Quando o mundo procura o nosso SNS

Da qualidade reconhecida à necessidade de um novo modelo de financiamento da saúde transfronteiriça

António Ricardo A. Miranda
Engenheiro Electrotécnico e de Computadores (IST)
Presidente e Sócio Fundador da OUVIR – Associação Portuguesa de Portadores de Próteses e Implantes Auditivos

"O problema não é tratar quem precisa. O desafio é garantir que tratar mais pessoas não significa tratar pior, ou mais tarde, quem já depende do Serviço Nacional de Saúde."

Um aparente paradoxo que deve ser lido por inteiro

Uma reportagem divulgada pela televisão pública espanhola, e repercutida em Portugal, trouxe novamente para o debate a deslocação de cidadãos estrangeiros ao nosso país para receber cuidados de saúde, incluindo situações em que as respetivas despesas ficam por regularizar. A reação imediata pode ser de indignação: um Serviço Nacional de Saúde pressionado, com listas de espera e falta de profissionais, não pode transformar-se num sistema que suporta encargos de todo o mundo sem compensação.

Mas existe uma segunda leitura, que não deve ser apagada pela primeira. Se pessoas atravessam fronteiras para procurar cuidados em Portugal, isso também diz alguma coisa sobre a confiança que depositam na medicina portuguesa, nos nossos profissionais, na capacidade técnica dos hospitais e na qualidade de determinados serviços. Um país não se torna destino de cuidados de saúde apenas porque os cuidados podem ser mais baratos. Procura-se também competência, segurança, conhecimento, tecnologia e confiança.

Por isso, esta discussão não deve ser reduzida a uma oposição simplista entre "portugueses" e "estrangeiros". A pergunta séria é outra: como preservar uma vocação humanista e universal da saúde sem comprometer a sustentabilidade, a capacidade instalada e o acesso atempado de quem depende diariamente do SNS?

Nem todo o doente estrangeiro é um "turista de saúde"

É essencial começar pela precisão. A expressão "turismo de saúde" pode abranger realidades muito diferentes e, usada sem cuidado, mistura situações juridicamente e eticamente distintas. Há cidadãos estrangeiros residentes em Portugal e integrados no sistema; turistas que adoecem inesperadamente durante uma estadia; cidadãos europeus abrangidos por mecanismos de coordenação e pelo Cartão Europeu de Seguro de Doença; pessoas que recebem cuidados programados noutro Estado; cidadãos abrangidos por acordos bilaterais; e poderá haver também quem se desloque deliberadamente procurando beneficiar de cuidados sem assegurar previamente a respetiva cobertura financeira.

Na União Europeia já existe uma arquitetura jurídica para a mobilidade de pacientes. A Diretiva 2011/24/UE estabelece regras para os cuidados de saúde transfronteiriços e para o reembolso, enquanto os regulamentos europeus de coordenação da segurança social cobrem outras situações. Em termos gerais, o Estado de afiliação ou o sistema competente assume ou reembolsa custos de acordo com as regras aplicáveis. Isto significa que o debate não começa num vazio legislativo. O problema está, muitas vezes, na identificação correta da responsabilidade, na burocracia, na faturação, na cobrança e na rapidez da compensação.

A própria legislação europeia procura equilibrar duas exigências: a mobilidade dos pacientes e a sustentabilidade dos sistemas nacionais. Esse equilíbrio deve orientar também Portugal. A solidariedade não pode ser confundida com ausência de regras; e a existência de regras não pode servir de pretexto para negar cuidados urgentes ou desumanizar quem precisa de assistência.

O custo invisível não é apenas a fatura

Quando um hospital presta cuidados, o custo não se resume ao valor que aparece numa fatura. Há tempo médico e de enfermagem, blocos operatórios, camas, equipamentos, medicamentos, exames, energia, manutenção, limpeza, logística, sistemas de informação, acompanhamento e capacidade que deixa de estar disponível para outro doente naquele momento. É por isso que a questão financeira está inseparavelmente ligada à questão da capacidade.

Se um número relevante de episódios não for devidamente compensado, o impacto acumula-se. Mas mesmo quando existe reembolso, um sistema que esteja a funcionar próximo do limite pode continuar pressionado. Receber mais dinheiro depois de um episódio não cria instantaneamente mais especialistas, mais salas de cirurgia ou mais camas. A política pública tem, portanto, de ligar a compensação financeira ao planeamento da capacidade.

É aqui que a gestão se torna decisiva: medir fluxos, conhecer a origem dos encargos, cobrar de forma eficiente, prever procura, reforçar serviços sujeitos a maior pressão e garantir que a mobilidade internacional não agrava tempos de espera de forma injustificada.

A qualidade do SNS é um ativo estratégico de Portugal

Durante demasiado tempo falamos do SNS quase exclusivamente através das suas fragilidades. Elas existem e devem ser enfrentadas: listas de espera, urgências sobrecarregadas, carências de recursos humanos, desigualdades territoriais e dificuldades de acesso. Mas reconhecer estes problemas não exige negar o enorme capital científico, clínico e humano que existe no sistema.

A procura internacional pode ser interpretada também como um indicador de reputação. Portugal possui profissionais altamente qualificados e áreas clínicas de excelência. Essa reputação deve ser protegida, não explorada de forma desordenada. Um sistema público de qualidade é simultaneamente um instrumento de coesão social e um ativo estratégico nacional.

A resposta inteligente não é fechar portas. É criar regras que façam com que a procura externa, quando legítima e enquadrada, contribua para reforçar a capacidade do sistema em vez de a consumir sem retorno.

Da saúde universal ao financiamento universal

Há uma ideia que merece ser discutida com ambição: se defendemos que a saúde é um direito humano e se a mobilidade das pessoas é cada vez mais internacional, não podemos continuar a pensar o financiamento exclusivamente dentro das fronteiras nacionais. A saúde pode ser universal nos princípios e continuar fragmentada nos mecanismos de pagamento. Essa contradição tornar-se-á cada vez mais evidente.

Proponho que se estude a criação de um mecanismo supranacional de compensação e solidariedade para cuidados de saúde transfronteiriços. Na Europa, poderia começar pelo reforço e simplificação dos instrumentos já existentes, com liquidação mais rápida entre sistemas e melhor interoperabilidade. A médio prazo, deveria discutir-se um verdadeiro Fundo Europeu de Solidariedade e Mobilidade em Saúde. Num horizonte mais ambicioso, a experiência poderia alimentar um mecanismo internacional, articulado com instituições multilaterais, destinado a situações claramente definidas.

Não se trata de criar um "cheque em branco" mundial. Um fundo desta natureza teria de assentar em critérios rigorosos: elegibilidade, identificação do sistema responsável, auditoria, prevenção de fraude, diferenciação entre urgência e cuidados programados, regras para países sem acordos de reciprocidade e mecanismos de controlo de custos. A universalidade só é sustentável quando é acompanhada por responsabilidade.

Um fundo que não pague apenas contas: que crie capacidade

A parte mais transformadora desta proposta seria reservar uma componente do financiamento para reforçar a capacidade dos sistemas que recebem procura transfronteiriça relevante. Se Portugal demonstrar que presta um volume significativo de cuidados a cidadãos provenientes de outros países, uma parcela da compensação deveria poder ser convertida em investimento adicional no próprio SNS.

Esse investimento deveria ser orientado por indicadores objetivos: redução de listas de espera; contratação e retenção de profissionais; melhoria salarial associada a necessidades críticas; expansão e modernização de instalações; equipamentos e tecnologia de ponta; digitalização e interoperabilidade; investigação e inovação; formação contínua; cuidados de proximidade; prevenção e literacia em saúde.

E há uma dimensão que não pode continuar a aparecer como nota de rodapé: a acessibilidade. Um sistema de saúde moderno tem de ser acessível às pessoas com deficiência física, sensorial, intelectual e comunicacional. Isso significa edifícios acessíveis, informação compreensível, legendagem e transcrição quando necessárias, soluções para pessoas com deficiência auditiva, comunicação acessível, sistemas digitais inclusivos e formação dos profissionais para diferentes necessidades de comunicação. A qualidade clínica sem acessibilidade continua a deixar pessoas de fora.

Tecnologia, dados e cobrança: a gestão também salva recursos

Antes de pedir mais dinheiro, o Estado deve saber com rigor quanto custa o fenómeno, quem deve pagar e quanto está efetivamente por cobrar. Portugal precisa de dados públicos consolidados sobre episódios de cuidados prestados a não residentes, respetivo enquadramento, montantes faturados, montantes cobrados, tempo médio de cobrança e impacto assistencial. Sem dados, o debate fica refém de casos mediáticos e perceções.

A interoperabilidade entre sistemas de saúde e segurança social europeus deve permitir identificar rapidamente a entidade responsável. Processos que hoje podem exigir trocas administrativas demoradas

deveriam evoluir para validação e faturação digitais, com rastreabilidade e mecanismos automáticos de reconciliação. A inteligência artificial e a automação podem ajudar a detetar erros, duplicações e padrões anómalos, desde que exista supervisão humana e proteção rigorosa dos dados de saúde.

Uma boa política de saúde não se mede apenas pelo número de médicos ou de camas. Mede-se também pela capacidade de transformar informação em planeamento, recuperar receitas devidas e dirigir recursos para onde produzem maior benefício clínico e social.

Proteger o acesso dos residentes sem discriminar

A prioridade de um sistema nacional é garantir acesso suficiente e permanente à população que serve. A própria legislação europeia reconhece que a organização dos cuidados, o controlo de custos e a preservação de capacidade podem justificar medidas proporcionais de planeamento. Isto não autoriza discriminação arbitrária pela nacionalidade; obriga, sim, a gerir.

Em cuidados programados, Portugal deve poder dimensionar a aceitação de procura externa de acordo com a capacidade disponível e com regras transparentes. Em situações urgentes, a lógica humanitária deve prevalecer, seguindo-se a correta identificação e cobrança à entidade competente. E, quando exista procura internacional planeada em áreas de excelência, essa atividade deve ser organizada de forma a gerar capacidade adicional, e não a disputar silenciosamente os mesmos recursos escassos.

Portugal pode transformar pressão em oportunidade

A discussão pode parecer apenas financeira, mas é também uma oportunidade de política externa, inovação e afirmação europeia. Portugal poderia defender em Bruxelas uma agenda para simplificar a compensação transfronteiriça, melhorar a informação aos pacientes, acelerar pagamentos entre Estados e criar instrumentos de investimento para os sistemas mais expostos à mobilidade.

Poderia ainda promover uma rede de excelência que associasse hospitais, universidades, centros de investigação, tecnologia médica e organizações representativas de doentes e pessoas com deficiência. A internacionalização da saúde não precisa de significar privatização do acesso. Pode significar cooperação, conhecimento partilhado, investigação e financiamento adicional, desde que o interesse público permaneça no centro.

Uma proposta em dez compromissos

O debate deveria conduzir a compromissos concretos: medir anualmente a procura transfronteiriça; distinguir residentes, urgências ocasionais e cuidados programados; publicar valores faturados e cobrados; acelerar a cobrança internacional; reforçar mecanismos europeus de compensação; estudar um Fundo Europeu de Solidariedade e Mobilidade em Saúde; converter parte da compensação em capacidade adicional; proteger tempos de resposta dos residentes; integrar acessibilidade universal em todos os investimentos; e avaliar resultados com transparência pública.

Estes compromissos não resolvem por si só os problemas estruturais do SNS. Mas impedem que uma realidade crescente seja tratada apenas através de indignação episódica, enquanto as causas administrativas e financeiras permanecem intactas.

A pergunta certa

Talvez a notícia de que estrangeiros procuram o SNS não deva provocar apenas irritação. Deve também levar-nos a perguntar por que razão escolhem Portugal e como podemos transformar esse reconhecimento numa vantagem para o próprio sistema. Se há confiança internacional nos nossos profissionais, devemos valorizá-los. Se há procura adicional, devemos financiá-la. Se há capacidade insuficiente, devemos aumentá-la. Se existem dívidas, devemos cobrá-las. Se há pessoas excluídas por barreiras de acessibilidade, devemos eliminá-las.

Defender uma saúde universal não significa defender um sistema sem limites. Significa construir mecanismos que permitam cuidar de todos sem transferir injustamente o custo para alguns. Solidariedade e sustentabilidade não são adversárias. Uma depende da outra.

Portugal pode escolher olhar para este fenómeno apenas como mais um problema. Ou pode usá-lo para propor uma política europeia mais moderna e, um dia, uma arquitetura internacional de saúde verdadeiramente solidária. O SNS não deve ser penalizado pela sua qualidade. Deve ser reforçado por ela.

O problema não é tratar quem precisa. O desafio é garantir que tratar mais pessoas não significa tratar pior, ou mais tarde, quem já depende do SNS. É também aqui que se mede a qualidade de um sistema de saúde - e a capacidade política de o preparar para um mundo em movimento.

Nota e enquadramento

Este artigo parte do debate público suscitado por notícias sobre cidadãos estrangeiros que recebem cuidados em Portugal. A expressão "turismo de saúde" é usada com cautela, pois pode abranger situações jurídicas muito diferentes.

Enquadramento europeu consultado: Diretiva 2011/24/UE relativa aos direitos dos doentes em matéria de cuidados de saúde transfronteiriços; Regulamentos (CE) n.º 883/2004 e 987/2009 sobre coordenação dos sistemas de segurança social; informação da Comissão Europeia sobre cuidados de saúde transfronteiriços e dados de referência de 2024, publicados em 2026.

A proposta de um Fundo Europeu/Internacional de Solidariedade e Mobilidade em Saúde apresentada neste texto é uma proposta de reflexão do autor, não um mecanismo atualmente existente com esta configuração.

António Ricardo A. Miranda
Engenheiro Electrotécnico e de Computadores pelo Instituto Superior Técnico
Presidente e Sócio Fundador da OUVIR – Associação Portuguesa de Portadores de Próteses e Implantes Auditivos