas (novembro de 2014)⁴³.

No âmbito da infraestrutura eHDSI, a primeira vaga de intercâmbios transfronteiriços voluntários de dossiês dos doentes e de receitas eletrónicas deverá começar num pequeno número de países pioneiros até ao final de 2018, prevendo-se que em 2020 a participação seja alargada a cerca de 20 Estados-Membros. Até à data, 16 Estados-Membros receberam 10,6 milhões de euros de financiamento do MIE para efetuarem os necessários preparativos técnicos para este intercâmbio

³⁸ https://ec.europa.eu/health/technology_assessment/eu_cooperation_en

³⁹ Proposta de REGULAMENTO DO PARLAMENTO EUROPEU E DO CONSELHO relativo à avaliação das tecnologias de saúde e que altera a Diretiva 2011/24/UE [COM(2018)51 final de 31.1.2018].

https://ec.europa.eu/health/technology_assessment/eu_cooperation_en

⁴⁰ Decisão de Execução 2011/890/UE da Comissão, de 22 de dezembro de 2011, que estabelece as normas para a criação, a gestão e o funcionamento da rede de autoridades nacionais responsáveis pela saúde em linha.

⁴¹ Regulamento (UE) n.º 1316/2013 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de dezembro de 2013, que institui o Mecanismo Interligar a Europa, que altera o Regulamento (UE) n.º 913/2010 e revoga os Regulamentos (CE) n.º 680/2007 e (CE) n.º 67/2010 (JO L 348 de 20.12.2013, p. 129).

⁴² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20161121_co10_en.pdf

⁴³ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/eprescription_guidelines_en.pdf

transfronteiriço. Em 2018 foi publicado um convite adicional, que permitiu a mais Estados-Membros participar no eHDSI.

Em 25 de abril de 2018, a Comissão adotou uma comunicação que visa, entre outros aspetos, assegurar uma governação adequada do eHDSI e da sua base financeira e melhorar a interoperabilidade dos dados dos doentes e do acesso por parte dos cidadãos⁴⁴. Pretende-se, nomeadamente, rever a gestão e o funcionamento da rede de saúde em linha de modo a clarificar o seu papel na governação da infraestrutura de serviços digitais de saúde em linha e os seus requisitos operacionais.

4.3. Redes Europeias de Referência

As Redes Europeias de Referência (RER) são redes transfronteiriças virtuais e voluntárias que reúnem prestadores de cuidados de saúde de toda a Europa. Têm por objetivo ajudar a diagnosticar e tratar os doentes que sofrem de doenças raras, complexas e de baixa prevalência que exigem cuidados de saúde altamente especializados e uma concentração de conhecimentos e recursos.

Desde o último relatório, o Conselho de Estados-Membros das RER aprovou 24 redes temáticas, que foram lançadas em março de 2017 em Viena, na terceira Conferência das RER. As redes reúnem mais de 900 unidades de cuidados de saúde altamente especializados situadas em cerca de 300 hospitais de 25 Estados-Membros (e da Noruega). Um princípio fundamental das RER é fazer viajar os conhecimentos e não os doentes. Os doentes não podem aceder diretamente às RER; cabe aos prestadores de cuidados de saúde encaminhá-los para a rede relevante, com o seu consentimento e em conformidade com as regras dos sistemas nacionais de saúde.

O funcionamento clínico das redes teve início em novembro de 2017, quando a plataforma informática específica - o sistema de gestão clínica dos doentes - ficou operacional, permitindo reunir os primeiros painéis virtuais sobre casos clínicos. Os painéis virtuais são convocados para examinar o diagnóstico e o tratamento de um doente e contam com a participação de médicos especialistas de diferentes centros de especialização de toda a UE. Até junho de 2018 tinham sido criados 165 painéis; o seu número aumenta diariamente e os primeiros doentes puderam já retirar benefícios diretos desta colaboração.

4.4. Reconhecimento das receitas médicas

A Comissão adotou⁴⁵ a Diretiva de Execução 2012/52/UE⁴⁶ para tornar efetivo o princípio do reconhecimento mútuo das receitas médicas. Foram iniciados 21 processos por infração devido à não comunicação das medidas nacionais de transposição. Todos os processos foram posteriormente encerrados em razão da subsequente transposição pelos Estados-Membros.

⁴⁴ Comunicação sobre a viabilização da transformação digital dos serviços de saúde e de prestação de cuidados no Mercado Único Digital, a capacitação dos cidadãos e a construção de uma sociedade mais saudável [COM (2018) 233 final de 25.4.2018].

⁴⁵ Com base no artigo 11.º, n.º 2, alíneas a), c) e d), da diretiva.

⁴⁶ Diretiva de Execução 2012/52/UE da Comissão, de 20 de dezembro de 2012, que estabelece medidas para facilitar o reconhecimento de receitas médicas emitidas noutro Estado-Membro (JO L 356 de 22.12.2012, p. 68).

4.5. Levantamento da cooperação transfronteiriça e regional e reforço dessa cooperação

A Comissão deve incentivar os Estados-Membros a colaborar na prestação de cuidados de saúde transfronteiriços nas regiões fronteiriças⁴⁷. Esta cooperação deve ser encarada como uma oportunidade de melhorar o acesso dos doentes aos cuidados de saúde, tirar partido de economias de escala e utilizar os recursos de forma eficiente. Na sua [Comunicação «Impulsionar o crescimento e a coesão nas regiões fronteiriças da UE»](#)⁴⁸, a Comissão põe em destaque formas de a Europa reduzir a complexidade, a morosidade e os custos da interação transfronteiriça e de promover a partilha de serviços ao longo das fronteiras internas. A comunicação propõe uma série de ações para melhorar a situação concorrencial das regiões fronteiriças, mostrando exemplos de práticas bem sucedidas. No final de 2018, a Comissão pretende organizar um evento estratégico centrado nos cuidados de saúde com as partes interessadas das regiões fronteiriças, a fim de explorar as possibilidades de desenvolvimento do intercâmbio de informações e das boas práticas a nível da União.

No Conselho de Ministros informal de 2015, os Estados-Membros instaram a Comissão a realizar um estudo que efetuasse um levantamento da cooperação transfronteiriça. O [estudo subsequente](#)⁴⁹ apresenta um panorama dos projetos financiados pela UE implementados no período de 2007 a 2017 e mostra que os fatores geográficos e socioculturais continuam a ser decisivos no estabelecimento e manutenção de iniciativas de cooperação transfronteiriça pelos decisores políticos. Entre mais de 400 iniciativas analisadas no levantamento, a grande maioria realizou-se entre países com tradições semelhantes de Estado-Providência e envolviam a partilha e gestão de conhecimentos, bem como o diagnóstico e tratamento partilhados dos doentes. Existem vários cenários para o desenvolvimento da cooperação, sendo um dos mais realistas o que prevê redes regionais orientadas para a abordagem das necessidades locais e regionais, tal como já indicado em estudos anteriores⁵⁰. O anexo A apresenta uma lista pormenorizada de outros estudos de apoio a uma boa execução.

5. Poderes delegados

De acordo com o artigo 17.º da diretiva, foi conferido à Comissão o poder de adotar os atos delegados previstos na diretiva por um período de 5 anos a contar da sua entrada em vigor. O mesmo artigo estabelece que a Comissão deve elaborar um relatório sobre os poderes delegados.

No âmbito do reconhecimento mútuo das receitas médicas entre os Estados-Membros, o artigo 11.º, n.º 5, confere à Comissão o poder de adotar, por meio de atos delegados, medidas destinadas a excluir certas categorias de medicamentos ou dispositivos médicos do princípio de reconhecimento das receitas médicas, caso tal seja necessário para proteger a saúde pública. Os Estados-Membros acordaram em que não era necessária qualquer exclusão, pelo que a Comissão

⁴⁷ Artigo 10.º, n.º 3, da diretiva.

⁴⁸ COM(2017) 534 final.

⁴⁹ «[Study on Cross-Border Cooperation: Capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions](#)»

(Estudo sobre a cooperação além-fronteiras: tirar partido das iniciativas de cooperação existentes em regiões fronteiriças), Gesundheit Österreich Forschungs und Planungs GmbH, SOGETI, Universidade de Maastricht, 2017

⁵⁰ Ver os estudos do secretariado-geral da União do Benelux, p. ex., «[Barreiras e Oportunidades no Benelux](#)», fevereiro de 2018.

não utilizou os poderes delegados⁵¹. Se essa necessidade surgir no futuro, terá de ser tratada rapidamente através de um ato delegado.

A Comissão está também habilitada, nos termos da diretiva⁵², a adotar, por meio de atos delegados, uma lista dos critérios e condições específicos que as redes europeias de referência devem satisfazer, bem como as condições e critérios exigidos aos prestadores de cuidados de saúde que desejem integrar essas redes. A Comissão colaborou estreitamente com os Estados-Membros no que diz respeito ao conteúdo do ato delegado antes de o adotar em 10 de março de 2014; o ato entrou em vigor em 27 de maio de 2014⁵³.

A Comissão considera ter exercido os seus poderes delegados no âmbito das competências que lhe são conferidas pela diretiva. Uma vez que nem o Parlamento Europeu nem o Conselho revogaram a delegação de poderes conferida pelos artigos 11.º, n.º 5, e 12.º, n.º 5, esta foi renovada automaticamente, em conformidade com o artigo 17.º, n.º 1, da diretiva, por um novo período de 5 anos.

6. Conclusões

A mobilidade transfronteiriça dos doentes no seio da UE revela uma ligeira tendência de crescimento ao longo dos últimos três anos. Tal pode dever-se, em parte, à melhoria gradual da informação prestada aos cidadãos sobre a diretiva e à maior sensibilização sobre os direitos dos doentes que daí pode decorrer. Pode também dever-se, em parte, à colaboração entre a Comissão e os Estados-Membros no que se refere à aplicação correta da diretiva e à sua interação com os regulamentos relativos à coordenação da segurança social, nomeadamente através do trabalho realizado com os Pontos de Contacto Nacionais e das investigações da Comissão realizadas por sua iniciativa (ver ponto 1).

Ao mesmo tempo, pode concluir-se que a diretiva contribuiu para melhorar a segurança e clareza jurídicas sobre os direitos dos doentes, em benefício quer dos doentes transfronteiriços quer dos doentes nacionais. A interpretação da diretiva não foi submetida a exame pelo Tribunal de Justiça da União Europeia. A verificação da conformidade e os diálogos com os Estados-Membros prosseguirão durante o próximo período de referência e será feita uma maior utilização dos dados sobre a mobilidade.

No que diz respeito à estrutura de cooperação voluntária (saúde em linha, ATS, RER), a diretiva proporciona a base para que a Comissão e os Estados-Membros reforcem a cooperação transfronteiriça e para dar resposta a desafios tecnológicos e sociais mais amplos. Estão já em curso alguns desenvolvimentos relativos a estas novas perspetivas. Em primeiro lugar, a Comissão apresentou uma [proposta legislativa sobre a avaliação das tecnologias da saúde](#) (ver ponto 4.1). Em segundo lugar, na sua comunicação sobre a transformação digital da saúde e dos cuidados de saúde, a Comissão apresentou novas medidas no domínio da saúde em linha (ver ponto 4.2). Por

⁵¹ Para mais informações, ver o relatório da Comissão sobre a aplicação da diretiva publicado em 4 de setembro de 2015 (COM (2015) 421 final).

⁵² Artigo 12.º, n.º 5, em conjugação com o artigo 12.º, n.º 4, alínea a).

⁵³ Decisão Delegada 2014/286/UE da Comissão, de 10 de março de 2014, que estabelece os critérios e condições a cumprir pelas redes europeias de referência e pelos prestadores de cuidados de saúde que desejem integrar uma rede europeia de referência (JO L 147 de 17.5.2014, p. 71).

último, mas igualmente importante, o [lançamento das redes europeias de referência](#) marcou claramente uma mudança profunda na prestação de cuidados de saúde transfronteiriços acessíveis e de qualidade para os cidadãos da UE (ver ponto 4.3). Estas redes virtuais que reúnem prestadores de cuidados de saúde de toda a Europa para fazer face a patologias complexas ou raras, fazendo viajar os conhecimentos médicos e não os doentes, são, sem dúvida, um exemplo de boas práticas.

Atualmente, após cinco anos de aplicação da diretiva, pode concluir-se que os fluxos de doentes transfronteiriços mostram um padrão estável, sendo motivados principalmente pela proximidade geográfica ou cultural. De um modo geral, a mobilidade dos doentes e a dimensão financeira desta mobilidade na UE continuam a ser relativamente reduzidas e a diretiva relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços não teve um impacto orçamental significativo ao nível da sustentabilidade dos sistemas de saúde.