



COMISSÃO
EUROPEIA

Bruxelas, 3.2.2014
COM(2014) 44 final

RELATÓRIO DA COMISSÃO AO CONSELHO E AO PARLAMENTO EUROPEU

em cumprimento das obrigações previstas no artigo 20.º, n.º 3, da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços

(Texto relevante para efeitos do EEE)

ÍNDICE

RELATÓRIO DA COMISSÃO AO CONSELHO E AO PARLAMENTO EUROPEU em cumprimento das obrigações previstas no artigo 20.º, n.º 3, da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços	3
1. Introdução	3
2. Enquadramento	4
2.1. 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.....	4
2.2. Regulamentos (CE) n.º 883/2004 e (CE) n.º 987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, relativos à coordenação dos sistemas de segurança social.....	5
2.3. Relação entre a diretiva e os regulamentos	6
3. Principais constatações.....	7
3.1. Utilização dos sistemas de autorização prévia	7
3.2. Consequências financeiras para as modalidades de pagamento em montantes fixos nos termos dos regulamentos.....	8
4. Dados para relatórios futuros	10
4.1. Medição de referência	11
4.2. Medição após a transposição da diretiva.....	11
4.3. Medição do impacto.....	12
5. Conclusões	12

RELATÓRIO DA COMISSÃO AO CONSELHO E AO PARLAMENTO EUROPEU

em cumprimento das obrigações previstas no artigo 20.º, n.º 3, da Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços

(Texto relevante para efeitos do EEE)

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório analisa os efeitos da Diretiva 2011/24/UE¹ 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, para os doentes segurados que pretendam obter um reembolso relativo a cuidados de saúde recebidos fora do seu país de residência e noutro Estado-Membro da UE. Analisa, designadamente, os potenciais efeitos dos sistemas de autorização prévia introduzidos nos termos da Diretiva 2011/24/UE e da definição do Estado-Membro responsável por reembolsar os doentes dos custos relativos a cuidados de saúde transfronteiriços. Este último aspeto diz respeito, em especial, ao caso concreto dos pensionistas que tenham transferido a sua residência e, consequentemente, o seu acesso aos cuidados de saúde para o seu novo Estado-Membro de residência, que é diferente do Estado-Membro que reconheceu os direitos dos pensionistas às prestações de segurança social. Este último Estado-Membro continua a ser responsável pela cobertura dos custos dos cuidados de saúde destas categorias de pensionistas. Com o presente relatório, a Comissão cumpre a exigência prevista no artigo 20.º, n.º 3, da Diretiva 2011/24/UE.

Desde 25 de outubro de 2013, são aplicáveis dois instrumentos jurídicos à situação dos doentes que procurem obter cuidados de saúde fora do seu país de residência: a Diretiva 2011/24/EU (a seguir «a diretiva») e os Regulamentos (CE) n.º 883/2004 e (CE) n.º 987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, relativos à coordenação dos sistemas de segurança social (a seguir «os regulamentos»). Uma vez que estava previsto que a diretiva fosse transposta pelos Estados-Membros até 25 de outubro de 2013, não existem, obviamente, neste momento, dados disponíveis sobre o impacto da aplicação da diretiva, quer isoladamente quer em conjugação com os regulamentos. Consequentemente, este primeiro relatório analisa os possíveis efeitos da aplicação conjunta dos dois instrumentos à situação dos doentes que procurem obter cuidados de saúde noutro Estado-Membro. Pretende ser um ponto de referência para futuros relatórios produzidos nos termos do artigo 20.º, n.º 3, da diretiva.

O presente relatório traça as linhas gerais dos dois instrumentos e, em seguida, avalia os possíveis impactos da sua conjugação, em dois domínios: os possíveis efeitos de substituição entre os sistemas de autorização prévia previstos em cada um dos instrumentos; e a adequação da compensação financeira por custos relativos a cuidados de saúde paga entre Estados-Membros nos termos dos regulamentos. Relativamente a este segundo aspeto, examinará em especial os casos em que os Estados-Membros recebam montantes fixos destinados a cobrir os custos das prestações em espécie de cuidados de saúde dos pensionistas. Por último, esclarece que, devido à falta de informação disponível supra referida, ainda não é possível tirar conclusões claras sobre qualquer destas duas questões, mas é possível, contudo, discernir algumas mensagens importantes para a gestão futura dos dois instrumentos.

¹ Ver <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:088:0045:0065:PT:PDF>

O presente relatório foi elaborado com a colaboração e a assistência dos Estados-Membros, representados pelos seus delegados na Comissão Administrativa para a Coordenação dos Sistemas de Segurança Social (a seguir «comissão administrativa») e no Comité de Execução da Diretiva.

2. ENQUADRAMENTO

2.1. **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**

O objetivo geral da diretiva é facilitar o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade noutro Estado-Membro e o reembolso dos respetivos custos de acordo com os princípios estabelecidos pelo Tribunal de Justiça, bem como promover a cooperação entre os Estados-Membros em matéria de cuidados de saúde.

A diretiva exige que o Estado-Membro de afiliação² reembolse uma pessoa segurada que receba cuidados de saúde transfronteiriços se os cuidados de saúde em questão figurarem entre as prestações a que a pessoa segurada tem direito nesse Estado-Membro. O Estado-Membro de afiliação pode prever um sistema de autorização prévia para o reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços, limitado a tipos específicos de cuidados de saúde planeados, tal como definidos no artigo 8.º (incluindo cuidados que exijam o internamento hospitalar do doente durante uma noite ou o recurso a infraestruturas ou equipamentos médicos altamente especializados e onerosos), se tal sistema se justificar e for proporcionado. A autorização prévia não pode ser recusada se o doente tiver direito aos cuidados de saúde em questão e esses cuidados de saúde não puderem ser prestados no seu território num prazo útil fundamentado do ponto de vista médico (o que se designa igualmente por «atraso injustificado»).

A decisão sobre se o tempo de espera para tratamento é fundamentado do ponto de vista médico deve basear-se numa avaliação objetiva da situação clínica do doente, da história e da evolução provável da sua doença, do grau de dor por ele suportado e/ou da natureza da sua incapacidade no momento em que tenha sido apresentado ou renovado o pedido de autorização³.

A utilização geral da autorização prévia está sujeita à exigência de que o sistema de autorização prévia não vá além do necessário e seja proporcional ao objetivo visado.

Pode ser exigido ao doente que pague os cuidados de saúde primeiro e peça depois o reembolso dos respetivos custos. Os custos dos cuidados de saúde transfronteiriços são reembolsados até ao limite que teria sido assumido pelo Estado-Membro de afiliação caso esses cuidados tivessem sido prestados no seu território (sem, contudo, exceder os custos reais dos cuidados de saúde recebidos).

² Por norma, o Estado-Membro competente para conceder à pessoa segurada uma autorização prévia para receber tratamento adequado noutro Estado-Membro nos termos do Regulamento (CE) n.º 883/2004 e do Regulamento (CE) n.º 987/2009. Para um nacional de um país terceiro em situação transfronteiriça na EU, o Estado-Membro competente nos termos do Regulamento n.º 859/2003 ou do Regulamento (UE) n.º 1231/2010. No que respeita a este último, em casos especiais, se nenhum Estado-Membro for competente nos termos dos referidos regulamentos, o Estado-Membro de afiliação é o Estado-Membro no qual as pessoas estão seguras ou têm direito a prestações de doença nos termos da legislação desse Estado-Membro. É importante observar que o conceito de Estado-Membro de afiliação constante da diretiva tem por base o conceito de Estado-Membro competente, que é um conceito definido pelos regulamentos relativos à coordenação dos sistemas de segurança social.

³ Ver artigo 8.º, n.º 5, da Diretiva 2011/24/UE.

A aplicação da diretiva não depende do facto de o prestador de cuidados de saúde estar ou não integrado num sistema de saúde público: abrange todos os prestadores.

2.2. Regulamentos (CE) n.º 883/2004 e (CE) n.º 987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, relativos à coordenação dos sistemas de segurança social

No que respeita aos cuidados de saúde, os regulamentos abrangem as pessoas seguradas por sistemas públicos e os seus familiares que residam ou tenham estado num Estado-Membro que não o Estado-Membro competente⁴. Os cuidados de saúde que se tornem clinicamente necessários durante uma estada («cuidados de saúde não planeados») serão prestados sem autorização prévia e os custos serão suportados pelo Estado-Membro competente (por exemplo, através da utilização do cartão europeu de seguro de doença).

Os regulamentos permitem igualmente que uma pessoa segurada peça autorização à instituição competente quando viaje para outro Estado-Membro com o objetivo de receber cuidados de saúde. Esta autorização deve ser concedida «sempre que o tratamento em questão figure entre as prestações previstas pela legislação do Estado-Membro onde o interessado reside e onde esse tratamento não possa ser prestado dentro de um prazo clinicamente seguro»⁵, portanto, nas mesmas circunstâncias que as previstas na diretiva. A autorização prévia é concedida ao doente através da emissão de um formulário S2 (anteriormente E112) pela instituição competente.

No que respeita a estes cuidados de saúde «planeados», o Estado-Membro competente é responsável pela assunção do custo dos tratamentos que são prestados de acordo com as normas do Estado-Membro de tratamento e a compensação dos custos será gerida ao nível dos Serviços de Segurança Social, sem que o doente tenha de efetuar qualquer pagamento antecipado para além das comparticipações estabelecidas no Estado-Membro de tratamento.

Os regulamentos não abrangem todos os prestadores: alguns prestadores que não estão integrados no sistema de saúde público não são abrangidos por este regime.

Os regulamentos preveem igualmente as situações nas quais determinadas pessoas seguradas mudem a sua residência para um Estado-Membro mas continuem a ser abrangidas pelo sistema de segurança social de outro Estado-Membro. Nesses casos, o interessado recebe um formulário S1, com o qual pode registar-se para beneficiar de uma cobertura de cuidados de saúde no Estado-Membro da sua residência. O Estado-Membro de residência pede o reembolso dos custos dos cuidados de saúde ao Estado-Membro competente. O Estado-Membro de residência pode escolher entre duas modalidades de compensação:

- o reembolso com base nos custos efetivos, mediante justificação das despesas efetivas; ou

⁴ 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 objeto 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».

⁵ Artigo 20.º, n.º 2, do Regulamento (CE) n.º 883/2004.

- (para determinadas categorias de pessoas) com base em montantes fixos, no caso de Estado-Membros relativamente aos quais seja «inadequado o reembolso com base nas despesas efetivas»^{6,7}.

Esta última modalidade de compensação apenas pode ser aplicada aos pensionistas e respetivos familiares, ou aos familiares de uma pessoa segurada que residam num Estado-Membro diferente do da pessoa segurada quando este Estado-Membro tenha optado pelo sistema de reembolso com base em montantes fixos.

A Comissão de Contas, que foi instituída pelo artigo 74.º do Regulamento (CE) n.º 883/2004, é responsável por estabelecer os métodos de determinação dos elementos a ter em conta para o cálculo dos montantes fixos. Estes elementos constam do Regulamento (CE) n.º 987/2009 e a Comissão Administrativa, que foi criada pelo Regulamento (CE) n.º 883/2004, «composta por um representante do Governo de cada Estado-Membro, encarregada, nomeadamente, de tratar qualquer questão administrativa ou de interpretação resultante das disposições do presente regulamento e de promover a colaboração entre os Estados-Membros», deve apresentar, em 2015, um relatório específico sobre a sua aplicação e, designadamente, sobre os abatimentos aplicáveis para garantir que o cálculo dos montantes fixos se aproxime o mais possível das despesas realmente suportadas e que os abatimentos não se traduzam num desequilíbrio dos pagamentos ou numa duplicação de pagamentos para os Estados-Membros.

Os Estados-Membros que reclamam o reembolso com base em montantes fixos são a Noruega, a Irlanda, a Espanha, Chipre, os Países Baixos, Portugal, a Finlândia, a Suécia e o Reino Unido⁸.

2.3. Relação entre a diretiva e os regulamentos

Os seguintes aspetos realçam as principais semelhanças e diferenças entre os dois instrumentos:

Quanto ao **âmbito de aplicação pessoal**, a diretiva aplica-se às pessoas abrangidas pelo Regulamento (CE) n.º 883/2004, bem como aos nacionais de países terceiros e respetivos familiares que residam legalmente no território de um Estado-Membro⁹.

Regra geral, quando se verificarem as condições previstas nos regulamentos, o tratamento deve ser prestado nos termos dos regulamentos, salvo solicitação em contrário por parte do doente, que deve estar plenamente informado dos seus direitos. Quando o doente solicite uma autorização prévia para cuidados de saúde transfronteiriços e a aplicação dos regulamentos lhe seja mais vantajosa, a autorização prévia deve ser-lhe concedida nas condições previstas ao abrigo dos regulamentos, salvo solicitação em contrário por parte do doente, que deve estar plenamente informado dos seus direitos.

Tal como referido supra, **os procedimentos e o nível de reembolso** previstos nos regulamentos e na diretiva são diferentes. No que respeita às garantias processuais, as exigências em matéria de fornecimento de informações são muito semelhantes e os Estado-

⁶ Tal é o caso se o montante efetivo das despesas relativas às prestações não resultar da contabilidade da instituição que as tiver concedido.

⁷ Ver artigo 63.º, n.º 1, do Regulamento (CE) n.º 987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CE) n.º 883/2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social.

⁸ Artigo 63.º, n.º 1, do Regulamento (CE) n.º 987/2009 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 16 de setembro de 2009, que estabelece as modalidades de aplicação do Regulamento (CE) n.º 883/2004, relativo à coordenação dos sistemas de segurança social, e constantes da lista do Anexo III.

⁹ Ou, no caso da Dinamarca, que satisfaçam as condições estabelecidas na legislação do Estado-Membro de afiliação, relativa ao direito às prestações, e se encontrem numa situação que não esteja circunscrita, em todos os aspetos, a um Estado-Membro.

Membros são aconselhados a aplicar, no âmbito dos regulamentos, o procedimento geral e as garantias administrativas explicitamente referidas no artigo 9.º da diretiva, em benefício do doente.

No caso das pessoas seguras que não residam no Estado-Membro competente: a diretiva não se aplica no que respeita ao acesso à prestação de cuidados de saúde no Estado-Membro de residência.

3. PRINCIPAIS CONSTATAÇÕES

O presente relatório analisa os dois aspetos específicos, tal como solicitado pelos legisladores. Incide sobre:

- a utilização da autorização prévia pelos Estados-Membros ao abrigo da diretiva, em especial as implicações da exigência de que qualquer sistema de autorização seja proporcional ao objetivo visado, bem como quaisquer efeitos de substituição entre os dois instrumentos jurídicos, provocados pela existência de dois sistemas de autorização prévia;
- as consequências financeiras da definição de «Estado-Membro de afiliação» (Estado-Membro responsável pelo reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços), utilizada na diretiva, para os Estados-Membros que tenham optado pelo sistema de reembolso com base em montantes fixos ao abrigo dos regulamentos¹⁰.

3.1. Utilização dos sistemas de autorização prévia

Tal como referido supra, existem dois instrumentos jurídicos aplicáveis a cuidados de saúde transfronteiriços que preveem sistemas de autorização prévia. Dependendo das opções dos Estados-Membros, tal pode ter como consequência a coexistência, lado a lado, de dois sistemas de autorização prévia.

Existem semelhanças entre os dois sistemas (por exemplo, em ambos os casos, um pedido de autorização pode ser indeferido quando o tratamento possa ser prestado sem «atraso injustificado»). Todavia, existem igualmente diferenças significativas entre ambos, que devem ser salientadas.

Nos termos dos regulamentos, a utilização da autorização prévia é a regra, ao passo que, nos termos da diretiva, é uma opção a que os Estados-Membros podem recorrer, mas não são obrigados a fazê-lo. Deve haver, por isso, muitos tratamentos que estão sujeitos a autorização nos termos dos regulamentos mas não nos termos da diretiva. Tal como foi referido no ponto 2 supra, nos termos dos regulamentos, a autorização prévia pode ser exigida para todos os tratamentos, ao passo que, nos termos da diretiva, só pode ser utilizada para alguns tratamentos. O regime de autorização previsto na diretiva abrange todos os prestadores, enquanto o regime previsto nos regulamentos não abrange alguns prestadores que não estejam integrados num sistema de saúde público. É importante ter ainda em conta, tal como observado supra, que o nível de cobertura dos custos pode variar consideravelmente de um instrumento para o outro.

¹⁰ Nos termos do artigo 20.º, n.º 3, da diretiva, estas consequências financeiras devem ser analisadas nos casos abrangidos pelos artigos 20.º, n.º 4, e 27.º, n.º 5, do regulamento. Por razões de clareza, e tendo em conta o carácter metodológico do relatório, este debruçar-se-á sobre a situação dos pensionistas, tal como indicado aos Estados-Membros na Comissão Administrativa, em 17 de abril de 2013, e no Comité para os Cuidados de Saúde Transfronteiriços, em 3 de junho de 2013.

É importante observar que tal significa que o âmbito de aplicação do sistema de autorização prévia previsto na diretiva irá variar de Estado-Membro para Estado-Membro (na verdade, pode não ser uma opção a que todos os Estados-Membros recorram).

A diretiva estabelece igualmente determinadas garantias processuais que devem ser aplicadas aos regimes de autorização: por exemplo, o direito de recurso e a exigência de que os Estados-Membros estabeleçam prazos para apreciar os pedidos de autorização. A diretiva exige igualmente que as decisões sobre a autorização sejam «devidamente fundamentadas» – o que significa que, se a autorização for recusada com base na inexistência de um «atraso injustificado», o doente é informado sobre o que, no seu caso concreto, constituiria um «atraso injustificado». Na verdade, estas diferenças tornam explícitos princípios de boa governação que devem ser aplicados, de igual modo, às autorizações concedidas nos termos dos regulamentos – consequentemente, estas diferenças entre os dois textos não deveriam ser visíveis na prática.

Dada a sobreposição entre os dois sistemas, existe a clara possibilidade de ocorrência de efeitos de substituição. A título de exemplo:

- poderá verificar-se uma diminuição da utilização dos regulamentos, no caso de cuidados de saúde que não estejam sujeitos a autorização prévia nos termos da diretiva, por doentes que não pretendam sujeitar-se ao procedimento de autorização e que, por isso, optem por utilizar a diretiva;
- poderá verificar-se uma diminuição da utilização dos regulamentos por doentes que pretendam ser tratados por um prestador privado que não esteja abrangido pelo regime dos regulamentos;
- em contrapartida, poderá verificar-se um aumento da utilização dos regulamentos por doentes que peçam autorização ao abrigo da diretiva e sejam considerados como estando perante um «atraso injustificado» – e que, em seguida, pedem uma autorização ao abrigo dos regulamentos (a qual tem de ser concedida, de acordo com o «critério do atraso injustificado»), uma vez que a cobertura dos custos nos termos dos regulamentos pode ser financeiramente mais favorável.

O acompanhamento e a avaliação destes efeitos exigem um nível de pormenor que, atualmente, não existe. Os únicos dados disponíveis neste momento são os utilizados no âmbito dos regulamentos (ver anexo I). Estes indicam (com algumas exceções) que existe um número relativamente reduzido de pedidos de autorização prévia e taxas elevadas de deferimento de pedidos. Indicam ainda que, atualmente, os Estados-Membros em geral não registam o tipo de tratamentos para os quais é pedida autorização.

É igualmente importante observar que, nos termos da diretiva, qualquer regime de autorização está sujeito à exigência de que seja necessário e proporcional ao objetivo visado, e não pode constituir um entrave injustificado à livre circulação dos doentes. Tal implica que os Estados-Membros terão de fornecer dados que justifiquem o recurso à autorização prévia. Os dados atualmente disponíveis indicam que, na falta de provas consistentes que demonstrem em que medida a situação prevista na diretiva é muito diferente da prevista nos regulamentos, será difícil justificar a existência de sistemas amplos de autorização prévia ao abrigo da diretiva.

3.2. Consequências financeiras para as modalidades de pagamento em montantes fixos nos termos dos regulamentos

O ponto 2 supra descreve a situação de algumas categorias de pessoas que residem num Estado-Membro diferente daquele que reconheceu os seus direitos a prestações de segurança social («Estado-Membro competente») e cujo Estado-Membro de residência opta pelo

reembolso com base em montantes fixos, ou «prestações únicas». O método de cálculo destes montantes fixos é definido no artigo 64.º do Regulamento (CE) n.º 987/2009 e deve aproximar-se o mais possível das despesas realmente suportadas. Os montantes envolvidos são, por isso, ajustados regularmente, de modo a ter em conta eventuais desproporcionalidades ou casos de duplicação de pagamento.

Dessas categorias de pessoas, o presente relatório analisa os pagamentos em montantes fixos no caso dos pensionistas e não analisa os pagamentos em montantes fixos no caso de outras categorias de pessoas (tais como estudantes com bolsas Erasmus). Tal acontece por razões de escala: quer em termos do número de pessoas envolvidas quer em termos do volume de cuidados de saúde utilizados, os pensionistas serão, de qualquer forma, a categoria mais significativa.

A diretiva pode ter impacto nos cálculos utilizados para determinar esses montantes, por duas razões.

Em primeiro lugar, devido às diferentes regras sobre o tratamento dos pensionistas e respetivos familiares no seu Estado-Membro competente, nos termos dos regulamentos todos os Estados-Membros que paguem montantes fixos beneficiam de um abatimento de 15 % sobre o montante, para compensar o custo dos cuidados de saúde não planeados recebidos pelos pensionistas e respetivos familiares num Estado-Membro diferente do Estado-Membro de residência. Tal acontece porque, nos termos dos regulamentos, o Estado-Membro competente acaba por suportar este custo (por exemplo, através do sistema do cartão europeu de seguro de doença). No que respeita aos cuidados de saúde no Estado-Membro competente, geralmente, os pensionistas e respetivas famílias têm apenas direitos de acesso limitados – essencialmente, aos cuidados que se tornem clinicamente necessários durante a sua estada nesse Estado-Membro.

Determinados Estados-Membros optam por conferir aos pensionistas e respetivas famílias direitos suplementares de acesso aos cuidados de saúde. Estes Estados-Membros têm direito a um abatimento de 20 % sobre os montantes fixos, a título de compensação, e constam da lista do anexo IV do Regulamento n.º 883/2004.

As regras previstas na diretiva são diferentes. Os pensionistas e respetivas famílias que residam num Estado-Membro que tenha optado por montantes fixos, que não seja o seu Estado-Membro competente, podem procurar receber cuidados de saúde no seu Estado-Membro competente ao abrigo da diretiva. Se o Estado-Membro competente constar da lista do anexo IV, aplicam-se os mesmos termos e condições previstos nos regulamentos. Se o Estado-Membro competente não constar da lista do anexo IV, as regras variam consoante o tratamento em causa esteja ou não sujeito a autorização prévia no Estado-Membro de residência. Se estiver, aplica-se a regra habitual do reembolso prevista na diretiva: o Estado-Membro de residência, enquanto Estado-Membro de afiliação, é responsável pelo reembolso. Se o tratamento não estiver sujeito a autorização prévia no Estado-Membro de residência, o Estado-Membro competente é responsável por suportar os custos.

Resumindo: nos termos da diretiva, os Estados-Membros que não constam da lista do anexo IV são, não obstante, obrigados a prestar cuidados de saúde que nos termos dos regulamentos não são obrigados a prestar. Esses Estados-Membros podem, por isso, considerar que são responsáveis por uma percentagem maior dos custos totais dos cuidados de saúde das pessoas seguras em causa do que anteriormente, e que tal deve ser tido em conta no cálculo dos montantes fixos.

A segunda razão pela qual a diretiva pode ter impacto nos montantes fixos diz respeito aos cuidados de saúde não planeados recebidos num terceiro Estado-Membro por pensionistas e

respetivos familiares que residam num Estado-Membro que tenha optado pelos montantes fixos e que não seja o seu Estado-Membro competente. Nos termos dos regulamentos, o Estado-Membro competente é responsável pelos custos desses cuidados de saúde, tal como observado supra, beneficiando de um abatimento de 15% sobre o montante fixo. Nos termos da diretiva, o doente pode optar por pedir o reembolso diretamente ao Estado-Membro de residência, uma vez que se trata do seu Estado-Membro de afiliação. Por isso, o Estado-Membro de residência pode considerar que passou a suportar custos pelos quais não está a ser reembolsado através dos montantes fixos, e que tal deve ser tido em conta ao adaptar o respetivo valor.

Se estes impactos vão ou não verificar-se depende das decisões dos Estado-Membros e dos doentes quanto à utilização da autorização prévia, à escolha do país de prestação dos cuidados de saúde planeados, ao sistema de reembolso preferido, entre outros. Por conseguinte, serão necessários dados consistentes para se poder acompanhar quaisquer efeitos e avaliar as eventuais implicações para os montantes fixos.

Atualmente, não existem informações disponíveis que permitam avaliar as consequências financeiras da aplicação desta diretiva para os Estados-Membros que tenham optado pelos montantes fixos. De acordo com um primeiro levantamento junto dos Estados-Membros que responderam a um inquérito, realizado em março de 2013, sobre as «Obrigações de informação estabelecidas no artigo 20.º, n.º 3, da Diretiva 2011/24/UE» relativamente ao potencial impacto da diretiva na adequação dos montantes fixos, as expectativas dos Estados-Membros variam. Alguns acreditavam que os montantes fixos iriam aumentar; outros acreditavam que o anexo IV deixaria de ser relevante; outros acreditavam que a diretiva não teria qualquer impacto significativo; outros acreditavam que a diretiva teria impacto apenas no que respeitava aos cuidados não sujeitos a autorização prévia, mas que tal não era ainda quantificável.

Atendendo à falta de dados, não é possível, atualmente, proceder a uma avaliação das desproporcionalidades. Qualquer desacordo entre Estados-Membros quanto a eventuais desproporcionalidades no pagamento e no recebimento de montantes fixos relativamente aos custos reais dos cuidados de saúde recebidos terá de ser analisado mais tarde.

O artigo 64.º, n.º 5, do Regulamento (CE) n.º 987/2009 determina que a Comissão Administrativa deve apresentar, o mais tardar até 1 de maio de 2015, um relatório sobre a aplicação do artigo 64.º do Regulamento (CE) n.º 987/2009, em especial sobre os abatimentos referidos no artigo 64.º, n.º 3. O objetivo dessa análise é garantir que o cálculo dos montantes fixos se aproxime o mais possível das despesas realmente suportadas e que os abatimentos referidos no artigo 64.º, n.º 3, não se traduzam numa desproporcionalidade ou numa duplicação de pagamentos para os Estados-Membros. O relatório pode incluir uma proposta de alterações que sejam consideradas necessárias à luz da experiência adquirida com a aplicação da referida disposição. Em suma, cada Estado-Membro deve apresentar uma nota com uma análise sobre a questão de saber se o abatimento de base aplicado aos custos médios é ou não realista. Essa análise deve, na medida do possível, ser sustentada por provas e dados quantitativos. Os Estados-Membros devem apresentar os dados e as notas correspondentes à Comissão de Contas, o mais tardar até 30 de junho de 2014.

4. DADOS PARA RELATÓRIOS FUTUROS

Para se poder avaliar o impacto da diretiva no número de doentes que utilizam os regulamentos, é necessário estabelecer como «ponto de partida» uma medição de referência que reflita a mobilidade dos doentes ao abrigo dos regulamentos antes da aplicação da

diretiva. Em seguida, é necessário comparar esta medição de referência com outra medição que será efetuada após a transposição da Diretiva 2011/24/UE.

Há, por isso, que melhorar a situação atual, na qual se verifica uma escassez de dados estatísticos sobre os cuidados de saúde transfronteiriços.

Na maioria dos casos, serão igualmente necessários dados consideravelmente mais completos que permitam aos Estados-Membros que introduzam um sistema de autorização prévia nos termos da diretiva demonstrar que tais sistemas respeitam as exigências globais de proporcionalidade.

4.1. Medição de referência

Para futuras análises no âmbito do presente relatório, é necessário ter como ponto de partida uma medição de referência, a partir da qual possam ser medidos os impactos futuros. A Comissão verificou que não é possível estabelecê-la com base nos dados históricos. No Anexo I, são apresentados e discutidos os dados estatísticos disponíveis sobre a mobilidade dos doentes que procuram receber cuidados de saúde planeados ao abrigo dos regulamentos. Conclui-se que os dados disponíveis são incompletos no que respeita a todos os Estados-Membros e não permitem apurar se os cuidados de saúde em causa fazem parte do cabaz de prestações públicas no Estado-Membro competente. Além disso, não estão disponíveis quaisquer dados sobre os tipos de cuidados de saúde prestados.

Para futuros relatórios sobre a mobilidade dos doentes ao abrigo do sistema de autorização prévia, tal como exigido na diretiva, é necessário recolher dados suplementares, relativos a 2012 e 2013, com um maior nível de pormenor. Para esse efeito, foi lançada uma nova ronda de recolha de dados no âmbito da Comissão Administrativa. Contudo, determinados Estados-Membros comunicaram que não irão fornecer dados relativos a 2012 e 2013. Além disso, no que respeita aos Estados-Membros que se mostraram disponíveis para fornecer dados relativos a 2012 e/ou 2013, não é garantido que o façam com o nível de pormenor pedido, como, por exemplo, com informação sobre se os casos de tratamentos faziam ou não parte do cabaz de prestações.

Consequentemente, definir o ponto de partida com a medição de referência mais aproximada possível para todos os Estados-Membros exigirá, provavelmente, a extrapolação e a interpolação dos poucos dados disponíveis.

4.2. Medição após a transposição da diretiva

Os dados relativos a 2014 serão coligidos para a avaliação da aplicação geral da diretiva no âmbito do respetivo Comité de Execução.

Para efeitos da análise, os dados sobre a autorização prévia devem:

- ser coligidos por ano a que respeita o pedido;
- ser coligidos pelo Estado-Membro de afiliação ao qual o pedido tenha sido dirigido;
- dizer respeito a pedidos de cuidados de saúde que sejam abrangidos pelo cabaz de bens/serviços públicos do Estado-Membro de afiliação;
- indicar o número ou a percentagem de pedidos deferidos;
- de preferência, indicar o número ou a percentagem de pedidos deferidos nos quais tenha sido tido em conta um atraso injustificado;
- indicar a percentagem de pedidos indeferidos e os principais fundamentos de indeferimento;

- de preferência, distinguir por tipo de indicação médica do doente (por exemplo, doentes com doenças raras).

4.3. Medição do impacto

Apenas se e quando tiverem sido estabelecidas a medição de referência e a medição pós-transposição da diretiva será possível à Comissão analisar:

- os efeitos de substituição (comparados diretamente com a medição de referência): por exemplo, verifica-se uma diminuição das autorizações pedidas ao abrigo dos regulamentos que pode ser explicada por um aumento das autorizações pedidas ao abrigo da diretiva? Trata-se de uma escolha consciente dos doentes (por exemplo, utilizam a diretiva para poderem escolher livremente o prestador)?
- os impactos dinâmicos: por exemplo, analisar se haverá mais doentes a receber uma autorização prévia ao abrigo dos regulamentos devido ao facto de a diretiva ter disponibilizado mais informação aos doentes sobre o atraso injustificado, ou devido ao facto de haver uma maior consciencialização sobre os direitos dos doentes.

5. CONCLUSÕES

Neste momento – decorrido pouco tempo desde o término do prazo de transposição da diretiva – é claramente impossível à Comissão analisar a forma como os Estados-Membros têm utilizado a possibilidade de introduzir sistemas de autorização prévia nos termos da diretiva, e os possíveis efeitos de substituição em relação aos regulamentos.

Pela mesma razão, não é possível à Comissão concluir pela existência ou não de qualquer desproporionalidade decorrente da aplicação da diretiva.

Contudo, é possível, neste momento, tirar algumas conclusões com vista a abordar plenamente estes dois aspetos no relatório sobre a aplicação geral da diretiva, que a Comissão tem de apresentar até 25 de outubro de 2015. Será o primeiro de uma série de relatórios trienais.

No que respeita aos sistemas de autorização prévia, o conceito de prazo útil fundamentado do ponto de vista médico deve ser o mesmo nos termos dos dois instrumentos. De igual modo, as garantias processuais estabelecidas nos termos da diretiva devem ser aplicadas a qualquer sistema de autorização nos termos dos regulamentos.

Os Estados-Membros que pretendam introduzir um sistema de autorização prévia ao abrigo da diretiva necessitam de rever os seus atuais sistemas de recolha de dados, uma vez que, na maior parte dos casos, os dados atualmente disponíveis parecem não ser suficientes para justificar um sistema amplo de autorização prévia.

Para se poder analisar adequadamente os efeitos da diretiva na utilização dos regulamentos e na adequação dos montantes fixos, seria útil desenvolver o modo de recolha dos dados em conformidade com o exposto no ponto 4.2 supra.

O desenvolvimento, pelos Estados-Membros, de um sistema de acompanhamento nos termos da diretiva colocará um desafio de coordenação com o sistema estabelecido nos termos dos regulamentos. Há que discutir as questões metodológicas de modo a adaptar esses sistemas às normas estatísticas internacionais. Por razões de eficiência, os Estados-Membros devem uniformizar – tanto quanto possível – a recolha de informação.

Anexo 1: Dados históricos sobre os fluxos de doentes

Uma nota de 2008 da Direção-Geral Emprego, Assuntos Sociais e Inclusão sobre um questionário relativo ao formulário E112, enviada aos delegados da Comissão Administrativa, apontava para algumas observações interessantes: a maioria dos Estados-Membros¹¹ comunicou um número reduzido de pedidos de autorização prévia e taxas elevadas de autorizações concedidas por deferimento de pedidos. De acordo com as informações fornecidas pelos Estados-Membros, os pedidos de autorização prévia foram recusados sobretudo, salvo algumas exceções dignas de nota, por inexistência de atraso injustificado, tendo-se registado uma taxa muito baixa de indeferimentos que foram objeto de reclamação¹²; a mobilidade dos doentes diz respeito sobretudo a Estados-Membros vizinhos ou nos quais se fale a mesma língua; e seis Estados-Membros (DK, EE, CY, LT, MT e NL) referiram a existência de outros procedimentos paralelos (tais como acordos bilaterais específicos entre Estados-Membros) que abrangem cuidados de saúde transfronteiriços.

Além disso, a nota suscita duas questões relevantes a respeito dos dados:

- os dados relativos às indicações clínicas (diagnóstico e/ou procedimento específico) não são da competência habitual da Comissão Administrativa;
- a distinção entre o número de pedidos e o número real de doentes que pediram autorização não é clara, uma vez que é frequente haver mais do que uma autorização respeitante ao mesmo doente.

Em seguida, apresenta-se uma perspetiva geral dos dados disponíveis dos formulários E112, pedidos pelos Estados-Membros para 2006, 2007 e 2008. Apenas estão disponíveis dados relativos a 24 Estados-Membros. Verifica-se uma grande variação entre países no que respeita ao número e à evolução das autorizações prévias emitidas. As taxas mais altas (per capita) registam-se no LU, AT, SI e CY (acima da média em 2008), tal como demonstra o Anexo I. A taxa média, sem contar com o LU (que apresenta 36 046 autorizações emitidas por milhão de habitantes), é de 55 autorizações por milhão de habitantes. Os Estados-Membros que ficaram acima desta média são a AT, SI, CY, SK, BE, IE, EL e LV.

Por conseguinte, é importante sublinhar que os exercícios de recolha de dados históricos no âmbito da Comissão Administrativa não permitem discernir se os cuidados de saúde para os quais foi pedida uma autorização prévia se incluíam no cabaz dos direitos reconhecidos pelo Estado-Membro de residência, nem permitem conhecer a variedade de indicações clínicas envolvidas.

Além disso, não fornecem uma panorâmica completa, uma vez que estes números não incluem a mobilidade dos doentes ao abrigo de regimes paralelos (por exemplo, acordos bilaterais entre Estados-Membros ou regiões para planeamento e organização de transferências de doentes).

¹¹ Apenas um Estado-Membro (LU) comunicou mais de 17 000 e dois Estados-Membros (BE e AT) comunicaram mais de um milhar; a maior parte dos Estados-Membros comunicou algumas centenas (CZ, DK, IE, EL, CY, HU, PT, RO, SI, SK, SE, UK); os restantes Estados-Membros (BG, EE, LT e PL) comunicaram menos de 100.

¹² Menos de 1% na maioria dos Estados-Membros.

Número de formulários E 112 pedidos, por ano de receção do pedido

Estado-Membro	2006			2007			2008
	Pedidos	Emitidos	% Emitidos/Pedidos	Pedidos	Emitidos	% Emitidos/Pedidos	Emitidos
AT	3 643	3 566	98	2 946	2 835	96	2 935
BE	1 222	1 066	87	1 322	1 094	83	1 165
BG	n.d.	n.d.		81	4	5	10
CY	n.d.	n.d.		156	156	100	146
CZ	n.d.	n.d.		425	411	97	328
DK	396	65	16	733	64	9	84
EE	8	8	100	1	1	100	5
IE	656	630	96	690	648	94	372
EL	813	768	94	795	770	97	816
ES	n.d.	722		n.d.	722		800
FR	1 169	695	59	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
HU	209	193	92	185	215	116	232
LT	7	6	86	19	14	74	12
LU	17 825	17 290	97	17 280	16 800	97	1 439
LV	46	29	63	132	110	83	127
MT	n.d.	n.d.	n.d.	0	0		0
NL	3 482	2 912	84	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
PL	12	10	83	25	13	52	n.d.
PT	218	200	92	207	178	86	166
RO	n.d.	n.d.		213	124	58	562
SE	163	81	50	330	115	35	n.d.
SI	493	340	69	504	262	52	442
SK	679	640	94	792	743	94	685
UK	560	366	65	634	552	87	n.d.

Fonte: COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A COORDENAÇÃO DE SISTEMAS DE SEGURANÇA SOCIAL

Número de formulários E112 emitidos por milhão de habitantes, por ano de receção do pedido

Estado-Membro	2006	2007	2008
MÉDIA	110	112	163
AT	432	342	353
BE	101	103	109
BG		1	1
CY		200	185
CZ		40	32
DK	12	12	15
EE	6	1	4
IE	150	150	85
EL	69	69	73
ES	16	16	18
FR	11		
HU	19	21	23
LT	2	4	4
LU	36 859	35 280	36 046
LV	13	48	56
MT		0	0
NL	178		
PL	0	0	
PT	19	17	16
RO		6	26
SE	9	13	
SI	170	130	220
SK	119	138	127
UK	6	9	

Fonte: cálculos próprios com base nos dados da COMISSÃO ADMINISTRATIVA PARA A COORDENAÇÃO DOS SISTEMAS DE SEGURANÇA SOCIAL