|  |  |
| --- | --- |
| Parlamento Europeu  2014-2019 | EP logo RGB_Mute |

Documento de sessão

<NoDocSe>A8-0046/2019</NoDocSe>

<Date>{29/01/2019}29.1.2019</Date>

<TitreType>RELATÓRIO</TitreType>

<Titre>sobre a aplicação da Diretiva relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços</Titre>

<DocRef>(2018/2108(INI))</DocRef>

<Commission>{ENVI}Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar</Commission>

Relator: <Depute>Ivo Belet</Depute>

PR\_INI\_ImplReport

ÍNDICE

Página

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS – SÍNTESE DOS FACTOS E CONCLUSÕES 3

PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DO PARLAMENTO EUROPEU 7

ANEXO: LISTA DE ENTIDADES OU PESSOAS SINGULARES DE QUEM O RELATOR DE PARECER RECEBEU CONTRIBUIÇÕES 20

PARECER DA COMISSÃO DO MERCADO INTERNO E DA PROTEÇÃO DOS CONSUMIDORES 21

INFORMAÇÕES SOBRE A APROVAÇÃO NA COMISSÃO COMPETENTE QUANTO À MATÉRIA DE FUNDO 27

VOTAÇÃO NOMINAL FINAL NA COMISSÃO COMPETENTE QUANTO À MATÉRIA DE FUNDO 28

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS – SÍNTESE DOS FACTOS E CONCLUSÕES

**Processo e fontes**

Em 16 de abril de 2018, o relator foi incumbido de preparar um relatório sobre a execução 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.

O presente relatório pretende analisar as atuais deficiências na aplicação da diretiva e fazer recomendações para melhorar a diretiva. Por conseguinte, o relator organizou reuniões com as partes interessadas (ver anexo).

O relator convidou igualmente as partes interessadas para uma audição pública no Parlamento Europeu em 17 de outubro de 2018.

**Origem, estrutura e finalidade da diretiva**

Nos termos do artigo 168.º, n.º 1, do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE), na definição e execução de todas as políticas e ações da União, deve ser assegurado um elevado nível de proteção da saúde, enquanto a organização, a gestão, o financiamento e a prestação de cuidados de saúde continuam a incumbir aos Estados-Membros da UE.

A jurisprudência ao longo dos anos reconheceu que os doentes têm, em condições específicas, o direito de acesso a cuidados de saúde noutros Estados-Membros que não o deles.

O principal objetivo da diretiva é criar um quadro da UE e um conjunto de direitos para garantir o acesso dos cidadãos da UE aos cuidados de saúde no estrangeiro, com o intuito de facilitar uma cooperação mais estreita numa série de domínios da medicina e dos cuidados de saúde, como a saúde em linha e o tratamento de doenças raras.

Os direitos concedidos ao abrigo da diretiva existem em paralelo com benefícios semelhantes proporcionados nos termos do Regulamento (CE) n.º 883/2004 relativo à coordenação dos sistemas de segurança social. A presente diretiva aplica-se sem prejuízo do regulamento. Na prática, os cuidados planeados e não planeados podem, frequentemente, ser prestados de forma mais favorável ao abrigo do regulamento. Por conseguinte, os doentes optarão por receber cuidados noutro Estado-Membro ao abrigo das disposições do regulamento e não da diretiva, uma vez que os pagamentos antecipados e os pedidos de reembolso posteriores não são necessários para cuidados não planeados.

Seguindo a lógica da neutralidade dos custos para os sistemas nacionais de saúde dos tratamentos transfronteiriços prevista na diretiva, é apenas coberto o montante correspondente ao custo do tratamento no Estado-Membro de origem, ao passo que o regulamento prevê a cobertura da totalidade dos custos.

Não obstante, alguns aspetos específicos dos cuidados de saúde no estrangeiro melhoraram significativamente na sequência da diretiva. O regulamento abrange apenas os cuidados de saúde prestados por prestadores públicos ou contratados, ao passo que a diretiva abrange todos os prestadores de cuidados de saúde na UE. Além disso, a diretiva facilita a prestação no estrangeiro de cuidados de saúde planeados em comparação com o regulamento, visto que a autorização prévia constitui uma exceção e não uma obrigação para este tipo de cuidados.

**Execução**

Tal como previsto na diretiva, o prazo de transposição terminou em 25 de outubro de 2013. Por motivos de execução tardia ou incompleta, foram instaurados processos por infração a 26 Estados-Membros. Atualmente, todos os Estados-Membros comunicaram as suas medidas de transposição completas.

A segunda fase da avaliação da conformidade por parte da Comissão Europeia ainda está em curso. O principal objetivo da Comissão é avaliar se todos os diplomas legais nacionais e outras medidas estão em conformidade com a diretiva. No total, foram notificadas à Comissão mais de quinhentas medidas nacionais. Em resultado dos inquéritos de iniciativa que recolhem informações sobre o cumprimento adequado, continua em aberto um processo por infração.

**Financiamento**

O financiamento dos cuidados de saúde transfronteiriços provém principalmente do segundo (2008-2013) e do terceiro (2014-2020) programas de saúde, que preveem um total combinado de cerca de 64 milhões de euros por ano para assuntos relacionados com a saúde. A Comissão propõe que o financiamento prossiga no âmbito do Fundo Social Europeu Mais (FSE +), que terá, entre os seus objetivos operacionais, de apoiar a aplicação da legislação da União no domínio dos cuidados de saúde transfronteiriços.

Paralelamente, o anterior (7.º PQ & PIC) e os atuais Programas-Quadro de Investigação (Horizonte 2020), o Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, o Fundo de Coesão e o Fundo InvestEU também facultam meios para os projetos de saúde transfronteiras e de saúde em linha.

**Mobilidade dos doentes**

A mobilidade transfronteiras dos doentes é uma questão política importante. Embora os níveis de mobilidade dos doentes sejam ainda relativamente baixos, para certos grupos de doentes, devido a doenças raras ou à proximidade geográfica dos serviços de saúde, os cuidados de saúde transfronteiriços são os mais adequados e acessíveis. A mobilidade transfronteiriça dos doentes traz consigo alguns problemas, como a continuidade dos cuidados e o intercâmbio de informações entre os profissionais de saúde dos diferentes lados de uma fronteira. Além disso, existem também obstáculos logísticos e administrativos, que, inadvertidamente, podem afetar de forma negativa os cuidados de saúde transfronteiriços para os doentes.

Observa-se que o maior fluxo de doentes que se deslocam ao estrangeiro para receber cuidados de saúde após autorização prévia teve lugar de França para Espanha. Nos casos em que não houve lugar a autorização, o maior fluxo foi de França para a Alemanha. Se analisarmos a direção dos fluxos de doentes, podemos observar claramente uma tendência significativa, a saber, que a mobilidade se verifica geralmente entre fronteiras comuns. Regista-se, no entanto, uma exceção significativa, que é o número de doentes que viajam da Noruega para Espanha.

A Comissão definiu quatro domínios que apresentavam a maior probabilidade de constituir obstáculos para os doentes, caso não sejam resolvidos: sistemas de reembolso, utilização da autorização prévia, requisitos administrativos e custos cobrados aos doentes provenientes de outros países.

Embora os Estados-Membros sejam obrigados a notificar a Comissão de qualquer decisão de introduzir restrições nos termos do artigo 7.º e alguns Estados-Membros tenham procedido à transposição de uma forma que pode ser considerada restritiva, a Comissão não recebeu notificações específicas dos Estados-Membros.

**Informação aos doentes: pontos de contacto nacionais**

A diretiva tem um grande potencial para melhorar e facilitar o acesso dos doentes a cuidados de saúde transfronteiriços e, mais importante ainda, assegurar a melhor qualidade de cuidados a todos os doentes. No entanto, para que a diretiva tenha êxito, é fundamental que os doentes, os profissionais de saúde e outras partes interessadas estejam devidamente informados sobre todos os aspetos da diretiva. Infelizmente, esse não é atualmente o caso.

A sondagem de maio de 2015 do Eurobarómetro indicou que menos de 20% dos cidadãos pensam estar informados acerca dos seus direitos em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

Tal como previsto no artigo 6.º da diretiva, cada Estado-Membro tem, pelo menos, um ponto de contacto nacional (PCN) para prestar aos doentes e aos profissionais de saúde informações sobre os seus direitos em matéria de serviços ou produtos de cuidados de saúde transfronteiriços.

Nos 29 PCN na Europa, na Noruega e noutros países do EEE que disponibilizaram dados, foram apresentados 74589 pedidos de informação em 2017, mas a maioria dos Estados-Membros recebeu menos de 1000 pedidos. O número de pedidos de informação difere significativamente entre os diferentes PCN. Em geral, os doentes desconhecem a existência do seu PCN nacional. É vital levar a cabo uma campanha de informação vasta e duradoura sobre os PCN e sobre os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços.

Tal demonstra que os sítios Web dos PCN geralmente não dispõem de informação aprofundada sobre os direitos dos doentes. São bastante escassas informações sobre o que fazer em caso de atraso injustificado, sobre os procedimentos de reclamação e resolução de litígios, bem como informações sobre a duração do processo de reembolso ou os pedidos de autorização prévia.

**Redes europeias de referência**

Nos termos do artigo 12.º da diretiva, a Comissão apoia os Estados-Membros na criação de redes europeias de referência (RER) entre os prestadores de cuidados de saúde e os centros de especialização nos Estados-Membros.

Em 1 de março de 2017, as primeiras 24 redes europeias de referência iniciaram oficialmente as suas atividades, com base no quadro facultado pela Comissão Europeia e impulsionadas pelos prestadores de cuidados de saúde envolvidos e pelas autoridades de saúde nacionais. Estas redes têm por objetivo combater as doenças complexas ou raras que requerem tratamento e conhecimentos especializados. No total, as RER reúnem mais de 900 unidades de cuidados de saúde muito especializadas, localizadas em mais de 300 hospitais da UE, da Noruega e dos países do EEE.

Tendo em conta que existem 5800 doenças raras reconhecidas na UE que afetam cerca de 6-8 % de todos os cidadãos europeus, apenas um pequeno número de doentes é afetado por cada doença rara. Em combinação com a escassez dos conhecimentos e das competências relevantes, a cooperação a nível da UE tem um elevado potencial de valor acrescentado.

**Saúde em linha**

A «saúde em linha» visa a criação de sistemas e de serviços de saúde em linha e aplicações interoperáveis que proporcionem vantagens económicas e sociais sustentáveis, com vista a alcançar um elevado nível de confiança e segurança, reforçar a continuidade dos cuidados e assegurar o acesso a cuidados de saúde seguros e de elevada qualidade;

A otimização do potencial da saúde em linha na UE permite que os profissionais de saúde partilhem, além-fronteiras, historiais e dados sobre os doentes. A possibilidade de transferir dados facilitará a prestação de cuidados de saúde transfronteiriços com menos obstáculos, sendo igualmente crucial para uma investigação mais aprofundada, em especial no domínio das doenças raras.

**Cooperação transfronteiriça regional**

As regiões transfronteiriças representam 40 % do território da UE e mais de 1 em cada 3 europeus vivem numa região fronteiriça. No total, existem 37 zonas urbanas transfronteiriças na Europa.

As iniciativas transfronteiras em matéria de cuidados de saúde nas regiões fronteiriças já deram provas do seu valor ao longo dos anos. A semelhança de fatores como o contexto geográfico, os hábitos, a cultura, a língua e a constelação política e administrativa tem um grande impacto na sustentabilidade da cooperação.

**Brexit**

Anualmente, estima-se que 1000 cidadãos do Reino Unido sejam reembolsados em conformidade com a diretiva. A França, a Polónia e a Letónia contam-se entre os destinos de tratamento mais populares. Para além do número acima referido, o Reino Unido trata cerca de 1500 doentes da UE ao abrigo da diretiva. Uma vez que nem todos os Estados-Membros estão em condições de apresentar à Comissão dados pertinentes sobre a mobilidade dos doentes, na prática, a mobilidade para o Reino Unido é ligeiramente superior ao estimado. Paralelamente, estão envolvidos cerca de 40 hospitais do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido nas RER que foram criadas ao abrigo da diretiva.

PROPOSTA DE RESOLUÇÃO DO PARLAMENTO EUROPEU

sobre a aplicação da Diretiva relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços

(2018/2108(INI))

*O Parlamento Europeu*,

– Tendo em conta a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços[[1]](#footnote-1),

– Tendo em conta o Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia, nomeadamente o artigo 114.º e o artigo 168.º,

– Tendo em conta o 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[[2]](#footnote-2),

– Tendo em conta o Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 27 de abril de 2016, relativo à proteção das pessoas singulares no que diz respeito ao tratamento de dados pessoais e à livre circulação desses dados e que revoga a Diretiva 95/46/CE (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados)[[3]](#footnote-3),

– Tendo em conta as Conclusões do Conselho, de 6 de junho de 2011, sobre «Rumo a sistemas de saúde modernos, reativos e sustentáveis»[[4]](#footnote-4),

– Tendo em conta os programas de saúde plurianuais para os períodos 2003-2008[[5]](#footnote-5), 2008‑2013[[6]](#footnote-6) e 2014-2020[[7]](#footnote-7), respetivamente,

– Tendo em conta os relatórios da Comissão de 4 de setembro de 2015 e de 21 de setembro de 2018 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 e COM(2018)0651),

- Tendo em conta a Comunicação da Comissão, de 25 de abril de 2018, 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)0233),

– Tendo em conta o relatório da Comissão, de 18 de julho de 2018, sobre os dados dos Estados-Membros relativos aos cuidados de saúde transfronteiriços em 2016[[8]](#footnote-8),

– Tendo em conta a 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[[9]](#footnote-9),

– Tendo em conta a Comunicação da Comissão, de 6 de maio de 2015, intitulada «Estratégia para o Mercado Único Digital na Europa» (COM(2015)0192),

– Tendo em conta o Plano de ação para a saúde em linha 2012-2020, em especial a dimensão transnacional explícita (COM (2012) 0736),

– Tendo em conta a Avaliação intercalar da Comissão do Plano de Ação para a saúde em linha 2012-2020 (COM (2017) 0586),

– Tendo em conta a Comunicação da Comissão, de 11 de novembro de 2008, sobre as doenças raras (COM (2008) 0679) e a Recomendação do Conselho, de 8 de junho de 2009, relativa a uma ação europeia em matéria de doenças raras[[10]](#footnote-10),

– Tendo em conta o relatório de execução da Comissão, de 5 de setembro de 2014, sobre a sua Comunicação sobre doenças raras (COM (2014) 0548),

– Tendo em conta as Recomendações sobre Redes Europeias de Referência para as Doenças Raras do Comité de Peritos da UE em matéria de Doenças Raras (EUCERD), de 31 de janeiro de 2013, e a respetiva adenda, de 10 de junho de 2015,

– Tendo em conta a nota de enquadramento do Tribunal de Contas sobre o sistema de cuidados de saúde transfronteiriços na UE, de maio de 2018[[11]](#footnote-11),

– Tendo em conta a Comunicação da Comissão, de 20 de setembro de 2017, intitulada «Impulsionar o crescimento e a coesão nas regiões fronteiriças da UE» (COM(2017)0534),

– Tendo em conta a Proclamação Interinstitucional sobre o Pilar Europeu dos Direitos Sociais[[12]](#footnote-12),

– Tendo em conta o artigo 52.º do seu Regimento, bem como o artigo 1.º, n.º 1, alínea e), e o anexo 3 da Decisão da Conferência dos Presidentes, de 12 de dezembro de 2002, sobre o processo de autorização para elaborar relatórios de iniciativa,

– Tendo em conta o relatório da Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar e o parecer da Comissão do Mercado Interno e da Proteção dos Consumidores (A8-0046/2019),

A. Considerando que os sistemas de saúde a um preço comportável para todas as pessoas na UE e nos seus Estados-Membros são cruciais para garantir um elevado nível de saúde pública, coesão social e justiça social, preservando e garantindo o acesso universal, e que a qualidade de vida dos doentes é reconhecida enquanto componente importante da avaliação de custos/benefícios no setor da saúde;

B. Considerando que a Diretiva 2011/24/UE (a seguir referida como «a diretiva»), em conformidade com o artigo 168.º, n.º 7, do TFUE, respeita a liberdade de cada Estado‑Membro tomar as decisões adequadas em matéria de cuidados de saúde e não interfere nas escolhas éticas fundamentais das autoridades competentes dos Estados-Membros, nem as põe em causa; que existem diferenças nos respetivos serviços prestados pelos Estados-Membros, bem como na forma como são financiados; que a diretiva oferece aos cidadãos europeus outras possibilidades em termos de cuidados de saúde, para além das existentes no seu próprio país;

C. Considerando que a saúde pode ser entendida como um direito fundamental, de acordo com o artigo 2.º (sobre o direito à vida) e com o artigo 35.º (sobre proteção da saúde), da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia;

D. Considerando que os sistemas de saúde na UE enfrentam desafios devido ao envelhecimento da população, às restrições orçamentais, ao aumento da incidência das doenças crónicas e raras, às dificuldades em assegurar cuidados de saúde básicos nas regiões rurais e ao elevado preço dos medicamentos; que os Estados-Membros são responsáveis pelo desenvolvimento, pela manutenção e pelo intercâmbio a nível transfronteiras de informações sobre um catálogo atualizado das carências de medicamentos, a fim de garantir o acesso a medicamentos essenciais;

E. Considerando que os cuidados de saúde de que os cidadãos necessitam podem, por vezes, ser mais bem prestados noutro Estado-Membro, devido à proximidade, à facilidade de acesso, à natureza especializada dos cuidados ou à falta de capacidade, por exemplo, a falta de medicamentos essenciais, no seu próprio Estado-Membro;

F. Considerando que os resultados do relatório sobre o funcionamento da diretiva demonstram que, em 2015, nem todos os Estados-Membros aplicavam, de forma completa ou correta, a diretiva;

G. Considerando que o setor da saúde é uma componente vital da economia da UE, que ascende a 10 % do seu PIB, valor que pode aumentar para 12,6 % até 2060 devido a fatores socioeconómicos;

H. Considerando que, segundo o artigo 20.º da diretiva em referência, a Comissão deve apresentar um relatório de execução sobre o funcionamento da diretiva de três em três anos; que a Comissão deve avaliar constantemente e apresentar informações de forma regular sobre os fluxos de doentes, as dimensões administrativas, sociais e financeiras da mobilidade dos doentes e o funcionamento das redes europeias de referência (RER) e dos pontos de contacto nacionais;

I. Considerando que, segundo o relatório da Comissão, de 21 de setembro de 2018, sobre a aplicação da diretiva, continua a ser difícil para os cidadãos descobrir como podem fazer uso dos seus direitos em termos de cuidados de saúde transfronteiriços; que são necessárias maior clareza e transparência quanto às condições em que funcionam os prestadores de cuidados de saúde, a fim de garantir uma mobilidade segura dos pacientes;

J. Considerando que a Comunicação da Comissão, de 25 de abril de 2018, sobre saúde em linha refere que os sistemas de saúde e de cuidados de saúde exigem reformas e soluções inovadoras para se tornarem mais resilientes, acessíveis e eficazes; que, por conseguinte, a utilização de novas tecnologias e instrumentos digitais deve ser reforçada para melhorar a qualidade e a sustentabilidade dos serviços de cuidados de saúde;

K. Considerando que a diretiva proporciona uma base jurídica clara para a cooperação e a colaboração europeias no que diz respeito à avaliação das tecnologias da saúde (ATS), à saúde em linha, às doenças raras e às normas de segurança e qualidade dos serviços e produtos de saúde;

L. Considerando o direito dos cidadãos da UE de acederem a cuidados especializados no seu próprio Estado-Membro; que, porém, o número de doentes que fazem uso do seu direito a cuidados de saúde transfronteiriços, tal como previsto na diretiva, incluindo exames médicos preventivos, rastreios e controlos de saúde, está a aumentar, embora muito lentamente;

M. Considerando que os programas de vacinação não são abrangidos pela presente diretiva, embora constituam uma das políticas mais eficazes da UE, e tendo em conta as dificuldades de acesso à vacinação em alguns Estados-Membros;

N. Considerando que nem todos os Estados-Membros conseguiram fornecer dados ou informações sobre os doentes que se deslocam ao estrangeiro e que a recolha de dados nem sempre é comparável entre Estados-Membros;

O. Considerando que 83 % das pessoas inquiridas numa recente sondagem da Comissão aprovaram a divulgação de dados médicos para efeitos de investigação e melhoria das condições de saúde dos doentes[[13]](#footnote-13); que qualquer integração futura dos sistemas de saúde do ponto de vista digital deve garantir que os sistemas de saúde e os doentes sejam responsáveis pela guarda e gestão desses dados, a fim de garantir a equidade, a sustentabilidade e segurança para os doentes;

P. Considerando que a mobilidade dos doentes na UE coberta pelo âmbito de aplicação da diretiva continua a ser relativamente baixa e não teve um impacto orçamental significativo na sustentabilidade dos sistemas nacionais de saúde;

Q. Considerando que os Estados-Membros são responsáveis pelo acesso aos cuidados de saúde de que as pessoas necessitam e por garantir o reembolso de todos os custos correspondentes; que os serviços de saúde dos Estados-Membros são responsáveis pela definição dos critérios que permitem que os cidadãos recebam cuidados de saúde noutro Estado-Membro; que, num número considerável de Estados-Membros, os obstáculos com que os doentes se deparam quando recorrem aos sistemas de saúde continuam a ser significativos; que os encargos administrativos podem provocar atrasos nos reembolsos; que esta situação apenas agrava a fragmentação do acesso aos serviços e que, por conseguinte, deve ser melhorada através da coordenação entre os Estados-Membros;

R. Considerando que o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) é regulado pelo regulamento relativo à coordenação dos sistemas de segurança social e que a sua aplicação varia consideravelmente de Estado-Membro para Estado-Membro; que uma aplicação uniforme do CESD e uma maior coordenação entre os Estados-Membros são essenciais para reduzir os encargos administrativos existentes e garantir um reembolso rápido e não discriminatório aos doentes, garantindo simultaneamente a livre circulação dos cidadãos da UE;

S. Considerando que os doentes ainda se deparam com dificuldades práticas e legais ao utilizarem receitas médicas noutros Estados-Membros;

T. Considerando que o papel dos pontos de contacto nacionais (PCN) consiste em garantir que os doentes recebem a informação correta para poderem tomar uma decisão informada;

U. Considerando que os pontos de contacto nacionais (PCN) ainda não são suficientemente conhecidos do público, o que tem um impacto negativo na sua eficácia; Considerando que a eficiência e o alcance dos PCN dependem do apoio que recebem da UE e dos Estados-Membros, dos mecanismos estabelecidos para a comunicação, do intercâmbio de boas práticas e de dados, incluindo informações de contacto, e de orientações para a referenciação dos doentes;

V. Considerando que existem grandes variações entre os vários PCN no que diz respeito ao funcionamento, à acessibilidade, à visibilidade e à afetação dos recursos, tanto em termos de qualidade como de quantidade;

W. Considerando que, de acordo com uma sondagem Eurobarómetro de maio de 2015[[14]](#footnote-14), os doentes não estão suficientemente informados dos seus direitos em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e menos de 20 % dos cidadãos pensam estar bem informados;

X. Considerando que a prestação de cuidados de saúde a nível transfronteiriço só será eficaz se os doentes, os profissionais de saúde e outras partes interessadas estiverem devidamente informados sobre o assunto e se as regras que o regem forem facilmente acessíveis;

Y. Considerando que os doentes, os prestadores de cuidados e os profissionais de saúde continuam a deparar-se com grandes lacunas de informação no que diz respeito aos direitos dos doentes em geral e, nomeadamente, àqueles que são previstos pela diretiva;

Z. Considerando que os profissionais da saúde tratam de questões extremamente sensíveis ligadas aos seus doentes, o que exige uma comunicação clara e compreensível; que as barreiras linguísticas podem dificultar a transferência de informações entre os profissionais de saúde e os seus doentes;

AA. Considerando que existe uma margem considerável para melhorar e simplificar os procedimentos de reembolso em vários Estados-Membros, nomeadamente no que diz respeito às receitas médicas, aos medicamentos órfãos, aos compostos e produtos farmacêuticos de carácter medicinal e aos tratamentos e procedimentos de seguimento;

AB. Considerando que, atualmente, seis Estados-Membros e a Noruega não têm qualquer sistema de autorização prévia, dando, assim, liberdade de escolha aos doentes e reduzindo os encargos administrativos.

AC. Considerando que existem vários acordos bilaterais entre Estados-Membros e regiões limítrofes que poderiam servir de base às boas práticas de excelência para continuar a desenvolver os cuidados de saúde transfronteiriços em toda a UE;

***Execução***

1. Congratula-se com as medidas tomadas pela Comissão para avaliar se os Estados-Membros transpuseram corretamente a diretiva;

2. Regista os benefícios da diretiva em apreço ao clarificar as regras em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e ao garantir o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União, bem como ao contribuir para a mobilidade dos doentes, em conformidade com a jurisprudência do Tribunal de Justiça; manifesta a sua desilusão pelo facto de um número significativo de Estados‑Membros não ter aplicado eficazmente os requisitos para garantir os direitos dos doentes; exorta, portanto, os Estados-Membros a garantirem a sua aplicação adequada, assegurando um elevado nível de proteção da saúde pública que contribui para a melhoria da saúde dos cidadãos, respeitando, simultaneamente, o princípio da livre circulação de pessoas no mercado interno;

3. Convida a Comissão a apresentar os seus relatórios trienais de avaliação sobre o funcionamento da diretiva e a apresentá-los ao Parlamento e ao Conselho em conformidade; salienta a importância de recolher informações, para fins estatísticos, sobre os doentes que se deslocam ao estrangeiro para efeitos de tratamento e de analisar as razões do fluxo de doentes entre países; convida igualmente a Comissão a publicar, se tal for exequível e numa base anual, a repartição dos serviços prestados e os montantes totais pagos por cada Estado-Membro a título de prestações de cuidados de saúde transfronteiriços;

4. Convida a Comissão a incluir a qualidade de vida dos doentes e os resultados dos cuidados de saúde na sua avaliação de custos/benefícios da execução da presente diretiva;

5. Recorda aos Estados-Membros o compromisso assumido tendo em vista prestar à Comissão a assistência e todas as informações disponíveis para realizar a avaliação e a elaboração dos citados relatórios;

6. Convida a Comissão a estabelecer orientações para a aplicação, em particular nos pontos de interação da diretiva e do regulamento relativos à coordenação dos sistemas de segurança social, e a assegurar uma melhor coordenação, a este respeito, entre todas as partes interessadas nas instituições;

7. Realça que os Estados-Membros devem transpor a diretiva de forma correta, para garantir cuidados de saúde transfronteiriços de elevada qualidade e de fácil acesso para os doentes, respeitando os prazos de aplicação estabelecidos pela regulamentação em vigor; reconhece que podem ser introduzidas melhorias específicas no que diz respeito ao acesso a medicamentos receitados e à continuidade do tratamento prescrito; solicita à Comissão que explore a possibilidade de incluir os programas de vacinação no âmbito de aplicação da presente diretiva;

8. Observa com satisfação o impacto positivo de iniciativas como o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD), que é emitido gratuitamente e permite que qualquer pessoa que esteja segurada ou coberta por um regime legal de segurança social obtenha tratamento médico noutro Estado-Membro a título gratuito ou a custo reduzido; salienta a importância de uma cooperação bem-sucedida entre as instituições, a fim de evitar a utilização abusiva do CESD;

9. Salienta a necessidade de assegurar clareza e transparência sobre as condições em que operam os prestadores de cuidados de saúde; realça a importância de os prestadores e profissionais de cuidados de saúde terem um seguro de responsabilidade civil profissional, conforme previsto na presente diretiva e na Diretiva 2005/36/CE, a fim de melhorar a qualidade dos serviços de saúde e de aumentar a proteção dos doentes;

***Financiamento***

10. Recorda que o financiamento dos cuidados de saúde transfronteiriços cabe aos Estados‑Membros, que reembolsam os custos em conformidade com a regulamentação em vigor; recorda ainda que a Comissão apoia a cooperação prevista no capítulo IV da diretiva através dos programas de saúde;

11. Manifesta, neste contexto, sérias preocupações quanto à proposta de redução do financiamento do programa de saúde; reitera o seu apelo para que o programa de saúde seja restabelecido como um sólido programa independente, com um aumento do financiamento no próximo quadro financeiro plurianual (QFP) 2021-2027, de molde a realizar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) das Nações Unidas em matéria de saúde pública, sistemas de saúde e problemas relacionados com o ambiente e assegurar uma política de saúde ambiciosa centrada nos desafios transfronteiriços, nomeadamente um aumento dos esforços comuns da União na luta contra o cancro, na prevenção, na deteção precoce e na gestão de doenças crónicas, incluindo doenças genéticas, pandémicas e cancros raros, no combate à resistência antimicrobiana e na garantia de acesso mais fácil aos cuidados de saúde a nível transfronteiriço;

12. Sublinha a importância do Fundo Social Europeu, do Fundo Europeu Estrutural e de Investimento em matéria de saúde e do Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional, incluindo o programa Interreg, na melhoria dos serviços de saúde e na redução das desigualdades entre as regiões e grupos sociais dos Estados-Membros no domínio da saúde; solicita que os fundos estruturais e de coesão sejam igualmente utilizados para melhorar e facilitar o acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços no próximo QFP;

***Mobilidade dos doentes***

13. Faz notar que são quatro as razões para a reduzida mobilidade dos doentes: i) alguns Estados-Membros atrasaram-se bastante na aplicação da diretiva; ii) a sensibilização dos cidadãos para os seus direitos gerais de reembolso é extremamente reduzida; iii) alguns Estados-Membros impuseram determinados obstáculos que limitam os cuidados de saúde transfronteiriços, como ónus administrativos; e iv) as informações sobre os doentes que procuram cuidados de saúde noutro Estado-Membro com base na diretiva estão em falta ou estão incompletas;

14. Observa que alguns sistemas de autorização prévia parecem ser excessivamente burocráticos e/ou restritivos atendendo ao número de pedidos efetuados em cada ano; solicita à Comissão que prossiga os diálogos estruturados com os Estados-Membros, proporcionando uma maior clareza no que respeita aos requisitos de autorização prévia e às respetivas condições de reembolso;

15. Solicita à Comissão que desenvolva orientações destinadas aos Estados-Membros para permitir que as pessoas, mediante autorização prévia, comparem os tratamentos efetuados no estrangeiro com o tratamento disponível no próprio Estado-Membro, tendo a eficiência de custos para os doentes enquanto linha de orientação;

16. Recorda aos Estados-Membros que quaisquer restrições à aplicação da diretiva, como os requisitos em matéria de autorização prévia ou as limitações em termos de reembolso, devem ser necessárias e proporcionadas e não devem redundar numa discriminação arbitrária ou social, nem em obstáculos injustificados à livre circulação de doentes e serviços ou numa sobrecarga dos sistemas de saúde públicos nacionais; insta os Estados-Membros a terem em conta as dificuldades dos doentes com baixos rendimentos que têm de efetuar pagamentos antecipados no contexto de um tratamento transfronteiriço; observa que os sistemas de autorização prévia visam permitir o planeamento por parte dos Estados-Membros e proteger os doentes de tratamentos que suscitem preocupações sérias e específicas relativamente à qualidade ou segurança dos cuidados prestados;

17. Verifica com preocupação que, em determinados Estados-Membros, as companhias seguradoras têm discriminado de forma arbitrária ou criado obstáculos injustificados à livre circulação de doentes e de serviços, com consequências financeiras negativas para os doentes;

18. Insta os Estados-Membros a informarem a Comissão de qualquer decisão que vise introduzir limitações ao reembolso dos custos, nos termos do artigo 7.º, n.º 9, da diretiva, indicando as razões para tal decisão;

19. Lamenta que alguns Estados-Membros concedam, pontualmente, níveis de reembolso inferiores aos cuidados de saúde transfronteiriços fornecidos por prestadores de cuidados de saúde privados ou não contratados nos seus próprios territórios do que aos cuidados de saúde transfronteiras prestados por prestadores de cuidados de saúde públicos ou contratados; considera que deve ser assegurado o mesmo nível de reembolso para cuidados de saúde privados e cuidados de saúde públicos, desde que possa ser garantida a segurança e qualidade desses cuidados;

20. Solicita à Comissão e aos Estados-Membros que trabalhem em conjunto tendo em vista avaliar, harmonizar e simplificar os procedimentos de reembolso para os doentes que recebam cuidados de saúde transfronteiriços, incluindo o esclarecimento relativo ao reembolso de tratamentos e procedimentos de acompanhamento, bem como criar balcões únicos nacionais de coordenação juntos das seguradoras de saúde;

21. Lamenta que a aplicação da diretiva no domínio da «telemedicina» – serviços de saúde prestados à distância – tenha conduzido a uma certa falta de clareza no que respeita aos regimes de reembolso, uma vez que alguns Estados-Membros reembolsam ou proporcionam consultas de clínica geral e de especialidade à distância, enquanto outros não o fazem; insta a Comissão a apoiar a adoção das regras de reembolso, em conformidade com os artigos 7.º, n.º 1, e 4.º, n.º 1, para que estas também se apliquem à telemedicina, se for caso disso; incentiva os Estados-Membros a harmonizarem as suas abordagens em matéria de reembolso da telemedicina;

***Regiões fronteiriças***

22. Encoraja os Estados-Membros e as regiões fronteiriças a aprofundarem a cooperação transfronteiras em matéria de cuidados de saúde, de forma eficiente e financeiramente sustentável, incluindo através da transmissão de informação acessível, suficiente e facilmente compreensível, para garantir o melhor tratamento possível dos doentes; solicita à Comissão que apoie e promova um intercâmbio estrutural de boas práticas entre as regiões fronteiriças; incentiva os Estados-Membros a utilizarem essas melhores práticas para melhorar os cuidados de saúde noutras regiões também;

23. Congratula-se com a proposta da Comissão de reforçar a coesão entre as regiões fronteiriças, suprimindo algumas das barreiras jurídicas e administrativas com que se deparam através da criação de um mecanismo transfronteiriço da UE;

***Informação aos doentes***

24. Recorda o papel essencial dos pontos de contacto nacionais na prestação de informações aos doentes, ajudando-os a tomar uma decisão informada sobre a procura de cuidados de saúde noutros Estados-Membros da UE; insta a Comissão e os Estados-Membros a investirem mais na criação e promoção de pontos de contacto nacionais de fácil acesso e claramente visíveis e de plataformas de saúde em linha para os doentes, que devem prestar informações acessíveis digitalmente, de utilização simples e isentas de barreiras aos doentes e profissionais de saúde em múltiplas línguas;

25. Recomenda à Comissão, em conjunto com organizações de doentes, que desenvolva orientações sobre o funcionamento dos PCN, com vista a facilitar e a melhorar significativamente as modalidades de intercâmbio sistemático de informações e práticas, a criar procedimentos, formulários ou manuais harmonizados, simplificados e de utilização simples para os doentes, bem como a estabelecer uma ligação entre os PCN e as fontes de informação e de conhecimento especializado presentes nos Estados‑Membros;

26. Exorta os Estados-Membros a disponibilizarem fundos suficientes para que os seus PCN possam desenvolver informações completas e solicita à Comissão que intensifique a cooperação entre os PCN em toda a União;

27. Sublinha o potencial da saúde em linha para melhorar o acesso dos doentes a informações sobre as possibilidades dos cuidados de saúde transfronteiriços e sobre os seus direitos ao abrigo da presente diretiva;

28. Exorta os Estados-Membros a instarem os prestadores de cuidados de saúde e hospitais a facultarem antecipadamente aos doentes uma estimativa de custos precisa e atualizada para o tratamento no estrangeiro, incluindo medicamentos, honorários, internamentos e taxas adicionais;

29. Solicita à Comissão que clarifique, em benefício dos peritos nacionais e através de campanhas de informação, a complexidade da atual situação jurídica decorrente da interação entre a diretiva e o regulamento sobre a coordenação da segurança social;

30. Solicita à Comissão que organize, em colaboração com as autoridades nacionais competentes, os PCN, as RER, as organizações de doentes e as redes de profissionais de saúde, campanhas de informação públicas exaustivas, incluindo através do aproveitamento de novas oportunidades digitais destinadas a promover a sensibilização estrutural para os direitos e obrigações dos doentes ao abrigo da diretiva;

31. Insta a Comissão a encorajar os Estados-Membros a tornarem as informações mais acessíveis em relação aos procedimentos através dos quais os doentes podem apresentar reclamações quando os seus direitos ao abrigo da presente diretiva tiverem sido desrespeitados ou mesmo violados;

32. Recomenda à Comissão que desenvolva orientações sobre o tipo de informações que os PCN devem facultar, em particular no que respeita à lista de tratamentos sujeitos ou isentos de autorização prévia, bem como os critérios aplicados e os procedimentos aplicáveis;

33. Solicita à Comissão Europeia e aos Estados-Membros que avaliem a necessidade de definir as razões pelas quais o acesso aos cuidados de saúde transfronteiriços deve ser assegurado por forma a garantir a livre circulação, mas os cuidados de saúde não devem constituir um fim em si mesmo enquanto os sistemas de saúde forem de competência nacional;

34. Encoraja a Comissão a promover uma maior cooperação entre as autoridades dos Estados-Membros em geral, e não apenas através dos pontos de contacto nacionais, e a avaliar melhor as vantagens das iniciativas de cooperação existentes, em particular nas regiões transfronteiriças, garantindo o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde seguros, de qualidade elevada e eficazes;

***Doenças raras, cancros raros e redes europeias de referência (RER)***

35. Destaca a importância da cooperação a nível da UE para garantir a partilha eficiente de conhecimentos, informações e recursos destinados a combater eficazmente as doenças raras e crónicas, incluindo os cancros raros, em toda a UE; incentiva, nesse contexto, a Comissão a apoiar o estabelecimento de centros especializados em doenças raras na UE, que devem ser plenamente integrados nas RER;

36. Recomenda que seja dado seguimento às medidas já tomadas para reforçar a sensibilização e a compreensão do público sobre as doenças raras e cancros raros e aumentar o financiamento da I&D; solicita à Comissão que continue a garantir o acesso a informações, medicamentos e tratamentos médicos por parte de doentes com doenças raras em toda a UE, e a promover um melhor acesso a diagnósticos precoces e corretos; insta a Comissão a abordar a questão da taxa reduzida de registo de doenças raras e a desenvolver e promover normas comuns para o intercâmbio de dados relativos a registos de doenças raras;

37. Salienta a necessidade aguda de melhorar os modelos de adesão dos doentes, que se devem basear nas conclusões mais fiáveis de meta-análises e estudos empíricos em grande escala e refletir as realidades da prática médica e facultar recomendações no sentido de melhorar a dedicação do doente ao tratamento, em particular na gestão de doenças crónicas, sendo este um fator fundamental para avaliar a eficiência e eficácia dos sistemas de saúde;

38. Sublinha a importância e o valor acrescentado da mobilidade de profissionais de cuidados de saúde ao nível da UE, tanto ao longo das suas carreiras académicas como profissionais, bem como do papel especial que desempenham na melhoria dos conhecimentos e competências no âmbito de doenças raras;

39. Propõe que a Comissão lance um novo convite ao desenvolvimento de novas RER e continue a apoiar o desenvolvimento e a expansão do modelo das RER, de modo a reduzir as disparidades geográficas e as lacunas em matéria de conhecimentos especializados; insiste, contudo, em que um alargamento das RER não deve pôr em causa o funcionamento das RER existentes, na sua fase inicial;

40. Lamenta a incerteza que rodeia os princípios de funcionamento das redes europeias de referência e a sua interação com os sistemas nacionais de saúde e outros programas da UE; insta, por conseguinte, a Comissão a apoiar os Estados-Membros e as RER na definição de regras claras e transparentes em matéria de referenciação dos doentes e a chegar a um acordo sobre o tipo de apoio a prestar pelos Estados-Membros às RER;

41. Insta a Comissão a pôr em marcha um plano de ação, através do Programa Comum Europeu sobre Doenças Raras, para o desenvolvimento e financiamento sustentável das redes europeias de referência e das redes de doentes que as apoiam; incentiva os Estados-Membros a apoiarem os prestadores de cuidados de saúde no âmbito das redes europeias de referência (RER) e a integrarem estas redes nos seus sistemas de saúde, adaptando os respetivos quadros jurídicos e regulamentares e remetendo para as RER nos seus planos nacionais em matéria de doenças raras e de cancros;

***Reconhecimento mútuo das receitas eletrónicas***

42. Deplora as dificuldades com que se deparam os doentes, especialmente nas zonas fronteiriças, para garantir o acesso e o reembolso de medicamentos noutros Estados‑Membros, devido às diferenças de disponibilidade e de regras administrativas em toda a UE; insta os Estados-Membros e as suas respetivas autoridades de saúde a lidarem com as questões jurídicas e práticas que dificultam o reconhecimento mútuo de receitas médicas em toda a UE e insta a Comissão a adotar medidas de apoio nesse sentido;

43. Deplora as dificuldades com que se deparam os doentes para garantir o acesso e o reembolso de medicamentos noutros Estados-Membros, devido às diferenças de disponibilidade e de regras em toda a UE;

44. Apela à Comissão para elaborar um plano de ação que tenha em vista uma solução sistemática para o problema dos preços excessivamente elevados dos medicamentos e da grande disparidade de preços nos diversos Estados-Membros;

45. Insta a Comissão a tomar medidas para garantir que as receitas médicas emitidas pelos centros de especialização ligados às RER são aceites para reembolso em todos os Estados-Membros;

46. Regozija-se com o apoio do Mecanismo Interligar a Europa (MIE) no âmbito dos esforços para garantir o desenvolvimento bem-sucedido dos projetos-piloto em curso no domínio do intercâmbio de receitas eletrónicas e dos historiais dos doentes e abrir caminho para que outros Estados-Membros o façam até 2020; insiste em que este apoio seja prosseguido no próximo QFP;

***Saúde em linha***

47. Reconhece que a saúde em linha pode ajudar a garantir a sustentabilidade dos sistemas de saúde, através da redução de determinados custos, e pode constituir uma parte importante da resposta da UE aos desafios atuais em matéria de cuidados de saúde; sublinha que a interoperabilidade da saúde em linha deve tornar-se uma prioridade, a fim de melhorar os registos mundiais dos doentes e a continuidade dos cuidados a par da garantia da privacidade dos doentes; considera que deve ser dada especial atenção à possibilidade de todos os doentes terem acesso fácil aos cuidados, sobretudo os idosos e as pessoas com deficiência; sugere, neste contexto, que os Estados-Membros tomem medidas para investir na literacia digital dos cidadãos e para reforçar as novas soluções face ao envelhecimento da população, utilizando todos os meios à sua disposição para garantir que a exclusão devido à digitalização seja evitada;

48. Congratula-se com a criação da infraestrutura de serviços digitais de saúde em linha à escala da UE (eHDSI), que promoverá o intercâmbio transfronteiras de dados de saúde, designadamente das receitas eletrónicas e dos historiais dos doentes;

49. Convida os Estados-Membros a, com celeridade, tomarem medidas para ligarem os respetivos sistemas de saúde à eHDSI através de um PCN específico para a saúde em linha subsequente às próprias avaliações de riscos e solicita à Comissão que facilite este processo;

50. Exorta a Comissão a dar resposta, com caráter prioritário, às necessidades em matéria de saúde digital nos Estados-Membros; congratula-se com o apoio que a Comissão conferiu a recursos financeiros sustentáveis para assegurar estratégias nacionais robustas de saúde digital e criar um quadro adequado para ações conjuntas a nível da UE, a fim de prevenir a duplicação dos esforços e de garantir o intercâmbio de melhores práticas para uma utilização mais generalizada das tecnologias digitais nos Estados‑Membros;

51. Solicita aos Estados-Membros que continuem a intensificar em toda a Europa a cooperação entre as suas autoridades de saúde, a fim de conectar os dados de saúde em linha e registos pessoais com os instrumentos de prescrição em linha, permitindo aos profissionais de saúde prestarem aos seus doentes cuidados personalizados e bem informados e promovendo a cooperação entre médicos, a par do respeito pleno da legislação da UE em matéria de proteção de dados; insta a Comissão a tomar medidas com vista à facilitação de tais ações;

52. Insta os Estados-Membros a aplicarem rapidamente o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), a fim de salvaguardar os dados dos doentes utilizados nas aplicações de saúde em linha, e sublinha a importância, em especial no domínio da saúde, de acompanhar a aplicação do Regulamento (UE) n.º 910/2014 relativo à identificação eletrónica e aos serviços de confiança para as transações eletrónicas no mercado interno[[15]](#footnote-15); sublinha a necessidade de permitir aos cidadãos acederem e fazerem uso dos seus próprios dados de saúde, em conformidade com os princípios estabelecidos no RGPD;

***Brexit***

53. Solicita à Comissão que negoceie um acordo sólido pós-Brexit com o Reino Unido em matéria de saúde, prestando especial atenção aos direitos transfronteiras dos doentes e ao funcionamento das RER;

º

º º

54. Congratula-se com a intenção do Tribunal de Contas Europeu de realizar uma auditoria sobre a eficácia da aplicação da diretiva e de examinar, em particular, o acompanhamento e a supervisão desta aplicação por parte da Comissão, os resultados alcançados até à data a nível da prestação de cuidados de saúde transfronteiriços e a eficácia do quadro de financiamento da UE no que diz respeito à ação financiada;

55. Insta os Estados-Membros a aplicarem, de forma adequada e em plena cooperação com a Comissão, todas as disposições da diretiva;

56. Encarrega o seu Presidente de transmitir a presente resolução ao Conselho e à Comissão.

ANEXO: LISTA DE ENTIDADES OU PESSOAS SINGULARES  
DE QUEM O RELATOR DE PARECER RECEBEU CONTRIBUIÇÕES

A seguinte lista é elaborada a título meramente facultativo, sob a responsabilidade exclusiva do relator. O relator recebeu das seguintes entidades ou pessoas singulares contribuições aquando da preparação do presente relatório, até à sua aprovação em comissão:

|  |
| --- |
| **Entidade e/ou pessoa singular** |
| **BEUC**: |
| Jelena Malinina |
| Francesca Cattarin |
|  |
| **European Patients Forum:** |
| Kaisa Immonen |
| Kostas Aligiannis |
|  |
| **Christelijke Mutualiteit:** |
| Michael Callens |
| Bernard Debbaut |
| Agnès Chapelle |
|  |
| **International Association of Mutual Benefit Societies** |
| Corinna Hartrampf |
|  |
| **Department eHealth of the Dutch Ministry of Health**: |
| Marcel Floor |
|  |
| **European Hospital and Healthcare Federation:** |
| Pascal Garel |
|  |
| **European Court of Auditors:** |
| Janusz Wojciechowski |
| Kinga Wisniewska-Danek |
| Nicholas Edwards |
| Colm Friel |
| Joanna Kokot |
|  |
| **European Commission, DG SANTE**: |
| Thea Emmerling |
| Balasz Lengyel |
| Brian Kilgallen |
| Antti Maunu |
| Corina Vasilescu |
| Andrzej Jan Rys |
| Marie-Sophie Wenzel |
| Lim Roger |

<Date>{23/11/2018}23.11.2018</Date>

<TITRETYPE>PARECER </TITRETYPE><COMMISSIONRESP>DA COMISSÃO DO MERCADO INTERNO E DA PROTEÇÃO DOS CONSUMIDORES</COMMISSIONRESP>

<CommissionInt>dirigido à Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar</CommissionInt>

<Titre>sobre a aplicação da Diretiva relativa aos cuidados de saúde transfronteiriços </Titre>

<DocRef>(2018/2108(INI))</DocRef>

Relatora de parecer: <Depute>Maria Grapini</Depute>

(\*) Comissão associada – Artigo 54.º do Regimento

SUGESTÕES

A Comissão do Mercado Interno e da Proteção dos Consumidores insta a Comissão do Ambiente, da Saúde Pública e da Segurança Alimentar, competente quanto à matéria de fundo, a incorporar as seguintes sugestões na proposta de resolução que aprovar:

– Tendo em conta os artigos 114.º e 168.º do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFUE),

– Tendo em conta a Diretiva 2011/24/UE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 9 de março de 2011, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços[[16]](#footnote-16),

– Tendo em conta o relatório da Comissão, de 21 de setembro de 2018, sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços (COM(2018)0651),

– Tendo em conta a Comunicação da Comissão, de 25 de abril de 2018, 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)0233),

A. Considerando que, segundo o artigo 20.º da Diretiva 2011/24/UE, a Comissão deve apresentar um relatório sobre a execução dessa diretiva de três em três anos; que a Comissão deve avaliar constantemente e apresentar informações de forma regular sobre os fluxos de doentes, as dimensões administrativas, sociais e financeiras da mobilidade dos doentes e o funcionamento das redes de referência europeias e dos pontos de contacto nacionais;

B. Considerando que, em 21 de setembro de 2018, a Comissão apresentou um relatório sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços, revelando que um grande número de Estados-Membros não aplicou corretamente a diretiva; que os obstáculos colocados aos doentes pelos sistemas de saúde são significativos e contribuem ainda mais para a fragmentação do acesso aos serviços de saúde;

C. Considerando que, segundo um inquérito Eurobarómetro de 2015, menos de 20% dos cidadãos tinham consciência dos seus direitos no que respeita a cuidados de saúde transfronteiriços; que pouco mudou no nível de sensibilização desde 2015, como demonstrado pelo lento aumento do número de cidadãos que viajam para receber cuidados de saúde;

D. Considerando que, segundo o relatório da Comissão, de 21 de setembro de 2018, sobre a aplicação da Diretiva 2011/24/UE, continua a ser difícil para os cidadãos descobrir como podem fazer uso dos seus direitos em termos de cuidados de saúde transfronteiriços; que são necessárias maior clareza e transparência quanto às condições em que funcionam os prestadores de cuidados de saúde, a fim de garantir uma mobilidade segura dos pacientes;

E. Considerando que a Comunicação da Comissão, de 25 de abril de 2018, sobre saúde em linha refere que os sistemas de saúde e de cuidados de saúde exigem reformas e soluções inovadoras para se tornarem mais resilientes, acessíveis e eficazes; que, por conseguinte, a utilização de novas tecnologias e instrumentos digitais deve ser reforçada para melhorar a qualidade e a sustentabilidade dos serviços de cuidados de saúde;

1. Regista os benefícios da Diretiva 2011/24/UE ao clarificar as regras em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços e ao garantir o acesso a cuidados de saúde transfronteiriços seguros e de elevada qualidade na União, bem como ao contribuir para a mobilidade dos doentes, em conformidade com a jurisprudência do Tribunal de Justiça; manifesta a sua desilusão pelo facto de um número significativo de Estados-Membros não ter aplicado eficazmente os requisitos para garantir os direitos dos doentes; exorta, portanto, os Estados-Membros a garantirem a sua aplicação adequada, assegurando um elevado nível de proteção da saúde pública que contribui para a melhoria da saúde dos cidadãos, respeitando, simultaneamente, o princípio da livre circulação de pessoas no mercado interno;

2. Salienta a necessidade de assegurar clareza e transparência sobre as condições em que operam os prestadores de cuidados de saúde; realça a importância de os prestadores e profissionais de cuidados de saúde terem um seguro de responsabilidade civil profissional, conforme previsto nas Diretivas 2005/36/UE e 2011/24/UE, a fim de melhorarem a qualidade dos serviços de saúde e de aumentarem a proteção dos doentes;

3. Insta a Comissão e os Estados-Membros a criarem ou a reforçarem um mecanismo adequado para a apresentação de reclamações por parte de doentes que procurem tratamento no estrangeiro, caso os seus direitos não tenham sido respeitados;

4. Insta os Estados-Membros a simplificarem, significativamente, o reembolso dos custos dos cuidados de saúde transfronteiriços e a evitarem atrasos indevidos ou limitações desnecessárias e desproporcionadas; incentiva as autoridades nacionais a não aplicarem requisitos onerosos, tais como a disponibilização de documentos adicionais desnecessários, acompanhados de traduções autenticadas;

5. Considera essencial para o bom funcionamento do mercado interno enfrentar os desafios futuros e realça que a digitalização pode trazer valor acrescentado à aplicação da diretiva; incentiva a Comissão e os Estados-Membros a centrarem-se nos progressos no domínio dos cuidados de saúde digitais e a estudarem novas iniciativas, como as faturas eletrónicas, a receita eletrónica ou as soluções de saúde em linha interoperáveis e que funcionem corretamente, que possam garantir uma boa mobilidade dos doentes, assegurando, simultaneamente, uma proteção eficaz dos dados pessoais através de requisitos adequados de segurança e privacidade; exorta a Comissão e os Estados‑Membros a abordarem as questões pendentes relativas ao reconhecimento mútuo de receitas médicas entre os Estados-Membros, bem como a falta de clareza no que se refere ao reembolso da telemedicina em que as consultas médicas são realizadas à distância;

6. Sublinha que os cidadãos, e em especial os doentes, bem como os profissionais de cuidados de saúde que prestam serviços no estrangeiro, têm dificuldade em encontrar e compreender a informação disponível sobre as normas e os procedimentos aplicáveis noutros Estados-Membros ou desconhecem os seus direitos; salienta a importância da disponibilidade de informação abrangente, facilmente acessível e de fácil compreensão sobre os seus direitos, bem como sobre os procedimentos, os custos e as taxas de reembolso dos cuidados de saúde transfronteiriços no âmbito da Diretiva 2011/24/UE;

7. Insta a Comissão e os Estados-Membros a tomarem medidas para aumentar a sensibilização dos doentes para os seus direitos e, em particular, a informarem os doentes, em cooperação com as organizações de doentes, sobre os complexos aspetos práticos e jurídicos das informações médicas de uma forma facilmente compreensível, nomeadamente através do desenvolvimento de orientações sobre os procedimentos faseados para a utilização dos serviços de cuidados de saúde transfronteiriços e da disponibilização de modelos normalizados para todos os tipos de formulários exigidos nos cuidados de saúde transfronteiriços;

8. Realça, neste contexto, o papel fundamental dos pontos de contacto nacionais ao fornecerem informação aos doentes e aos profissionais sobre os seus direitos, bem como sobre os procedimentos, custos e reembolsos, a fim de os ajudar a tomar decisões informadas quanto à procura de tratamento ou à prestação de um serviço, no seu país ou no estrangeiro, poupando, assim, tempo e custos; reconhece a importância de fornecer informações pormenorizadas sobre os procedimentos de queixa e a resolução de litígios por meios eletrónicos, através dos pontos de contacto nacionais; solicita, por conseguinte, a atribuição de recursos adequados para garantir o bom funcionamento dos pontos de contacto nacionais e promover o intercâmbio regular de informações entre si;

9. Encoraja a Comissão a promover uma maior cooperação entre as autoridades dos Estados-Membros em geral, e não apenas através dos pontos de contacto nacionais, e a avaliar melhor as vantagens das iniciativas de cooperação existentes, em particular nas regiões transfronteiriças, garantindo o acesso dos cidadãos a cuidados de saúde seguros, de qualidade elevada e eficazes;

10. Observa com satisfação o impacto positivo de iniciativas como o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD), que é emitido gratuitamente e permite que qualquer pessoa que esteja segurada ou coberta por um regime legal de segurança social obtenha tratamento médico noutro Estado-Membro a título gratuito ou a custo reduzido; salienta a importância de uma cooperação bem-sucedida entre as instituições, a fim de evitar a utilização abusiva do CESD;

11. Lamenta que a mobilidade dos doentes para cuidados de saúde planeados e, em particular, cuidados especializados, noutros Estados-Membros continue reduzida, uma vez que em vários Estados-Membros ainda não é claro para os doentes quais os critérios aplicáveis no que diz respeito a tratamentos sujeitos a autorização prévia e que envolvam «internamento hospitalar durante, pelo menos, uma noite» e «cuidados altamente especializados»; exorta os Estados-Membros a clarificar e a simplificar os regimes de autorização prévia e recorda que qualquer sistema de autorização prévia deve ser não discriminatório, justificado e proporcionado em relação ao objetivo prosseguido, não devendo constituir um obstáculo injustificado à livre circulação dos doentes, impedindo que os doentes que sofrem de desigualdades entre os diferentes Estados-Membros no domínio da saúde tenham acesso a um tratamento especializado necessário noutros Estados-Membros;

12. Salienta a importância de ter por base dados comparáveis ao acompanhar a aplicação da diretiva; observa que a recolha de dados varia de forma significativa entre Estados-Membros; insta a Comissão a estabelecer e a disponibilizar publicamente parâmetros de referência e indicadores-chave relativos à qualidade dos cuidados de saúde e à mobilidade dos doentes, a fim de melhor facilitar a comparação entre Estados-Membros;

13. Congratula-se com a intenção do Tribunal de Contas Europeu de realizar uma auditoria sobre a eficácia da aplicação da diretiva e de examinar, em particular, o acompanhamento e a supervisão desta aplicação por parte da Comissão, os resultados alcançados até à data a nível da prestação de cuidados de saúde transfronteiriços e a eficácia do quadro de financiamento da UE no que diz respeito à ação financiada;

14. Assinala que, nos termos do artigo 20.º da Diretiva 2011/24/UE, a Comissão é obrigada a elaborar um relatório sobre a execução desta diretiva de três em três anos; exorta, no entanto, a Comissão a monitorizar constantemente o desempenho e a eficiência dos sistemas de saúde, nomeadamente através da realização de um levantamento dos direitos dos doentes em toda a União, de modo a apoiar a aplicação e o cumprimento destes direitos, e a informar regularmente o Parlamento sobre o assunto.

INFORMAÇÕES SOBRE A APROVAÇÃO NA COMISSÃO ENCARREGADA DE EMITIR PARECER

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data de aprovação** | 22.11.2018 |  |  |  |
| **Resultado da votação final** | +:  –:  0: | 27  2  1 | | |
| **Deputados presentes no momento da votação final** | Carlos Coelho, Sergio Gaetano Cofferati, Daniel Dalton, Nicola Danti, Dennis de Jong, Evelyne Gebhardt, Maria Grapini, Robert Jarosław Iwaszkiewicz, Liisa Jaakonsaari, Philippe Juvin, Antonio López-Istúriz White, Morten Løkkegaard, Eva Maydell, Virginie Rozière, Christel Schaldemose, Olga Sehnalová, Jasenko Selimovic, Ivan Štefanec, Catherine Stihler, Anneleen Van Bossuyt, Marco Zullo | | | |
| **Suplentes presentes no momento da votação final** | Julia Reda, Adam Szejnfeld, Sabine Verheyen | | | |
| **Suplentes (art. 200.º, n.º 2) presentes no momento da votação final** | Salvatore Cicu, Mady Delvaux, Czesław Hoc, Jean Lambert, Juan Fernando López Aguilar, Anne-Marie Mineur | | | |

VOTAÇÃO NOMINAL FINAL NA COMISSÃO ENCARREGADA DE EMITIR PARECER

|  |  |
| --- | --- |
| **27** | **+** |
| ALDE  ECR  EFDD  PPE  S&D  Verts/ALE | Morten Løkkegaard, Jasenko Selimovic  Daniel Dalton, Czesław Hoc, Anneleen Van Bossuyt  Marco Zullo  Salvatore Cicu, Carlos Coelho, Philippe Juvin, Antonio López-Istúriz White, Eva Maydell, Ivan Štefanec, Adam Szejnfeld, Sabine Verheyen  Sergio Gaetano Cofferati, Nicola Danti, Mady Delvaux, Evelyne Gebhardt, Maria Grapini, Liisa Jaakonsaari, Juan Fernando López Aguilar, Virginie Rozière, Christel Schaldemose, Olga Sehnalová, Catherine Stihler  Jean Lambert, Julia Reda |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** | **-** |
| GUE/NGL | Anne-Marie Mineur, Dennis de Jong |

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **0** |
| EFDD | Robert Jarosław Iwaszkiewicz |

Legenda dos símbolos utilizados:

+ : votos a favor

- : votos contra

0 : abstenções

INFORMAÇÕES SOBRE A APROVAÇÃO  
NA COMISSÃO COMPETENTE QUANTO À MATÉRIA DE FUNDO

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data de aprovação** | 22.1.2019 |  |  |  |
| **Resultado da votação final** | +:  –:  0: | 55  0  3 | | |
| **Deputados presentes no momento da votação final** | Margrete Auken, Pilar Ayuso, Catherine Bearder, Ivo Belet, Simona Bonafè, Biljana Borzan, Paul Brannen, Soledad Cabezón Ruiz, Nessa Childers, Birgit Collin-Langen, Miriam Dalli, Seb Dance, Angélique Delahaye, Mark Demesmaeker, Stefan Eck, Bas Eickhout, José Inácio Faria, Karl-Heinz Florenz, Francesc Gambús, Elisabetta Gardini, Arne Gericke, Jens Gieseke, Julie Girling, Sylvie Goddyn, Françoise Grossetête, Jytte Guteland, Anneli Jäätteenmäki, Jean-François Jalkh, Benedek Jávor, Kateřina Konečná, Urszula Krupa, Peter Liese, Valentinas Mazuronis, Susanne Melior, Miroslav Mikolášik, Rory Palmer, Gilles Pargneaux, Bolesław G. Piecha, Pavel Poc, John Procter, Frédérique Ries, Daciana Octavia Sârbu, Annie Schreijer-Pierik, Ivica Tolić, Nils Torvalds, Adina-Ioana Vălean, Jadwiga Wiśniewska, Damiano Zoffoli | | | |
| **Suplentes presentes no momento da votação final** | Nikos Androulakis, Cristian-Silviu Buşoi, Christophe Hansen, Martin Häusling, Anja Hazekamp, Jan Huitema, Tilly Metz, Bart Staes, Tiemo Wölken | | | |
| **Suplentes (art. 200.º, n.º 2) presentes no momento da votação final** | Olle Ludvigsson | | | |

VOTAÇÃO NOMINAL FINAL NA COMISSÃO COMPETENTE QUANTO À MATÉRIA DE FUNDO

|  |  |
| --- | --- |
| **55** | **+** |
| ALDE : | Catherine Bearder, Jan Huitema, Anneli Jäätteenmäki, Valentinas Mazuronis, Frédérique Ries, Nils Torvalds |
| ECR: | Mark Demesmaeker, Arne Gericke, Urszula Krupa, Bolesław G. Piecha, Jadwiga Wiśniewska |
| GUE/NGL : | Stefan Eck, Anja Hazekamp, Kateřina Konečná |
| PPE: | Pilar Ayuso, Ivo Belet, Cristian Silviu Buşoi, Birgit Collin Langen, Angélique Delahaye, José Inácio Faria, Karl Heinz Florenz, Francesc Gambús, Elisabetta Gardini, Jens Gieseke, Julie Girling, Françoise Grossetête, Christophe Hansen, Peter Liese, Miroslav Mikolášik, Annie Schreijer Pierik, Ivica Tolić, Adina Ioana Vălean |
| S&D: | Nikos Androulakis, Simona Bonafè, Biljana Borzan, Paul Brannen, Soledad Cabezón Ruiz, Nessa Childers, Miriam Dalli, Seb Dance, Jytte Guteland, Olle Ludvigsson, Susanne Melior, Rory Palmer, Gilles Pargneaux, Pavel Poc, Daciana Octavia Sârbu, Tiemo Wölken, Damiano Zoffoli |
| VERTS/ALE: | Margrete Auken, Bas Eickhout, Martin Häusling, Benedek Jávor, Tilly Metz, Bart Staes |

|  |  |
| --- | --- |
| **0** | **-** |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **0** |
| ECR: | John Procter |
| EFDD : | Sylvie Goddyn |
| ENF : | Jean-François Jalkh |

Legenda dos símbolos utilizados:

+ : votos a favor

- : votos contra:

0 : abstenções

1. JO L 88 de 4.4.2011, p. 45. [↑](#footnote-ref-1)
2. JO L 166 de 30.4.2004, p. 1. [↑](#footnote-ref-2)
3. JO L 119 de 4.5.2016, p. 1. [↑](#footnote-ref-3)
4. JO C 202 de 8.7.2011, p. 10. [↑](#footnote-ref-4)
5. Decisão n.º 1786/2002/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de setembro de 2002, que aprova um programa de ação comunitária no domínio da saúde pública (2003-2008) (JO L 271 de 9.10.2002, p. 1). [↑](#footnote-ref-5)
6. Decisão n.º 1350/2007/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, de 23 de outubro de 2007, que cria um segundo Programa de Ação Comunitária no domínio da Saúde (2008-2013) (JO L 301 de 20.11.2007, p. 3). [↑](#footnote-ref-6)
7. Regulamento (UE) n.º 282/2014 do Parlamento Europeu e do Conselho, de 11 de março de 2014, relativo à criação de um terceiro Programa de ação da União no domínio da saúde (2014-2020) e que revoga a Decisão n.º 1350/2007/CE, JO L 86 de 21.3.2014, p. 1. [↑](#footnote-ref-7)
8. <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2016_msdata_en.pdf> [↑](#footnote-ref-8)
9. JO L 344 de 28.12.2011, p. 48. [↑](#footnote-ref-9)
10. JO C 151 de 3.7.2009, p. 7. [↑](#footnote-ref-10)
11. <https://www.eca.europa.eu/Lists/ECADocuments/BP_CBH/BP_Cross-border_healthcare_EN.pdf> [↑](#footnote-ref-11)
12. JO C 428 de 13.12.2017, p. 10. [↑](#footnote-ref-12)
13. Relatório de síntese da Comissão sobre a sua consulta intitulado «Transformation Health and Care in the Digital Single Market» (A evolução dos serviços de saúde e dos cuidados de saúde no mercado único digital»), 2018, <https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/2018_consultation_dsm_en.pdf> [↑](#footnote-ref-13)
14. Eurobarómetro especial n.º 425 sobre os direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços na União Europeia. [↑](#footnote-ref-14)
15. JO L 257 de 28.8.2014, p. 73. [↑](#footnote-ref-15)
16. JO L 88 de 4.4.2011, p. 45. [↑](#footnote-ref-16)