

# Perguntas e Respostas relativas ao reembolso das despesas dos cuidados de saúde transfronteiriços na UE

Reembolso nos termos da Diretiva 2011/24/UE e dos Regulamentos (CE) n.º 883/2004 e n.º 987/2009



A minha saúde @ UE

Infraestrutura de serviços digitais de saúde em linha Um serviço prestado pela União Europeia

#### **Perguntas e Respostas**

### Pretendo submeter-me a um procedimento médico noutro país da Europa. Como se processa o reembolso?

Em primeiro lugar, contacte o seu seguro ou sistema de saúde nacional que cobre o tratamento programado. Depois, terá de decidir como pretende que as despesas do tratamento sejam cobertas.

Existem dois instrumentos jurídicos da UE diferentes que cobrem os cuidados de saúde noutro país da UE. O primeiro é constituído pelos Regulamento (CE) n.º 883/2004 e n.º 987/2009, relativos à coordenação dos sistemas de segurança social (a seguir designados «os regulamentos»). O segundo é a Diretiva 2011/24/UE, relativa ao exercício dos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços (a seguir designada «a diretiva»). Importa ter em conta que o conjunto de serviços de cuidados de saúde cobertos, as condições de acesso a tratamento médico, bem como o reembolso financeiro são diferentes entre os dois instrumentos jurídicos. Pode encontrar mais informações no Manual para os Doentes, disponível em todas as línguas da UE¹ e no portal «Your Europe».

Os cuidados de saúde programados (quando viaja com a finalidade explícita de os receber) são possíveis em ambos os casos.

Nos termos dos regulamentos, se pretender obter cuidados de saúde programados noutro país da UE tem de, primeiro, pedir à instituição responsável pelo seu seguro de saúde, no seu país de origem, uma autorização prévia (formulário S2). Se tiver direito ao tratamento em causa, mas este não puder ser prestado dentro de um prazo clinicamente justificável, tendo em conta o seu estado de saúde atual e a evolução provável da doença, a autorização deve ser concedida (tem de ser realizada uma avaliação clínica em cada caso particular nos termos da legislação nacional). Em todos os restantes casos, a instituição dispõe de um poder discricionário para conceder ou recusar a autorização.

Se a autorização for concedida, as despesas do tratamento são cobertas de acordo com as condições e as taxas de reembolso do país de tratamento. Normalmente, essas despesas são pagas diretamente pela instituição de seguro à instituição do país de tratamento, pelo que não tem de adiantar o pagamento. No entanto, pode dar-se o caso de ter de cobrir certas taxas a cargo do doente.

Como exceção a esta regra, se tiver pagado todas as despesas de tratamento diretamente, pode pedir o reembolso, quer no país de tratamento, quer no seu país de seguro.

Cumpre salientar que apenas os prestadores de cuidados de saúde que fazem parte do sistema público de saúde, ou estão convencionados com esse sistema, estão abrangidos pelos regulamentos. Os cuidados de saúde privados nunca são reembolsados nos termos dos regulamentos.

Nos termos da diretiva, a autorização prévia para os cuidados programados apenas é necessária quando esteja previsto internamento hospitalar com pernoita, ou quando o tratamento exija o recurso a infraestruturas, ou equipamentos altamente especializados e onerosos, ou apresente um elevado risco para o doente. Neste caso, tem direito a ser reembolsado até ao montante que o seu sistema nacional teria pagado se esse tratamento tivesse sido recebido no país de origem, e a pedir o reembolso no país onde está segurado.

Contrariamente aos regulamentos, se procurar tratamento no estrangeiro, nos termos da diretiva, tem de adiantar o pagamento de todas as despesas médicas e pedir o reembolso até ao montante que o tratamento teria custado no seu prestador de cuidados de saúde, ou instituição de seguro de saúde, no país de origem.

Ao contrário dos regulamentos, a diretiva cobre todos os prestadores de cuidados de saúde (privados e públicos), independentemente da relação que tenham com o sistema público de saúde.

1. https://ec.europa.eu/health/cross border care/overview pt

#### Perguntas e Respostas

#### Como saber qual das duas vias legais se aplica ao meu caso específico?

Normalmente, como princípio geral, os regulamentos aplicam-se quando os termos dos mesmos estão satisfeitos, salvo quando a pessoa opta pela diretiva (quando, por exemplo, a utilização da diretiva é mais vantajosa no seu caso específico).

Existem algumas diferenças quanto ao âmbito de aplicação da diretiva e dos regulamentos - por exemplo, os prestadores privados que não façam parte do sistema de cuidados de saúde obrigatório/público não são cobertos pelos regulamentos.

Existem também diferenças na aplicação - os regulamentos normalmente não cobrem tratamento programado sem autorização prévia, com certas exceções.

Contudo, há também sobreposição nos casos em que um certo tratamento (programado ou não programado) pode ser abrangido, tanto pelos regulamentos como pela diretiva. Nesses casos, apenas um dos instrumentos pode ser usado (ou seja, não podem ser aplicados ambos simultaneamente, porquanto constituem alternativas entre si). Contacte a sua seguradora ou Ponto de Contacto Nacional para mais aconselhamento<sup>2</sup>.

## O que acontece se necessitar de ir ao médico ou ao hospital durante a minha estadia temporária no estrangeiro? Serei reembolsado?

No caso de cuidados não programados (por exemplo, numa emergência) durante uma estadia temporária no estrangeiro, existem duas possibilidades:

- Apresenta o seu Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) ou um Certificado Provisório de Substituição (CPS), normalmente emitido pela sua instituição de seguro de saúde do país de origem. No caso de ter pagado pelo tratamento, o reembolso depende das taxas do país de tratamento: pode pedir o reembolso no país de tratamento ou no país de seguro. O CESD apenas
- pode ser usado com prestadores de cuidados de saúde que fazem parte do sistema público de saúde, ou estão convencionados com esse sistema.
- Paga o tratamento do seu bolso e pede o reembolso ao abrigo da diretiva. O reembolso depende das taxas do seu país de seguro. Tanto os prestadores de cuidados de saúde públicos quanto privados estão cobertos.

# Posso escolher livremente o prestador de cuidados de saúde onde me dirigir, quer seja público ou privado?

Apenas os prestadores de cuidados de saúde que fazem parte do sistema público de saúde, ou estão convencionados com esse sistema, estão cobertos pelos regulamentos, ao passo que a diretiva cobre todos os prestadores de cuidados de saúde,

independentemente da sua relação com o sistema de saúde público. Tenha em atenção que só terá direito a receber tratamentos médicos incluídos no leque de prestações por doença, disponíveis no seu regime de seguro.

2. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross border care/docs/cbhc ncp en.pdf

## Caso 1 cuidados programados/prestador privado/sem autorização



A Clara é italiana e trabalha na Bélgica, onde está coberta por um seguro de saúde belga. Ao planear o regresso ao seu país para férias, pretende fazer uma marcação no dentista onde costumava ir quando vivia em Itália. O seu médico é um especialista privado. Dado que se trata de um tratamento programado e de um prestador privado, a Clara pode receber o tratamento nos termos da diretiva, se este tratamento estiver coberto pelo seu sistema de saúde, ou prestador do seguro de saúde nacional na Bélgica. A Clara irá, portanto, pagar o custo da consulta em Itália e pedirá o reembolso ao seu seguro belga, assim que regressar à Bélgica. Será reembolsada de acordo com as tarifas belgas.

# Caso 2 cuidados programados/ prestador público/autorização necessária



O Diogo é português, trabalha no Porto e está coberto por um seguro de saúde em Portugal. Na sequência de um acidente, partiu um braço e necessita de ser submetido a uma cirurgia altamente especializada. Descobriu que na Suécia há um hospital público muito experiente onde este tipo de operação é realizada. Pede ao organismo responsável pelo seu seguro de saúde autorização prévia para ser operado lá, a qual lhe é concedida. Não terá de pagar a operação, dado que o seu seguro de saúde pagará diretamente à instituição sueca. Apenas terá de pagar uma pequena parte das despesas de internamento com pernoita, como fazem os suecos.

### Caso 3 cuidados não programados/ prestador público



A Caroline é francesa e está de férias na Áustria onde vai esquiar. Inesperadamente, fratura uma perna e necessita de cuidados de emergência. Tem consigo o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) e não lhe é pedido que pague o tratamento. Se pagar, pode pedir o reembolso na Áustria ou em França. Será reembolsada de acordo com as tarifas austríacas. Caso não use o seu CESD e pretender ser reembolsada nos termos da diretiva, pagará os cuidados e pedirá o reembolso em França. Será reembolsada de acordo com as tarifas francesas

### Caso 4 Receita eletrónica



O David vive na Finlândia. Sofre de uma dor crónica nas costas e planeia viajar para a Croácia de férias. Antes de deixar o seu país, certifica-se de que faz o necessário para que a sua receita eletrónica esteja disponível no estrangeiro, no caso de necessitar da sua medicação durante a estadia na Croácia. Após alguns dias na Croácia, sente novamente dores nas costas e necessita de ir a uma farmácia para obter a medicação que lhe foi receitada, pelo seu médico na Finlândia, para este tipo de situação. Graças aos serviços de receita eletrónica, o farmacêutico pode dispensar-lhe o medicamento receitado. No tocante ao pagamento e reembolso:



Caso 1: O David tem o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD) e beneficiará dos mesmos direitos que os doentes croatas, no caso de tratamento necessário (mesma receita e tratamento) pagará o mesmo preço que um cidadão croata teria pagado.



Caso 2: o David não tem o Cartão Europeu de Seguro de Doença (CESD). Terá de pagar o custo integral do produto dispensado na farmácia e pedirá o reembolso assim que regressar à Finlândia.