COMISSÃO DAS COMUNIDADES EUROPEIAS

Bruxelas, 26.09.2006
SEC (2006) 1195/4

COMUNICAÇÃO DA COMISSÃO

Consulta sobre a acção comunitária em matéria de serviços de saúde

1. INTRODUÇÃO

A existência de serviços de saúde de elevada qualidade é uma prioridade para os cidadãos europeus[1]. O direito aos cuidados de saúde é também reconhecido na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia[2]. O Tribunal de Justiça Europeu deixou claro que as disposições do Tratado em matéria de livre circulação são aplicáveis aos serviços de saúde, independentemente da forma como estes estão organizados e são financiados a nível nacional. No entanto, muitos dos intervenientes do sector da saúde pediram que as implicações gerais da legislação comunitária no que respeita aos serviços de saúde fossem clarificadas. A proposta de directiva relativa aos serviços no mercado interno[3], apresentada pela Comissão no início de 2004, incluía disposições que codificavam os acórdãos do Tribunal de Justiça relativos à aplicação dos princípios da livre circulação aos serviços de saúde. Esta abordagem não foi considerada adequada pelo Parlamento e pelo Conselho, que convidaram a Comissão a elaborar propostas específicas neste domínio.

Por conseguinte, na sua estratégia política anual para 2007, a Comissão propôs-se criar um quadro comunitário para serviços de saúde seguros, eficazes e de elevada qualidade, através do reforço da cooperação entre os Estados-Membros e proporcionando garantias no que respeita à aplicação do direito comunitário aos serviços de saúde e aos cuidados de saúde[4]. Esta iniciativa reflecte o empenhamento da Comissão - no contexto da Agenda para os Cidadãos - em estabelecer meios mais eficazes para garantir aos cidadãos os seus direitos de acesso aos cuidados de saúde em toda a Europa[5]. Reflecte igualmente os objectivos do Livro Branco sobre os serviços de interesse geral[6], designadamente o desenvolvimento de uma abordagem sistemática a fim de identificar e reconhecer as especificidades dos serviços sociais e de saúde de interesse geral e clarificar o quadro no qual funcionam, complementando assim a recente Comunicação sobre os serviços sociais de interesse geral[7].

Por outro lado, no seu relatório de 2005 sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Europeia, o Parlamento exortou a Comissão a tomar medidas relativamente a um vasto conjunto de questões respeitantes à mobilidade dos doentes e ao aprofundamento da cooperação entre sistemas de saúde. No Conselho «Saúde» de 1 de Junho de 2006, os ministros adoptaram uma «Declaração sobre os valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia»[8], na qual sublinham a importância de «*proteger os valores e princípios que subjazem aos sistemas de saúde da UE*» e afirmam que:

> *«...seria especialmente útil qualquer iniciativa no domínio dos serviços de saúde que assegure aos cidadãos europeus informações claras sobre os seus direitos quando se*

---

1 Ver Eurobarómetro 63, em http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb63/eb63_en.htm.
2 Ver artigo 35.º, relativo à protecção da saúde.
3 COM(2004) 2 de 13 de Janeiro de 2004.
4 COM(2006) 122 de 14 de Março de 2006.
5 Ver COM(2006) 211 de 10 de Maio de 2006, em especial a página 5.
6 COM(2004) 374 de 12 de Maio de 2004.
7 COM(2006) 177 de 26 de Abril de 2006 «Realizar o Programa Comunitário de Lisboa: Os serviços sociais de interesse geral na União Europeia».
8 Conclusões do Conselho sobre valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia, 2733.ª sessão do Conselho «Emprego, Política Social, Saúde e Consumidores», Luxemburgo, 1-2 de Junho de 2006.

deslocam entre Estados-Membros da UE, bem como a consagração desses valores e princípios num quadro jurídico a fim de salvaguardar a segurança jurídica».

Levar a cabo uma acção comunitária no domínio dos serviços de saúde não significa harmonizar os sistemas nacionais de saúde ou de segurança social. Em conformidade com o princípio da subsidiariedade, os Estados-Membros continuam a ser competentes no que respeita às prestações concedidas pelos diferentes sistemas e à sua organização. Uma acção comunitária também não significa um recuo em relação ao que já existe. Qualquer medida tomada a nível comunitário deve respeitar os princípios já estabelecidos pelo Tribunal neste domínio, bem como as outras disposições comunitárias em vigor e os princípios de base que subjazem aos sistemas de saúde europeus, incluindo os de equidade, solidariedade e universalidade.

A Comissão considera que a acção da Comunidade deveria orientar-se em torno de dois eixos:

– A **segurança jurídica**, cuja ausência é actualmente sentida pelos cidadãos e os agentes do sector da saúde a nível nacional e local. Importa abordar a questão da aplicação mais ampla da jurisprudência do Tribunal de Justiça no que respeita às disposições do Tratado sobre a livre circulação de doentes, profissionais de saúde e serviços de saúde. Neste contexto, assumem particular relevo os cuidados transfronteiriços, mas estes têm repercussões nos serviços de saúde em geral, independentemente de serem, ou não, prestados além-fronteiras.

– O **apoio aos Estados-Membros** em domínios nos quais uma acção a nível europeu pode conferir valor acrescentado às iniciativas nacionais no domínio dos serviços de saúde. Tal acção deveria proporcionar aos responsáveis pelos sistemas de saúde (incluindo as instituições de segurança social) um quadro de legislação comunitária claro dentro do qual possam actuar e que lhes permita tirar partido da cooperação entre sistemas de saúde, sempre que tal possa contribuir para a prestação de serviços de saúde seguros, eficazes e de elevada qualidade.

Pretende-se com a presente comunicação proceder a uma consulta sobre as questões a abordar através de uma acção comunitária em matéria de serviços de saúde e os instrumentos mais adequados a utilizar para os diferentes temas. As respostas à presente consulta, centradas nas nove perguntas específicas indicadas, devem ser enviadas até 31 de Janeiro de 2007.

2. NECESSIDADE DE UMA ACÇÃO COMUNITÁRIA EM MATÉRIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

2.1. Segurança jurídica: um elemento necessário

O debate sobre a aplicação das regras do mercado interno ao acesso aos cuidados de saúde prestados noutro Estado-Membro foi iniciado apenas em 1998, no seguimento de acórdãos proferidos pelo Tribunal de Justiça Europeu nesta matéria. Até então, considerava-se que o único mecanismo comunitário que permitia aos doentes receberem tratamento no estrangeiro (salvo os doentes que pagavam esse tratamento do seu próprio bolso) consistia nos regulamentos relativos à coordenação dos regimes de segurança social, mais especificamente os Regulamentos (CE) n.º 1408/71 e n.º 574/72[9]. De acordo com estes regulamentos, as

[9] JO L 149 de 5.7.1971, p.2, e JO L 74 de 27.3.1972, p. 1, com a redacção dada pelas posteriores alterações.

pessoas que necessitem de tratamento médico durante uma estada no território de outro Estado-Membro podem beneficiar das mesmas prestações que os doentes segurados no lugar de estada, utilizando o cartão europeu de seguro de doença. É igualmente garantida a tomada a cargo dos custos de tratamentos previstos noutros Estados-Membros, sujeita a autorização prévia, e o apuramento das contas entre os Estados-Membros de destino e de origem. Este quadro mantém-se em vigor.

No entanto, em 1998 o Tribunal estabeleceu novos princípios através dos acórdãos proferidos em dois processos[10] relativos à aplicação directa das disposições do Tratado em matéria de livre circulação ao reembolso de serviços médicos prestados a doentes no estrangeiro (situação também designada por «mobilidade dos doentes» - ver secção 2.2). Nos seus acórdãos, o Tribunal deixou claro que, quando os serviços de saúde são prestados contra remuneração, devem ser considerados como serviços na acepção do Tratado, pelo que são aplicáveis as disposições pertinentes de livre circulação dos serviços. O Tribunal decidiu também que, por essa razão, as medidas que subordinam o reembolso de despesas efectuadas noutro Estado-Membro a autorização prévia constituem entraves à livre prestação de serviços, embora tais entraves possam ser justificados por razões imperiosas de interesse geral.

Com base nestas conclusões e em acórdãos subsequentes[11], resultam da jurisprudência do Tribunal os seguintes princípios:

– Quaisquer cuidados não hospitalares a que uma pessoa tenha direito no seu próprio Estado-Membro podem também ser obtidos em qualquer outro Estado-Membro sem autorização prévia, sendo reembolsados ao nível de reembolso previsto pelo sistema de saúde da pessoa.

– Quaisquer cuidados hospitalares a que uma pessoa tenha direito no seu próprio Estado-Membro podem também ser obtidos em qualquer outro Estado-Membro após autorização concedida pelo sistema de saúde da pessoa. Esta autorização deve ser concedida caso o sistema de saúde não possa prestar os cuidados necessários num prazo medicamente aceitável tendo em conta o estado de saúde da pessoa. Os cuidados prestados serão reembolsados, pelo menos, ao nível de reembolso previsto pelo sistema de saúde do doente.

O acórdão *Watts*, de 16 de Maio de 2006[12], clarificou dois aspectos. Em primeiro lugar, alguns Estados-Membros com sistemas baseados na prestação e financiamento público integrados dos serviços de saúde argumentavam que as disposições do Tratado sobre livre prestação de serviços não lhes eram aplicáveis; o acórdão *Watts* confirmou que são. Em segundo lugar, alguns Estados-Membros argumentavam que a exigência prevista no n.º 5 do artigo 152.º do Tratado, ou seja, que «*A acção da Comunidade no domínio da saúde pública respeitará plenamente as competências dos Estados-Membros em matéria de organização e prestação de serviços de saúde e de cuidados médicos*», impede que a legislação comunitária estabeleça obrigações vinculativas no que respeita aos sistemas de saúde. No seu acórdão, o Tribunal declarou que esta disposição não exclui a possibilidade de os Estados-Membros serem obrigados a introduzir adaptações nos sistemas nacionais de segurança social por força

---

10 Processo C-158/96 *Kohll* [1998], Col. I-1931, e processo C-120/95 *Decker* [1998], Col. I-1831.

11 Por exemplo, os processos: C-368/98 *Vanbraekel* [2001], Col. I-5363, C-157/99 *Smits* e *Peerbooms* [2001], Col. I-5473, C-56/01 *Inizan* [2003], Col. I-12403, C-8/02 *Leichtle* [2004], Col. I-2641, C-385/99 *Müller-Fauré* e *Van Riet* [2003], Col. I-4503.

12 Processo C-372/04 *Watts*, acórdão de 16 de Maio de 2006, ainda não publicado.

de outras disposições do Tratado, como o artigo 49.º TCE, ou em aplicação de medidas comunitárias adoptadas com base noutras disposições do Tratado, como o artigo 22.º do Regulamento (CE) n.º 1408/71.

Os acórdãos do Tribunal nestes processos são claros em si mesmos e não pode ser exigida qualquer condição prévia para o exercício dos direitos dos doentes reconhecidos pelo Tribunal. Todavia, é necessária uma maior clarificação no sentido de assegurar a aplicação mais geral e eficaz do direito de livre prestação e obtenção de serviços de saúde, a fim de responder a questões como:

– Existem ou não valores e princípios comuns aos serviços de saúde com que os cidadãos possam contar em todo o território da UE e que questões práticas devem ser clarificadas em benefício dos cidadãos que pretendem obter cuidados de saúde noutros Estados-Membros?

– De que flexibilidade dispõem os Estados-Membros para regulamentar e planificar os seus próprios sistemas sem criarem entraves injustificados à livre circulação?

– Como conciliar uma maior escolha no exercício dos direitos individuais com a sustentabilidade financeira dos sistemas de saúde na sua globalidade?

– Como assegurar um mecanismo de compensação financeira adequada dos cuidados de saúde transfronteiriços prestados pelos sistemas de saúde «de destino»?

– Como podem os doentes ou os profissionais identificar, comparar ou escolher os prestadores de cuidados noutros países?

– Qual a relação entre os serviços de saúde e os serviços conexos (serviços sociais e cuidados continuados, por exemplo)?

São estas as questões em que se centra a presente comunicação.

2.2. Os diferentes tipos de cuidados de saúde transfronteiriços

A mobilidade dos doentes é apenas um dos quatro tipos possíveis de cuidados de saúde transfronteiriços, que são todos cobertos pela presente consulta. São eles:

– A prestação de serviços transfronteiras (fornecimento de um serviço a partir do território de um Estado-Membro para o território de outro Estado-Membro): serviços de telemedicina, diagnóstico e receita médica à distância, serviços de laboratório, etc.

– A utilização de serviços no estrangeiro (um doente desloca-se a outro Estado-Membro para aí ser tratado por um prestador de cuidados de saúde); é esta a modalidade designada por «mobilidade dos doentes». Como anteriormente indicado, o cartão europeu de seguro de doença destina-se a cobrir os cuidados que se tornam necessários quando de uma estada temporária noutro Estado-Membro por outros motivos.

– A presença permanente de um prestador de serviços (ou seja, o estabelecimento de um prestador de cuidados de saúde noutro Estado-Membro), por exemplo clínicas locais de um prestador de cuidados de maior dimensão.

– A presença temporária de pessoas (ou seja, a mobilidade dos profissionais de saúde, por exemplo quando se deslocam temporariamente ao Estado-Membro do doente para prestarem serviços).

2.3. Relevância da acção comunitária para os objectivos globais dos sistemas de saúde

Uma acção europeia no domínio dos serviços de saúde ajudará também necessariamente os serviços de saúde a fazer face aos desafios mais vastos que surgem neste sector, para além do caso específico dos cuidados de saúde transfronteiriços propriamente ditos. Nos últimos anos, o peso dos custos dos sistemas de saúde para os fundos públicos registou um aumento significativamente mais rápido do que a inflação e, segundo as projecções, irá ter um aumento equivalente a 1 a 2% do PIB na maior parte dos Estados-Membros até 2050, como resultado directo do envelhecimento da população[13]. No entanto, essas projecções dos custos futuros são muito sensíveis às alterações dos custos de determinados pacotes de cuidados. A chave para a sustentabilidade dos sistemas de cuidados de saúde consiste, pois, em controlar os custos e melhorar a eficiência, adoptando paralelamente medidas de prevenção e de promoção da saúde a fim de aumentar ao máximo o número de anos vividos em boa saúde (medidos pelo indicador Anos de Vida Saudável). Assim, para garantir a sustentabilidade futura dos sistemas de saúde e de segurança social será necessário empreender esforços de melhoria da eficiência, respeitando ao mesmo tempo os objectivos europeus comuns de acesso universal a cuidados de saúde de elevada qualidade, financeiramente viáveis e assentes nos princípios de equidade, igualdade e solidariedade.

A utilidade prática da cooperação europeia foi demonstrada pela crescente cooperação transnacional no domínio dos serviços de saúde através da maior parte das fronteiras internas da União. Para os cidadãos que residem em regiões fronteiriças, o hospital mais próximo pode ser o de um Estado-Membro vizinho. Nos Estados-Membros mais pequenos, é possível que nem sempre seja eficaz, ou seguro, proporcionar diagnósticos ou cuidados especializados se o volume de doentes for insuficiente para manter as competências especializadas dos profissionais de saúde ou para justificar o investimento no equipamento necessário. Os ensinamentos obtidos com a cooperação já existente devem ser tomados em conta na futura acção comunitária.

A cooperação abarca não só a mobilidade de doentes entre os países, mas também a mobilidade dos profissionais de saúde, abrangendo igualmente estruturas mais complexas, como a ligação em rede dos centros de referência ou a transferência de conhecimentos especializados. As tecnologias da informação e comunicação (eSaúde) podem facilitar a mobilidade e a continuidade dos cuidados, permitindo mesmo a prestação de cuidados transfronteiriços sem que o doente ou o profissional de saúde saiam do seu próprio país. Porém, no domínio dos cuidados transfronteiriços surgem com frequência problemas decorrentes da incompatibilidade das normas em vigor nos países em questão e da falta de um quadro legal transparente e de uma estrutura europeia de cooperação[14]. Além disso, embora a

---

[13] *The impact of ageing on public expenditure*: *projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050), European Economy Special Report 1/2006*, elaborado pela DG ECFIN.

[14] Ver «*Patient Mobility in the European Union – learning from experience*», editado por Magdalene Rosenmöller, Martin Mckee e Rita Baeten, publicado pela OMS em 2006 por conta do projecto *Europe 4 Patients* e do Observatório Europeu dos Sistemas e Políticas de Saúde (ISBN 92 890 2287 6) e apoiado pelo sexto programa-quadro comunitário de investigação e desenvolvimento tecnológico.

Directiva 95/46/CE relativa à protecção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados[15] inclua disposições específicas em matéria de dados de saúde, é possível que tais disposições não sejam suficientemente conhecidas no sector da saúde.

No âmbito do «método aberto de coordenação» para os cuidados de saúde e os cuidados continuados promove-se actualmente o intercâmbio de informação, a avaliação interpares e a comparação, e o Grupo de Alto Nível sobre Serviços de Saúde e Cuidados Médicos[16] está a desenvolver a cooperação prática sobre questões como a avaliação das tecnologias da saúde. A política europeia da concorrência ajuda também a criar condições equitativas para os agentes económicos que fornecem e financiam os cuidados de saúde, além de contribuir para a criação e a melhoria de serviços eficientes. Os programas-quadro de investigação comunitários contribuem para melhorar a eficiência de todos os sistemas de saúde europeus. O plano de acção para um espaço europeu da saúde em linha[17] está a apoiar a criação de infra-estruturas, sistemas e serviços de eSaúde seguros e os fundos estruturais apoiam o investimento em infra-estruturas de saúde a um nível mais geral. No entanto, há ainda muito a fazer para concretizar as potencialidades de cooperação europeia.

2.4. Natureza e impacto dos cuidados de saúde transfronteiriços

Será necessária uma análise atenta das repercussões dos cuidados transfronteiriços - em termos económicos, sociais e de saúde - para os cidadãos e para os sistemas de saúde e de segurança social em geral. Importa, neste contexto, analisar também o impacto para os países «destinatários» (inclusive quanto à compensação adequada pelos cuidados de saúde transfronteiriços), em especial no que respeita aos Estados-Membros mais pequenos, e examinar os potenciais benefícios e economias de escala que resultam da cooperação europeia.

De um modo geral, os doentes preferem, sempre que possível, ser tratados na proximidade do seu domicílio e o volume actual da mobilidade de doentes é relativamente baixo, sendo estimado em 1% da despesa pública total com os cuidados de saúde. Este valor é, no entanto, muito aproximativo, uma vez que a maior parte dos sistemas de saúde na Europa não fornecem os dados necessários para se obter uma imagem exacta da situação. É evidente que muito mais doentes estão, em princípio, interessados nos cuidados de saúde transfronteiriços[18]. Porém, a falta de informação sobre as possibilidades de cuidados de saúde noutros Estados-Membros e a inexistência de um quadro transparente actuam como factores de dissuasão da procura de cuidados no estrangeiro, mesmo quando esta seria a solução adequada.

---

15 JO L 281 de 23.11.1995.

16 Este Grupo de Alto Nível é constituído por altos representantes dos Estados-Membros (com a contribuição de outras partes interessadas relativamente a temas concretos), tendo sido criado com vista a dar seguimento às recomendações enunciadas no âmbito do processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Europeia, tal como se indica na comunicação COM(2004) 301 de 20 de Abril de 2004.

17 COM(2004)356 «Saúde em linha - melhorar os cuidados de saúde para os cidadãos europeus: Plano de acção para um espaço europeu da saúde em linha».

18 Ver mais resultados do projecto «A Europa dos doentes» em www.europe4patients.org.

Pergunta 1: Qual é o actual impacto (local, regional e nacional) dos cuidados de saúde transfronteiriços em termos de acessibilidade, qualidade e sustentabilidade financeira dos sistemas de cuidados de saúde? Como poderia esta situação evoluir?

3. DOMÍNIOS DE UMA EVENTUAL ACÇÃO COMUNITÁRIA

3.1. Segurança jurídica

Uma maior clareza é fundamental para facilitar a aplicação geral das disposições do Tratado em matéria de livre circulação aos serviços de saúde, no seguimento da evolução jurídica atrás descrita, em benefício não só dos cidadãos, mas também dos sistemas de saúde na sua globalidade. Os quatro pontos seguintes apresentam possíveis grupos de temas a abordar e as questões para consulta relativas a cada um deles.

3.1.1. Exigências mínimas de informação e clarificação para possibilitar a prestação de cuidados transfronteiriços

Pode incluir-se neste âmbito a clarificação dos procedimentos e condições a cumprir para se obterem cuidados de saúde transfronteiriços. A título de exemplo, poder-se-ia clarificar a condição mencionada pelo Tribunal de que a autorização dos cuidados médicos no estrangeiro deve ser concedida se esses cuidados não puderem ser dispensados «sem atraso injustificável» (embora esta clarificação se deva centrar mais nos procedimentos de apreciação do que na fixação de um período específico). Poderiam igualmente incluir-se neste âmbito os possíveis mecanismos a utilizar pelos doentes para contestar as decisões relativas a cuidados transfronteiriços (por exemplo a obrigação de estabelecer e notificar procedimentos e calendários de recurso equitativos).

Além disso, ter direito a cuidados de saúde noutros países não é suficiente se os doentes e os profissionais não dispuserem de informações adequadas que lhes permitam fazer escolhas informadas quanto aos tratamentos e prestadores de serviços existentes nos outros Estados-Membros. Seria igualmente necessário assegurar a transferência de dados de saúde entre os vários sistemas de saúde, com base nos trabalhos já em curso no que respeita ao estabelecimento de normas de interoperabilidade para os registos médicos electrónicos ou à criação de um cartão europeu de saúde que permita ter acesso aos principais dados de saúde dos cidadãos.

Pergunta 2: Que clarificações jurídicas específicas e que informações práticas devem ser dadas, e a quem (por exemplo: autoridades, adquirentes, prestadores, doentes), para tornar possível a prestação de cuidados de saúde transfronteiriços seguros, eficientes e de elevada qualidade?

3.1.2. Identificar as autoridades competentes e as suas competências

Uma preocupação fundamental manifestada no que respeita à aplicação das regras do mercado interno é a de saber que autoridade nacional é responsável pela supervisão dos serviços de saúde para cada uma das formas de prestação de serviços de saúde descritas na secção 2.2. Por exemplo, qual é a autoridade responsável pela garantia da qualidade e segurança dos serviços de saúde prestados às pessoas provenientes de

outros Estados-Membros e qual deverá ser o sistema de reclamação e indemnização aplicável a cada tipo de serviços de saúde transfronteiriços?

Importa igualmente abordar questões específicas, como a da continuidade dos cuidados quando um doente é transferido para outro Estado-Membro para se submeter a uma intervenção médica específica e em seguida reenviado para o seu próprio Estado-Membro após a intervenção, ou quando os cuidados são prestados por profissionais de saúde que se deslocam temporariamente para outro país.

Pergunta 3: Que questões (p. ex. supervisão clínica, responsabilidade financeira) devem ser da competência das autoridades de que país? Essas questões são diferentes para cada uma das formas de cuidados de saúde transfronteiriços descritas na secção 2.2?

3.1.3. Responsabilidade por danos causados pelos cuidados de saúde e indemnização no âmbito da prestação de cuidados transfronteiriços

Embora os cuidados de saúde se destinem, como é evidente, a beneficiar os doentes, por vezes estes sofrem danos decorrentes de erros ou omissões. Uma questão acessória, mas importante, é, por conseguinte, a de se saber quem é responsável pela segurança dos doentes no âmbito dos cuidados de saúde transfronteiriços, de que forma os doentes serão indemnizados se forem lesados e, em caso de erro, quais serão as regras de responsabilidade aplicáveis e de que forma será feito o acompanhamento desses casos.

Para tal poderá ser necessário integrar nos sistemas de saúde procedimentos eficazes de notificação e de aproveitamento dos ensinamentos obtidos. Em caso de dano, deveria existir um mecanismo claro de indemnização e acompanhamento, a fim de evitar a repetição dos erros.

Pergunta 4: Quem deve ser responsável pela garantia da segurança no caso dos cuidados de saúde transfronteiriços Como garantir vias de recurso aos doentes lesados?

3.1.4. Garantir um sistema de cuidados equilibrado, acessível a todos

Embora apresente um volume global relativamente baixo, a mobilidade dos doentes pode atingir níveis mais elevados em certas circunstâncias[19], a saber:

– em regiões fronteiriças ou destinos turísticos populares, onde por vezes mais de metade dos doentes vêm do estrangeiro;

– no caso de cuidados extra-hospitalares, como os cuidados dentários; a título de exemplo, em certos Estados-Membros que aderiram recentemente à União Europeia, os doentes oriundos do estrangeiro podem atingir um terço do total de doentes de algumas clínicas dentárias.

[19] Ver «*Patient Mobility in the European Union – learning from experience*», atrás citado.

É necessária maior clareza relativamente às possibilidades dadas ao Estado-Membro de tratamento (o «país destinatário») no sentido de garantir que o tratamento de doentes de outros Estados-Membros não prejudicará a oferta de um serviço de saúde equilibrado e aberto a todos, nem a sustentabilidade global do seu sistema de saúde (por exemplo em termos de organização e prestação dos serviços).

Pergunta 5: Que medidas são necessárias para garantir que o tratamento de doentes de outros Estados-Membros seja compatível com a prestação de serviços médicos e hospitalares equilibrados e acessíveis a todos (por exemplo mediante compensação financeira pelo tratamento destes doentes nos países «destinatários»)?

3.1.5. Outras questões

É igualmente necessária clareza no que respeita às questões éticas e à liberdade de decisão dos Estados-Membros quanto às prestações que consideram dever fornecer, por exemplo (como no caso do tratamento da infertilidade).

A livre circulação dos profissionais de saúde é já amplamente tratada na legislação comunitária[20], mas poderá ser necessário abordar novas questões no contexto específico dos serviços de saúde, quer no que respeita à deslocação temporária de profissionais de saúde, quer no que se refere ao estabelecimento de prestadores de cuidados de saúde noutros Estados-Membros.

Pergunta 6: Será necessário abordar outras questões no contexto específico dos serviços de saúde no que respeita à circulação de profissionais de saúde ou ao estabelecimento de prestadores de cuidados de saúde que não sejam já abrangidas pela legislação comunitária?

Pergunta 7: Existem outras questões relativamente às quais seja igualmente necessário melhorar a segurança jurídica no contexto de cada sistema de saúde ou de protecção social específico? Em particular, que melhorias sugerem os intervenientes directamente envolvidos no acolhimento de doentes de outros Estados-Membros – prestadores de cuidados e instituições de segurança social, por exemplo – para facilitar os cuidados transfronteiriços?

3.2. Apoio aos Estados-Membros

No âmbito do processo de reflexão sobre a mobilidade dos doentes[21], os ministros da Saúde e as outras partes interessadas identificaram domínios em que as economias de escala de uma acção coordenada entre todos os Estados-Membros podem representar uma mais-valia para os sistemas de saúde nacionais. Conseguiram-se já alguns progressos a este nível através do trabalho do Grupo de Alto Nível sobre Serviços de Saúde e Cuidados Médicos[22]; além disso, o 7.º programa-quadro de investigação comunitário apoiará a investigação conjunta no

---

[20] Ver, em especial, a Directiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais, JO L 255 de 30.9.2005, pp. 22-143.

[21] Para mais informações e para consulta do relatório do processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Europeia, ver http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm.

[22] Ver http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/patient_mobility_en.htm.

domínio dos serviços de saúde. É, porém, necessário um quadro mais formal ao nível da UE a fim de assegurar que estas acções sejam executadas com eficácia e de forma sustentada.

3.2.1. Redes europeias de centros de referência

Alguns tipos de serviços de saúde, designadamente no caso das doenças raras, exigem uma especial concentração de recursos ou de conhecimentos especializados. A ligação em rede destes centros de referência à escala europeia contribuiria para a prestação de cuidados de elevada qualidade com uma boa relação custo/eficácia e seria, assim, vantajosa tanto para os doentes como para os sistemas de saúde, além de que ajudaria a maximizar a qualidade dos cuidados prestados.

3.2.2. Concretizar as potencialidades da inovação no domínio da saúde

Um desafio fundamental para os serviços de saúde tem a ver com a gestão da inovação e a garantia de que o tratamento seja dispensado com base nas melhores provas científicas. A colaboração no âmbito da definição de critérios comuns para o estabelecimento desta base científica a nível europeu contribuirá para divulgar boas práticas, evitar a duplicação de recursos e desenvolver técnicas e pacotes comuns de informação essencial que possam ser utilizados pelos Estados-Membros, para os ajudar a tirar o melhor partido das novas tecnologias, terapias e técnicas.

3.2.3. Uma base de conhecimentos partilhada para sustentar a definição de estratégias

Os actuais mecanismos de garantia da eficiência dos serviços de saúde devem ser reforçados. Nos casos em que foi possível comparar os resultados a nível europeu (por exemplo para o cancro)[23], constataram-se amplas variações nas técnicas e nos resultados. Melhorar a disponibilidade e comparabilidade dos dados e indicadores relativos aos cuidados de saúde pode oferecer uma base para a melhoria dos cuidados de saúde para todos na Europa. Poderá ser necessário um mecanismo operacional (como um observatório) para assegurar a supervisão e cooperação a nível europeu.

3.2.4. Avaliação do impacto nos sistemas de saúde

O impacto nos sistemas de saúde é já um tema específico das directrizes da Comissão para a avaliação integrada do impacto. O Grupo de Alto Nível está a desenvolver uma metodologia clara para a avaliação do impacto das propostas comunitárias relativas aos sistemas de saúde. A sua aplicação ajudará a Comissão a garantir que a regulamentação respeite os objectivos dos sistemas de saúde.

Pergunta 8: De que modo deveria uma acção europeia ajudar a apoiar os sistemas de saúde dos Estados-Membros e os diversos intervenientes desses sistemas? Existem outros domínios que não tenham sido mencionados supra?

---

[23] A título de exemplo, embora a taxa de sobrevivência para o cancro da bexiga registe uma melhoria a nível geral, há diferenças consideráveis entre os países, com taxas de sobrevivência a cinco anos a variarem entre 78% na Áustria e 47% na Polónia e na Estónia (EUROCARE 3 - Sobrevivência ao cancro na Europa; ver http://www.eurocare.it/). ver http://www.eurocare.it/). As conclusões da cimeira da UE de Junho de 2006 mencionaram igualmente a necessidade de melhorar o tratamento das doenças raras ao nível da UE.

4. INSTRUMENTOS DE UMA ACÇÃO COMUNITÁRIA

4.1. Instrumentos possíveis

É vasta a gama de instrumentos que podem ser utilizados para uma acção a nível comunitário no domínio dos serviços de saúde. O melhor meio para garantir a segurança jurídica seria um instrumento jurídico vinculativo. Poderia tratar-se de um regulamento ou uma directiva (baseados, por exemplo, no artigo 95.º), embora a forma adequada devesse ser escolhida tomando em conta os resultados da presente consulta. Está também a ser criado um sistema modernizado de coordenação dos regimes de segurança social que substituirá os Regulamentos (CE) n.º 1408/71 e n.º 574/72[24].

Uma interpretação da jurisprudência por parte da Comissão (ou seja, uma comunicação interpretativa) poderia proporcionar maior clarificação. Com efeito, em 2004 a Comissão apresentou já uma comunicação sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Europeia[25], na qual se incluíam princípios gerais sobre a aplicação do direito comunitário neste domínio. No entanto, embora a comunicação tenha sido bem acolhida, ficou claro que não constituía uma resposta suficiente às questões específicas que se colocam.

Existem também outras opções não legislativas, entre as quais se inclui a cooperação prática através do Grupo de Alto Nível sobre Serviços de Saúde e Cuidados Médicos. O método aberto de coordenação está a ser utilizado para o estabelecimento de um quadro comum que permita apoiar os esforços nacionais de reforma e de desenvolvimento dos cuidados de saúde e dos cuidados continuados, a cargo da protecção social[26]. Estas opções podem ser úteis para fazer avançar a agenda prática de cooperação entre os Estados-Membros, embora não ofereçam garantias de segurança jurídica.

Seria possível combinar alguns ou todos os tipos de instrumentos num pacote global de medidas comunitárias. No entanto, para efeitos de garantia da segurança jurídica parece ser necessário abordar pelo menos alguns elementos através de uma acção legislativa. As outras questões poderiam ser tratadas por meio de mecanismos mais ligeiros, como as recomendações, comunicações ou directrizes. É provável que seja igualmente necessário reforçar o apoio à cooperação prática entre sistemas de saúde (melhoria das redes de centros de referência, por exemplo), a fim de garantir que estejam disponíveis estruturas concretas que permitam que a cooperação funcione na prática.

Tendo em conta a constante reforma dos serviços de saúde, seriam também necessários mecanismos de actualização destes instrumentos e regras.

Pergunta 9: Que instrumentos seriam adequados para abordar os diversos temas relacionados com os serviços de saúde a nível da UE? Quais desses temas deveriam ser tratados através de legislação comunitária e quais através de meios não legislativos?

---

24 Ver COM(2006) 16 final de 31 de Janeiro de 2006.

25 COM(2004) 301 de 20 de Abril de 2004 «Acompanhamento do processo de reflexão de alto nível sobre a mobilidade dos doentes e a evolução dos cuidados de saúde na União Europeia».

26 COM(2004) 304 de 20 de Abril de 2004.

5. PRÓXIMAS ETAPAS

As respostas à presente consulta, centradas em torno das nove perguntas específicas enunciadas no texto, deverão ser enviadas à Comissão até 31 de Janeiro de 2007, por correio electrónico para o endereço health-services-consultation@ec.europa.eu, ou por via postal para:

Comissão Europeia

Direcção-Geral da Saúde e da Defesa do Consumidor

Consulta sobre os serviços de saúde

B232 8/102

B-1049 Bruxelas

Bélgica

Todas as contribuições recebidas serão publicadas, salvo no caso de pedido expresso em contrário. Na sequência da presente consulta, a Comissão tenciona apresentar propostas adequadas em 2007.