

Autor: Danielle da Costa Leite Borges

Título: Princípios comuns aos sistemas de saúde da UE e justiça distributiva: efeitos da aplicação das regras do mercado interno europeu aos serviços de saúde

Title: EU health systems and distributive justice: effects of the application of Internal Market rules over healthcare services

Resumo: O presente artigo aborda as tensões criadas pelo processo de integração da União Europeia (UE) e consequente aplicação das regras de seu Mercado Interno à prestação de serviços de saúde na região. O principal objetivo é analisar, à luz de teorias de justiça distributiva, o impacto da aplicação das regras do Mercado Interno sobre valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da UE, tais como, solidariedade, equidade de acesso e universalidade. A análise se concentra no caso da prestação de serviços de saúde transfronteiriços, os quais foram substancialmente afetados pela jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia e pela Diretiva 2011/24/UE. Partindo da demonstração da relação entre os princípios comuns aos sistemas de saúde da UE e a teoria igualitária de justiça, o artigo descreve as principais alterações trazidas pela jurisprudência e legislação europeias, concluindo que tais alterações, por aproximarem-se de valores liberais, entram em conflito com os valores igualitários nos quais se fundamentam os sistemas de saúde da UE.

Palavras chaves: União Europeia – serviços de saúde transfronteiriços - justiça distributiva

Abstract: This article explores the tensions created by the application of the Internal Market rules to the provision of health care services within the European Union (EU). In the light of theories of distributive justice, the main aim of the article is to analyze the impact of the application of Internal Market rules on common values and principles shared by European health systems, such as solidarity, equity of access and universality. This analysis is conducted using the specific issue of cross-border healthcare, which has been substantially affected by the jurisprudence of the European Court of Justice (ECJ) and Directive 2011/24/EU. Departing from the demonstration of the relationship between common principles shared by European health systems and the egalitarian theory of distributive justice, the article describes the main changes brought about by European legislation and case law, concluding that such changes incorporate liberal values which contend with the egalitarian basis of EU health systems.

Key words: European Union; cross-border healthcare; distributive justice

1. Introdução

O projeto do Mercado Interno europeu associado à criação do conceito de cidadania europeia¹ tiveram consequências sobre a forma como os Estados-Membros da União Europeia (UE) organizam seus sistemas de saúde. A aplicação das chamadas ‘quatro liberdades’ do Mercado Interno² à prestação de serviços de saúde teve efeitos diretos e indiretos sobre as leis e políticas nacionais relacionadas ao tema.³ Nesse contexto, a opção, por exemplo, de conceder, com fundamento na livre circulação de serviços e pessoas, direitos subjetivos aos cidadãos europeus ao recebimento de serviços de saúde transfronteiriços, como pode ser visto a partir da jurisprudência do Tribunal de Justiça da União Europeia (TJUE)⁴ e da Diretiva 2011/24/UE,⁵ reflete uma abordagem econômica que promove direitos individuais como valor dominante, estando associada à ideia de que os serviços de saúde não são diferentes de outros bens presentes no mercado. Como se verá adiante, a jurisprudência e, posteriormente, a Diretiva, reconhecendo os serviços de saúde como serviços econômicos, ampliaram as situações nas quais os cidadãos europeus podem buscar serviços de saúde em outros Estados-Membros, dispensando mecanismos regulatórios anteriormente utilizados, como a autorização prévia. Portanto, é possível dizer que as regras do Mercado Interno europeu introduziram novos valores no campo dos serviços de saúde, valores estes que se aproximam de uma visão mais liberal e individualista da prestação de serviços de saúde, a qual vai de encontro ao caráter social, originalmente conferido a estes serviços.⁶

Os sistemas de saúde da UE foram construídos com base em princípios como os da equidade, universalidade e solidariedade, os quais são formalmente reconhecidos pelo Conselho da UE como valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da UE.⁷ Tais princípios, por terem origem em teorias igualitárias de justiça, se colocam em posição manifestamente oposta a valores liberais e individualistas introduzidos pelo Mercado Interno europeu no campo da prestação de serviços de saúde.

A percepção da introdução de valores individualistas na prestação de serviços de saúde é analisada neste artigo sob o enfoque filosófico de teorias de justiça distributiva, as quais visam justificar a distribuição de benefícios e encargos dentro da sociedade. Em oposição à justiça retributiva, que diz respeito às relações privadas e ao que é justo na troca de bens ou cumprimento de contratos entre indivíduos, sendo normalmente decidida pelos tribunais, a justiça distributiva é aquela devida pela comunidade a seus membros, incluindo a repartição equitativa das vantagens e encargos comuns, sendo decidida essencialmente pelo governo.⁸

Diferentes teorias de justiça distributiva irão refletir diferentes princípios morais como a base ou significado do que é justo e o que as distingue são os princípios usados para dar conteúdo material à ideia de justiça. As duas principais teorias aqui consideradas são a teoria da igualdade e a liberal. A primeira, tradicionalmente fundada no princípio aristotélico de igualdade, o qual prescreve que os iguais devem ser tratados de forma igual e os desiguais de forma desigual, enfatiza a igualdade de acesso ou igual distribuição de bens sociais como princípio material de justiça. Quando elaborada e aplicada à área da saúde, a teoria da igualdade atribui importância moral à saúde e, por isto, reconhece a prestação de serviços de saúde como um bem comum e não como simples mercadoria. Assim, de acordo com esta teoria, uma justa distribuição de serviços de saúde deve considerar questões como a igualdade de oportunidades⁹ e a necessidade dos indivíduos no uso dos serviços de saúde,¹⁰ resultando como justo o igual acesso aos serviços de saúde para pessoas com necessidades iguais de saúde, ou seja, acesso ao mesmo tipo de serviços de saúde no que diz respeito à satisfação das suas necessidades.

Já a teoria liberal, originalmente calcada no princípio do *laissez-faire*, preconiza o discurso em torno do indivíduo e dos respectivos direitos individuais, enfatizando a liberdade pessoal e de escolha como valores básicos dominantes. Assim, uma sociedade justa na ótica liberal não é aquela que busca promover o bem geral ou uma distribuição igualitária, mas sim aquela que promove os direitos e as liberdades individuais e que protege seus indivíduos de qualquer tipo de intervenção do Estado que possa afetar as liberdades e escolhas dos cidadãos. Ao contrário da teoria igualitária, esta teoria não atribui nenhuma importância moral à prestação de serviços de saúde e, portanto, este bem é colocado no mercado como qualquer outro, predominando a livre escolha e capacidade de pagamento.¹¹

Diante do cenário e das referências teóricas acima expostas, o objetivo geral deste artigo é discutir as tensões criadas a partir da aplicação das regras do Mercado Interno europeu à prestação de serviços de saúde na UE. Especificamente, pretende-se analisar de que forma valores e princípios comuns partilhados pelos sistemas de saúde da UE, tais como equidade, solidariedade, universalidade e acessibilidade podem ser afetados pela aplicação das regras do Mercado Interno europeu. Esta análise será conduzida à luz das teorias da igualdade acima mencionadas e utilizando-se o exemplo da prestação de serviços de saúde transfronteiriços. A escolha deste exemplo se deve ao fato de que os serviços de saúde - os quais, consoante as regras do artigo 168(7) do Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia (TFEU)¹², são assunto de competência exclusiva dos Estados-Membros - foram incluídos gradualmente na agenda política da UE através da prestação de serviços de saúde

transfronteiriços.¹³

O artigo visa contribuir para uma interpretação mais abrangente e equilibrada do papel do Mercado Interno europeu na prestação de serviços de saúde, além de apontar tendências quanto a valores e ideologias que vêm sendo usados na Europa para o desenvolvimento de políticas de saúde dentro do espaço político da UE. Apesar de suas particularidades como um bloco econômico, a UE é uma referência na exportação de modelos para outras partes do mundo. No caso dos sistemas de saúde, isso é ainda mais evidente, já que os modelos europeus foram exportados para diversos países, incluindo-se o Brasil, que ali buscou inspiração para criação do Sistema Único de Saúde (SUS).¹⁴ Além disso, tal como a UE, o Brasil é parte do MERCOSUL, estando, portanto, suscetível ao enfrentamento dos problemas atualmente vividos pela UE.

Quanto à metodologia, trata-se de pesquisa documental exploratória, que utilizou como métodos revisão de literatura e documentos. Quanto a estes últimos, as fontes são a legislação e documentos institucionais da União Europeia, bem como a jurisprudência do TJUE.

O artigo divide-se em quatro partes. A primeira estabelece o marco teórico, explorando o significado dos princípios comuns aos sistemas de saúde da UE e ilustrando seu papel na organização e prestação de serviços de saúde nestes sistemas. Além disso, demonstra-se a relação desses princípios com a teoria igualitária da justiça. A segunda parte trata da legislação da UE e jurisprudência de seu respectivo Tribunal sobre prestação de serviços de saúde transfronteiriços, com especial enfoque nas alterações trazidas pela Diretiva 2011/24/UE. A terceira parte identifica os novos paradigmas e valores introduzidos pelas regras do Mercado Interno no âmbito dos serviços de saúde e estabelece sua relação com valores da teoria liberal de justiça. Finalmente, na conclusão analisa-se de que maneira estes novos paradigmas e valores afetam os princípios da universalidade, acessibilidade, equidade e solidariedade em âmbito nacional, e as conclusões serão tiradas sobre o papel da União Europeia no domínio dos cuidados de saúde.

O impacto das regras do Mercado Interno sobre a maneira pela qual os Estados-Membros organizam e oferecerem serviços de saúde, apesar de já analisado por outros trabalhos no Brasil,^{15,16} o foram antes da entrada em vigor da Diretiva 2011/24/UE. Ademais, os referidos estudos não abrangeram a análise dos princípios que norteiam a prestação de serviços de saúde na UE, assim como utilizaram diferentes metodologias e paradigmas dos aqui aplicados.

2. Princípios e valores comuns aos sistemas de saúde da UE e sua relação com a justiça distributiva

O documento do Conselho, denominado *Conclusões do Conselho sobre valores e princípios comuns aos sistemas de saúde da União Europeia*, reconhece a universalidade, o acesso a serviços de qualidade, a equidade e a solidariedade como valores compartilhados pelos sistemas de saúde da UE. Ainda que se argumente que tais valores e princípios variem de um país para o outro na forma como são aplicados, é possível dizer que a ideologia por trás de sua adoção está associada ao princípio da solidariedade, no qual se fundam os estados de bem-estar social europeus.¹⁷ A solidariedade, por sua vez, é corolário da teoria da igualdade por abranger ideias redistributivas, consistentes, entre outras, em deveres e responsabilidades mútuas entre os cidadãos e ao acesso equitativo a serviços de natureza social. Assim, nos estados de bem-estar social europeus existe uma expectativa por parte dos cidadãos de que seus governos garantam assistência social adequada, incluindo-se aí a proteção à saúde, e que tais expectativas sejam refletidas nas políticas nacionais desenvolvidas.¹⁸ Conforme Stjernø¹⁹, na Europa a solidariedade deve ser entendida como uma predisposição para compartilhar recursos com outros membros da sociedade, através de contribuições pessoais, de tributação e de políticas redistributivas organizadas pelo Estado.

O princípio da solidariedade não é apenas utilizado na área da saúde, mas em todas as áreas da política social. Tal princípio embasa políticas sociais e de saúde em nível nacional e também é utilizado em nível europeu em diferentes áreas, apesar de possuir diferentes objetivos quando aplicado no âmbito da UE. Ele funciona como uma forma de subvenção cruzada de um grupo social por outro. Na área da saúde isso pode acontecer de maneiras diferentes. Em sistemas de saúde baseados no modelo do seguro social, como é o caso, por exemplo, da Alemanha, França e Países Baixos, a solidariedade está presente na maneira como as contribuições são devidas. Assim, o fato de as contribuições e prêmios serem baseados no salário e não no risco representa um mecanismo de subsídio cruzado entre os indivíduos ricos e pobres integrantes de tal sistema. Além disso, também é uma forma de distribuição de riscos de saúde, uma vez que os indivíduos em pior estado de saúde não pagam uma contribuição mais elevada, pois cada indivíduo contribui de acordo com sua capacidade, mas recebem tratamento de acordo com a necessidade. Outra forma de solidariedade encontrada nestes sistemas é a inclusão de dependentes dos indivíduos integrantes do sistema sem custos adicionais.

Da mesma forma, em sistemas nacionais de saúde como é o caso da Inglaterra,

Portugal, Espanha e Itália, entre outros, mecanismos de solidariedade também estão presentes no financiamento do sistema, na medida em que os indivíduos mais ricos pagam mais impostos do que os menos abastados, mas ambos os grupos recebem serviços de saúde de acordo com sua necessidade.

O documento do Conselho também menciona que a solidariedade está intimamente relacionada com o regime financeiro dos sistemas de saúde nacionais e da necessidade de garantir acessibilidade a todos nestes sistemas.

Portanto, é possível concluir que a solidariedade tem papel importante como princípio de funcionamento dos sistemas de saúde com financiamento público. Ela não só funciona como mecanismo de redistribuição de riqueza, mas também promove a distribuição de riscos de saúde entre indivíduos jovens e idosos, bem como entre aqueles em diferentes condições de saúde. Na verdade, devido ao seu papel fundamental no âmbito dos serviços de saúde, o princípio da solidariedade pode ser considerado como corolário de outros princípios aplicáveis à área de serviços de saúde, uma vez que seus mecanismos redistributivos são fundamentais para a efetiva implementação dos princípios da universalidade, equidade e acessibilidade.

Na mesma linha do princípio da solidariedade, o princípio da equidade está presente em todos os sistemas de saúde da UE, os quais buscam, através de políticas públicas próprias, a redução das desigualdades na saúde. Por esta razão, este tema é objeto de muitas cúpulas regionais e mundiais em saúde, assim como de diversos documentos internacionais. Na Europa, o tema tornou-se objeto do documento intitulado *European Charter for Health Equity*.²⁰ No contexto de serviços de saúde, a equidade pode ter diversos significados. Pode ser interpretada como igualdade de acesso a serviços de saúde para aqueles com igual necessidade ou como igualdade na utilização de serviços, ou, ainda, como resultados equitativos em saúde. Neste artigo adota-se o conceito de equidade horizontal, ou seja, a igualdade de acesso a serviços de saúde para indivíduos com igual necessidade, uma vez que foi este o conceito acordado por autoridades internacionais na área no *International Forum on Common Access to Health Care Services*, realizado na Suécia, em 2003, a partir do qual uma rede de compartilhamento de provas foi criada para promover o acesso equitativo a serviços de saúde em todos os países. Além disso, o acesso a serviços de saúde para indivíduos em igual necessidade mostra-se o princípio mais adequado para formulação de políticas de saúde por ser específico para serviços de saúde e não requerer discriminar entre pessoas que já se encontram doentes por fatores exclusivamente exógenos à sua saúde, além de respeitar razões aceitáveis para diferenciais na utilização de serviços de indivíduos com igual necessidade.²¹

A noção de ‘acesso’, segundo Goddard e Smith,²² depende substancialmente do contexto no qual a análise do conceito é feita. Assim, por exemplo, nos Estados Unidos o acesso frequentemente refere-se apenas ao fato de o indivíduo ter ou não seguro-saúde. Na Europa, contudo, como quase todos os cidadãos estão cobertos por seguros sociais de saúde ou têm acesso a sistemas nacionais de saúde, o conceito de ‘acesso’ torna-se mais sutil, podendo referir-se apenas à capacidade de garantir acesso a determinados serviços de saúde, de certo nível de qualidade e sujeitos a um limite de inconveniência pessoal e custo.²³

Ainda quanto ao acesso, devem-se considerar as suas duas dimensões²⁴, que se referem tanto à potencial entrada do indivíduo no sistema como à real utilização dos serviços. Embora ‘utilização’ também possa ser tida como descrição de acesso, considerando que a mera disponibilidade de serviços não significa que este será utilizado, a ‘utilização’ também pode ser limitada por algumas barreiras ao acesso, tais como fatores geográficos, financeiros e culturais, os quais podem influenciar o uso efetivo dos serviços.

Em termos de barreiras geográficas, a localização dos serviços e a mobilidade individual são dois fatores que influenciam o acesso. Indivíduos que têm acesso facilitado a serviços de saúde tendem a usá-los mais e isso impacta sobre a equidade de acesso, havendo evidências de que alguns resultados de saúde são piores onde a localização dos serviços ou a mobilidade individual é precária.²⁵

Assim sendo, políticas públicas para superar barreiras geográficas e facilitar o acesso a serviços devem ser elaboradas considerando-se o contexto de cada lugar. Nesse sentido, políticas para melhorar o acesso podem se concentrar no sentido de dar mobilidade aos indivíduos para levá-los até onde estão localizados os serviços ou então no fornecimento de serviços em áreas onde há sua falta. O primeiro tipo incluem medidas como a melhoria do transporte público entre as áreas onde vivem os grupos-alvo e as de localização das unidades de saúde, ou, ainda, incluir ajuda financeira, a fim de auxiliar os indivíduos a suportar despesas de deslocamento. Este tipo de ajuda financeira é especialmente importante para os grupos de baixa renda, uma vez que os custos envolvidos para acessar os serviços têm um efeito desproporcional sobre as camadas mais pobres.²⁶ Por outro lado, as políticas para instalação de serviços de saúde em áreas remotas ou pobres incidirá sobre a alocação de recursos para regiões ou áreas específicas de acordo com critérios definidos politicamente.

Já as barreiras financeiras referem-se a qualquer dificuldade financeira que indivíduos possam enfrentar para acessarem serviços de saúde. Na Europa, embora os serviços de saúde sejam normalmente prestados gratuitamente e a capacidade de pagamento não seja um requisito para sua obtenção, cobranças por utilização ou co-pagamentos têm sido cada vez

mais utilizados nos sistemas de saúde europeus, a fim de controlar a demanda por serviço e têm sido igualmente utilizados em sistemas nacionais de saúde e sistemas de seguros sociais.²⁷ Assim como as barreiras geográficas, as financeiras também têm impacto maior sobre os grupos de baixa renda, afetando conseqüentemente o uso dos serviços de saúde por esses. Portanto, qualquer custo que possa influenciar o acesso aos serviços de saúde pode ser considerado como barreira financeira, incluindo custos com transporte e, portanto, políticas públicas nessa área devem buscar neutralizar os efeitos de tais barreiras e facilitar o acesso para indivíduos com menor renda.

Barreiras culturais também influenciam o acesso a serviços de saúde, seja por crenças culturais, por falta de informações e ou de experiências prévias no sistema de saúde. Por exemplo, indivíduos de certos grupos étnicos podem não fazer uso de serviços de saúde preventiva por acreditarem que não são necessários. Da mesma forma indivíduos com níveis de escolaridade mais baixos podem utilizar menos os serviços do que aqueles com níveis educacionais mais elevados. Além disso, aqueles que tiveram más experiências anteriores com o uso de serviços podem optar por não usá-los novamente.

Portanto, considerando que essas barreiras têm um impacto sobre a equidade de acesso, políticas nesta área devem se concentrar na tentativa de mudar o comportamento dos pacientes, sendo que, recentemente, a tendência tem sido de buscar reconhecer as necessidades dos pacientes e, assim, gerenciar suas demandas.²⁸

Finalmente, o princípio da universalidade pode ser definido como o acesso, não determinado pela capacidade de pagamento, de todos os residentes em determinado território a um conjunto definido de serviços de saúde. Na UE, esta é uma realidade em quase todos os sistemas de saúde, independentemente da forma como os serviços são organizados, tendo o CUE definido universalidade como o fato de ninguém ser excluído do acesso aos serviços de saúde.

3. Serviços transfronteiriços de saúde na UE

Originalmente, a área da saúde não foi pensada como uma área em que a competência legislativa da UE poderia se desenvolver. O Tratado de Roma não dispôs separadamente sobre o tema, mas tratou do assunto na temática geral sobre saúde e segurança no ambiente de trabalho. Os primeiros poderes conferidos à então Comunidade Europeia (CEE) para atuação na área da saúde foram introduzidos em 1992 pelo Tratado de Maastricht (Artigo 129). Ainda assim, a competência prevista no Tratado foi meramente subsidiária, excluindo-se

expressamente a possibilidade de qualquer ação comunitária em matéria de harmonização das legislações ou regulamentações dos Estados-Membros.

Em 1996, com o Tratado de Amsterdam, expandiram-se as competências da CEE na área da saúde, e a nova redação dada pelo Artigo 152 dispôs, entre outras coisas, sobre a obrigação da CEE em garantir um elevado nível de proteção da saúde na definição e execução de todas as políticas e ações comunitárias. Mesmo com a expansão dos poderes comunitários no campo da saúde, a competência para a organização e a prestação de serviços de saúde em nível nacional foi expressamente excluída dos poderes da CEE e reservada aos Estados-Membros, conforme Artigo 152(4).

Com a entrada em vigor do Tratado de Lisboa, o antigo Artigo 152 foi substituído pelo Artigo 168 do TFEU, com poucas alterações substanciais em termos de conteúdo. A ressalva quanto à exclusiva competência dos Estados Membros para organização e prestação de serviços em nível nacional foi mantida pelo atual Artigo 168(7).

Mesmo com esta reserva de poderes, passou a haver uma crescente disputa de nesta área entre a União e os Estados-Membros. Isto porque, apesar de os Estados-Membros deterem, em princípio, competência para regulamentação dos serviços no plano nacional,²⁹ os denominados serviços de saúde transfronteiriços sempre foram regulados pela legislação da CEE sobre coordenação dos sistemas de seguridade social (então Regulamento 1408/71 e atual Regulamento 883/2004) e, com a crescente mobilidade de pessoas dentro do espaço geográfico da UE, novas situações foram desafiando o conjunto de normas então existentes.

Para tratamentos de saúde previamente planejados e realizados no exterior, situação que interessa ao propósito deste artigo, o referido Regulamento estabelece que os pacientes devem obter autorização prévia do sistema de saúde de seu país residência para que recebam o tratamento no país estrangeiro sem desembolsar valores por ele. O tratamento, assim, é custeado pelo Estado-Membro de residência do paciente, mas realizado pelo sistema de saúde estrangeiro. Através de mecanismos administrativos, o pagamento pelo tratamento é acertado entre os Estados-Membros envolvidos. O Regulamento não prevê as condições para a concessão de autorização prévia, enumerando apenas as situações em que a autorização não pode ser recusada – (i) quando o tratamento em questão faz parte do pacote de benefícios oferecido pelo sistema de saúde do Estado-Membro de residência do paciente e (ii) quando o tratamento não pode ser obtido no Estado-Membro de residência dentro de um tempo razoável, considerando o estado de saúde do paciente.

Ao longo da década de 90 diversos casos relacionados à prestação de serviços de saúde transfronteiriços foram levados ao TJUE.⁵ Esses processos têm como situação fática

comum pacientes que realizaram tratamentos de saúde no exterior sem autorização prévia de seus sistemas de saúde, pagando o tratamento do próprio bolso, e requerendo, posteriormente, reembolso das despesas ao sistemas de saúde de seu país de residência. A grande questão jurídica envolvida refere-se à natureza econômica ou não dos serviços de saúde e, conseqüentemente, se a eles se aplicam as liberdades econômicas sobre serviços previstas no Artigo 56 do TFEU (antigo Artigo 49).

Em todos esses casos, e outros que os sucederam, o Tribunal reconheceu que os serviços de saúde têm natureza econômica e, portanto, estão sujeitos à aplicação das regras do Tratado, o que torna livre a possibilidade de receber serviços em outro país, sem necessidade de autorização prévia, já que esta, se existente, funcionaria como barreira à livre circulação de serviços. Como consequência, os Estados-Membros passaram a ter que reembolsar despesas incorridas por pacientes que realizaram tratamentos no exterior sem a autorização prévia prevista no Regulamento 883/2004.

Autores que analisaram o posicionamento do Tribunal destacam o enfraquecimento da competência dos Estados-Membros na regulação dos serviços de saúde, revelando a superioridade dos princípios econômicos de livre circulação³⁰ e a sobreposição de valores econômicos aos sociais.³¹

Os diversos casos relativos à prestação de serviços de saúde transfronteiriços levados ao TJUE associado a uma tentativa infrutífera^{32,33,34} de incluir tais serviços na Diretiva 2006/123/EC sobre serviços no mercado interno,³⁵ levou o Parlamento Europeu a apresentar, em 2008, uma proposta de Diretiva exclusivamente sobre direitos dos pacientes em tratamentos de saúde transfronteiriços. Este fato representou a efetiva inclusão dos serviços de saúde na agenda econômico-liberal da Comissão Europeia.³⁶

Em abril de 2009, o Parlamento Europeu votou a favor da proposta, mas fez 122 alterações ao texto. Posteriormente, um texto de compromisso foi discutido, o qual foi finalmente concluído em maio de 2010. O texto foi, então, remetido ao Parlamento Europeu para segunda leitura e, finalmente, aprovado em Março de 2011. O texto final da Diretiva contém 23 artigos divididos em 5 seções.⁶

O caráter econômico-liberal desta norma está expressamente previsto no parágrafo 2º de seu preâmbulo, o qual destaca que o fundamento legal da Diretiva é o Artigo 114 do TFEU, o qual dispõe sobre o Mercado Interno, destacando que a maioria de suas disposições visa melhorar o funcionamento do Mercado Interno e a livre circulação de mercadorias, pessoas e serviços.

A Diretiva tem quatro objetivos principais. (i) estabelecer regras para facilitar o acesso

seguro e de alta qualidade a serviços de saúde transfronteiriços; (ii) codificar os princípios estabelecidos pelo TJUE e, assim, garantir a mobilidade dos pacientes conforme estes princípios; (iii) promover a cooperação em matéria de saúde entre os Estados-Membros; e, (iv) clarificar a relação das regras nela estabelecidas com o já existente Regulamento relativo à coordenação dos sistemas de segurança social.

Em termos práticos, a grande mudança trazida pela Diretiva é a dispensa de autorização prévia para reembolso de tratamentos de saúde realizados no exterior (Artigo 8). Consequentemente, cria-se para o Estado-Membro de afiliação do paciente a obrigação de reembolso dos custos incorridos com serviços de saúde realizados em outro Estado-Membro, sob a condição de que o tratamento esteja entre os benefícios oferecidos por aquele sistema de saúde. Existem, contudo, algumas exceções previstas na norma que autorizam o requerimento da autorização prévia por parte do Estado-Membro, seja pelos custos, seja pela tecnologia e mão de obra envolvidos no tratamento. Assim, no caso de internação hospitalar por mais de uma noite ou quando o tratamento requerer infra-estruturas e/ou equipamentos de alto custo e tecnologia, ou, ainda, quando o tratamento envolver risco para o paciente ou a população local e quando condições mínimas de segurança e qualidade estiverem em jogo, o Estado-Membro está autorizado a solicitar autorização prévia.

Cria-se para o usuário/paciente, portanto, liberdade de escolha quanto ao prestador e ao local de prestação do serviço. Essa liberdade, estende-se inclusive a prestadores privados. Ponto importante a ser observado, entretanto, é que o paciente interessado em submeter-se a tratamentos fora de seu país e sem autorização prévia deverá custear a viagem e o tratamento do próprio bolso, solicitando o reembolso quando de seu retorno. Este arranjo privilegia indivíduos com maior poder aquisitivo e poderá afetar negativamente a equidade como se demonstrará adiante.

Conforme analisado, a Diretiva representa não só uma codificação da jurisprudência do TJUE e, consequentemente, uma facilitação do acesso aos serviços de saúde dentro da Europa, mas também uma forma de ‘Europeização’ do tema da saúde,⁴⁴ na medida em que se esvazia a autonomia dos Estados-Membros para decidir sobre importante assunto dentro da área da saúde. Embora o efetivo impacto da norma sobre os sistemas nacionais de saúde ainda seja desconhecido, já que os Estados-Membros tiveram até 25 de outubro de 2013 para adotar as disposições legislativas e administrativas necessárias a dar cumprimento à Diretiva, estudos e artigos produzidos anteriormente analisaram o seu potencial impacto. Enquanto alguns autores sustentam positivamente que a Diretiva representa uma oportunidade para se criar um marco legal e um quadro normativo referente ao tema, permitindo uma maior clareza

sobre os direitos dos pacientes e a modernização dos serviços de saúde,^{44,37} outros apresentam críticas como a redução da competência e autonomia nacionais sobre os serviços de saúde, além de uma potencialização de valores econômicos e direitos individuais que podem afetar direitos dos demais indivíduos^{38,39}.

4. Potencias efeitos da nova legislação sobre princípios comuns aos sistemas de saúde

A natureza essencialmente econômica da Diretiva pode impactar negativamente nos princípios que fundamentam os sistemas de saúde da UE. Primeiramente, o simples pressuposto de que todos os tipos de serviços de saúde são serviços econômicos e, assim, sujeitam-se às liberdades do Mercado Interno, já denunciam uma visão individualista sobre a prestação da saúde. Como discutido acima, uma das diferenças entre as teorias igualitária e liberal na distribuição de serviços de saúde é o fato de a primeira atribuir uma importância moral a estes serviços, o que não é admitido pela segunda. Assim, a partir do momento que os serviços de saúde tornam-se mercadorias sujeitas às regras de mercado, perdem o seu caráter social e, conseqüentemente, sua função redistributiva.

Da mesma forma, a opção da Diretiva em enfatizar a liberdade de escolha como direito do paciente também contrasta com a natureza redistributiva dos serviços de saúde. Mais liberdade de escolha implica invariavelmente um papel mais proeminente do mercado na prestação desses serviços. Apesar de muitos países europeus já terem incorporado em seus sistemas de saúde alguns arranjos do modelo denominado quasi-mercado,⁴⁰ algumas medidas estratégicas ou políticas públicas de caráter social são adotadas nacionalmente a fim de contrabalançar os efeitos indesejáveis que surgem em condições normais de mercado, evitando, assim, desigualdades que podem surgir devido às diferenças de poder de compra entre os indivíduos. Entretanto, existe enorme dificuldade no desenvolvimento políticas sociais em nível europeu, já que o principal objetivo da UE está calcado no aspecto econômico.⁴¹

Nesse contexto, os princípios corolários da teoria da igualdade - solidariedade, universalidade e equidade de acesso - por sua função redistributiva, são aqueles que tendem a ser mais afetados. É, contudo, na equidade de acesso que a Diretiva poderá ter maior impacto. Para ilustrar o problema, imagine-se a seguinte situação: paciente A e paciente B são filiados ao mesmo sistema nacional de saúde. Ambos possuem a mesma condição de saúde, a mesma necessidade de cuidados e mesma indicação de tratamento, para o qual há uma lista de espera no sistema. O paciente A possui recursos para viajar e realizar o tratamento no exterior em

prestador de sua escolha, como garantido pela Diretiva 2011/24/UE, onde não enfrentará filas, solicitando posteriormente o reembolso ao sistema público de saúde. De outro lado, o paciente B, que não possui recursos para custear viagem e tratamento no exterior e aguardará a fila de espera do sistema a fim de obter o mesmo tratamento nacionalmente.

Ou seja, o fato de o paciente ter que antecipar o pagamento para realizar o tratamento no exterior favorece aqueles com melhor situação econômico-financeira,⁴² que farão mais uso dos direitos garantidos pela Diretiva do que pacientes de classes sociais mais baixas. Portanto, apesar de a referida norma assegurar direitos para todos os indivíduos que desejem realizar tratamentos no exterior, a antecipação das despesas é um fator que impõe barreiras financeiras e culturais, beneficiando, em realidade, uma minoria composta por indivíduos de classes sociais mais altas, aptos a pagar o custo da mobilidade, que inclui não somente antecipar os custos com viagem e tratamento, mas também vencer as barreiras de língua e cultura. Diferentemente dos direitos sociais criados nacionalmente, a expansão de direitos ditos sociais em nível europeu está vinculada ao Mercado Interno, sendo denominada ‘cidadania de mercado’, por privilegiar essencialmente aspectos econômicos da mobilidade.⁴³

Pode-se dizer, assim, que a opção de privilegiar direitos individuais para tratamentos de saúde transfronteiriços poderá afetar a equidade de acesso,⁴⁴ já que além de se criar um mecanismo de utilização desses direitos baseados na capacidade de pagamento – mecanismo comum em sistemas de saúde fundados na teoria liberal - tal política poderá representar a violação de escolhas políticas de alocação de recursos pensadas para o sistema como um todo.⁴⁵

A liberdade de escolha e a capacidade de pagamento como fatores de efeitos negativos sobre a equidade em sistemas nacionais de saúde foram observados no julgamento do caso *Chaoulli* pela Suprema Corte do Canadá.⁴⁶ O caso refere-se ao direito de um indivíduo a obter tratamento de saúde privado, a expensas próprias - o que é proibido pela lei canadense - em razão da lista de espera no sistema público. O Tribunal autorizou a realização do tratamento, derrubando a legislação local e permitindo ao indivíduo realizá-lo no sistema privado. Esta decisão foi criticada à época por desconsiderar o princípio da equidade, que preconiza a necessidade como determinante do acesso e não a capacidade de pagamento, trazendo o risco de se criar um sistema de saúde com dois níveis de acesso.⁴⁷

Portanto, assim como no exemplo canadense, acesso a serviços transfronteiriços de saúde na UE, na forma prevista pela jurisprudência e Diretiva sobre o tema, também tem o potencial de criar um sistema de dois níveis, já que os grupos de baixa renda são menos propensos a acessar serviços no exterior devido a barreiras financeiras e culturais. Além disso,

as camadas mais prósperas da sociedade são mais articuladas e têm, portanto, mais voz para lutar politicamente por melhores serviços públicos. Essa assertiva encontra respaldo no próprio caso dos serviços transfronteiriços, que foi levado aos tribunais por cidadãos europeus habituados a cruzar fronteiras e com condições de custear uma batalha judicial para este fim. Nessa lógica, se os cidadãos mais articulados abandonarem os sistemas nacionais dando preferência à utilização de estruturas no exterior, existe a possibilidade de uma queda de qualidade ou até mesmo o encerramento de algumas estruturas ou serviços em nível nacional.

Daí podem advir ainda problemas em relação à universalidade, já que corre-se o risco de diminuir a universalidade do sistema, além da diminuição do sentimento de solidariedade social pelo desmantelamento das bases igualitárias em que o Estado de bem-estar social está fundado.⁴⁸

Neste sentido, um estudo recente avaliando os efeitos da agenda de bem-estar europeia concluiu que políticas públicas de saúde que enfatizam o fator ‘escolha’ não são equitativas porque ‘escolha’ é uma ‘política de classe média’, que beneficia principalmente pessoas de alta renda, capazes de fazer melhor uso das opções disponíveis.⁴⁹ Na mesma linha da agenda europeia, a Diretiva, apesar de mencionar o princípio da equidade não propõe medidas que visem neutralizar os efeitos indesejáveis dos mecanismos de escolha e capacidade de pagamento. Curiosamente ou deliberadamente o texto da norma é silente sobre as desigualdades sociais e territoriais no acesso à saúde ou sobre indivíduos ou grupos em situações mais precárias de acesso a serviços à saúde. Conclui-se, portanto, que o texto é destinado a camadas com recursos cognitivos e sociais necessários a envolverem-se em um processo de mobilidade,⁵⁰ e que oferece riscos à equidade de acesso a serviços ao privilegiar uma minoria social e financeiramente articulada, aumentando assim as diferenças de acesso já existentes nos sistemas.⁵¹

Mencione-se, ainda, o incentivo que a Diretiva cria para o aumento de prestadores privados, já que não há restrições quanto à natureza. A título ilustrativo tem-se o exemplo das clínicas odontológicas na Hungria, que oferecem verdadeiro serviço de turismo médico, usando publicidade ostensiva em diversos meios de comunicação, na qual oferecem ‘pacotes’ médicos que incluem tratamento, viagem e acomodação.¹⁴

Igualmente importantes são as questões discriminatórias suscitadas a partir Diretiva, não só por beneficiar cidadãos de países onde o custo do tratamento é mais caro, tendo eles a possibilidade de procurar tratamentos mais baratos no exterior, mas também pela discriminação reversa⁵², que prejudica os cidadãos que não exercem a mobilidade. Isto porque aqueles que estabelecem uma ligação com o Mercado Interno acabam se beneficiando de

regras mais flexíveis criadas pela legislação da EU, como a liberdade de escolha do prestador, por exemplo. Por outro lado, cidadãos que permanecem confinados dentro de seus Estados-Membros estão sujeitos a normas nacionais mais restritivas.

Finalmente, ainda que não se tenha tratado especificamente do princípio da qualidade neste trabalho, vale mencionar que a abordagem sobre qualidade dos serviços ainda varia muito dentro da UE. Neste sentido, Legido-Quigley *et al.*⁵³ identificaram diversas categorias de iniciativas na área de qualidade em saúde na UE, mas apenas na área de aprovação de medicamentos e dispositivos médicos, e na formação de profissionais de saúde existem abordagens comuns.

Diferentes abordagens para a qualidade podem se tornar um problema para questões relacionadas à prestação de serviços de saúde transfronteiriços, porque os pacientes que vão a outro Estado-Membro para receber cuidados médicos esperam encontrar ao menos os mesmos níveis de qualidade que são oferecidos pelo seu sistema de saúde e problemas relativos à qualidade de prestadores de serviços de saúde podem levar a questão de como se operará a responsabilidade civil médica.⁵⁴

5. Considerações finais

A introdução de mecanismos de mercado através da jurisprudência e legislação europeias nos últimos 20 anos vem impondo difíceis desafios aos sistemas de saúde da UE. Apesar de estarem incluídos dentro da agenda social em nível nacional, os serviços de saúde na agenda da UE receberam enfoque essencialmente econômico. Esta diferença de abordagens pode ter efeitos negativos especialmente sobre os aspectos solidário e equitativo dos sistemas de saúde da EU. Isto porque tais sistemas foram construídos a partir das ideias da teoria igualitária de justiça e têm como fundamento princípios corolários desta teoria, como solidariedade, equidade de acesso e universalidade, os quais foram formalmente reconhecidos pela EU como comuns aos seus sistemas de saúde.

Como demonstrado através do exemplo dos serviços de saúde transfronteiriços, dar um enfoque de mercado a estes serviços, utilizando-se mecanismos como a liberdade de escolha e a capacidade de pagamento, sem estratégias para neutralizar os efeitos por eles gerados, tem o potencial de tornar o acesso aos serviços menos equitativo e, em última análise, mais discriminatório. A liberdade de se buscar um prestador no exterior se pode ser tida como uma expansão dos direitos dos pacientes, mas, em realidade, beneficiará uma minoria que pode arcar com os custos da mobilidade.

Além disso, inúmeros outros problemas podem surgir a partir dessa liberalização na busca de prestadores no exterior, tais como o incentivo para prestadores privados e a criação de um mercado para verdadeiro turismo médico num contexto de financiamento essencialmente público. Daí decorrem, ainda, problemas de como garantir a qualidade dos serviços transfronteiriços, já que pagos por determinado país, mas realizados fora dele, e de responsabilização em caso de falha na prestação.

Conclui-se, assim, que um enfoque meramente econômico para os serviços de saúde não se mostra o melhor caminho para o desenvolvimento de políticas nessa área, visto que tais serviços estão fundados em premissas igualitárias e uma abordagem puramente econômica abre a porta para, entre outras coisas, desigualdades e discriminação no acesso. Além disso, a aplicação de valores essencialmente liberais num contexto informado por princípios igualitários polariza as agendas nacional e europeia sobre saúde, já que os serviços prestados em nível nacional situam-se dentro das políticas sociais e de bem-estar desenvolvidas por cada país ao passo que aqueles prestados além das fronteiras dos países e com base na nova Diretiva fazem parte das políticas do mercado interno desenvolvidas pela UE.

6. Referências

- ¹ Kostakopoulou, D. Ideas, Norms and European Citizenship: Explaining Institutional Change. *The Modern Law Review* 2005; 68(2): 233-67.
- ² Barnard, C. *The Substantive Law of the EU: The Four Freedoms*, 4^a Ed.; Oxford: Oxford University Press; 2013.
- ³ De Búrca, G. *EU law and the welfare state: in search of solidarity*. Oxford: Oxford University Press; 2005.
- ⁴ Tribunal de Justiça da União Europeia. *Decker*, Caso C-120/95 [1998] ECR I-1831; *Kohll*, Caso C-158/96 [1998] ECR I-1931; *Vanbraekel and others*, Caso C-368/98 [2001] ECR I-5363; *Smits and Peerbooms*, Caso C-157/99 [2001] ECR I-5473; *Müller-Fauré and van Riet*, Caso C-385/99 [2003] ECR I-4509; and *Watts*, Caso C-372/04 [2006] ECR I-4325.
- ⁵ Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. Diretiva 2011/24/EU, de 9 de Março de 2011, sobre a regulação dos direitos de pacientes na prestação de serviços de saúde transfronteiriços. *Official Journal of the European Union* 2011; 4 abr.
- ⁶ Esping-Andersen, G. *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press; 2003.
- ⁷ Conselho da União Europeia. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (C 146). *Official Journal of the European Union* 2006; 22 jun.
- ⁸ Black, H.C., Garner B.A. *Black's Law Dictionary*. St. Paul, MN: Thomson Reuters; 2009.
- ⁹ Daniels, N. *Just health: meeting health needs fairly*. Cambridge/ New York; Cambridge University Press; 2008.
- ¹⁰ Mossialos, E.; Oliver, A. 2004. Equity of access to health care: outlining the foundations for actions. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2004; 58: 655-58.
- ¹¹ Dworkin, R. Justice in the Distribution of Health Care. *McGill Law Journal* 1993; 38(4): 883-98.
- ¹² União Europeia. Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia. *Official Journal of the European Union* 2010; 30 Mar.
- ¹³ Földes, M.É. *A Legal Analysis of the Influence of Internal Market Implementation on Access to Health Care in Hungary and Slovenia*. [Tese de doutorado]. Hungary: Central European University; 2009.
- ¹⁴ Ugá, M.A.D.; Santos, I.S. An Analysis of Equity in Brazilian Health System Financing. *Health Affairs* 2007; 26(4): 1017-28.
- ¹⁵ Guimarães, L.; Giovanella, L. Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(9): 1795-1807.
- ¹⁶ Correa, L.H. O Enfoque Econômico da Saúde na União Europeia. *Rev Direito Sanitário* 2008; 9(2): 151-89.
- ¹⁷ Esping-Andersen, G. *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity; 1990.
- ¹⁸ Lamping, W. European integration and health policy: a peculiar relationship. In: Steffen M, organizadora. *Health governance in Europe: issues, challenges, and theories*. London: Routledge; 2005.
- ¹⁹ Stjernø, S. *Solidarity in Europe: the history of an idea*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
- ²⁰ Disponível em: http://www.epha.org/IMG/pdf/European_Charter_Health_Equity_July_v.pdf [acessado 2014 Mar 24]
- ²¹ Oliver, A; Mossialos, E. Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(8): 655-58.
- ²² Goddard, M; Smith P. Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine* 2001; 53(9): 1149-62.
- ²³ Busse R, Ginneken EV, Wörz M. Access to health care services within and between countries. In: Wismar M, Palm, W; Figueras, J; Ernst, K; Ginneken, E.V.; organizadores. *Cross-border health care in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
- ²⁴ Aday, L.A.; Andersen, R. A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Serv Res* 1974; 9(3): 208-20.
- ²⁵ Haynes, R. Geographical access to health care. In: Gulliford M, Morgan M, organizadores. *Access to health care*. New York: Routledge; 2003.
- ²⁶ Gibson, D.M.; Goodin, R.E.; Grand, J.L. Come and get it: distributional biases in social service delivery systems. *Policy and politics* 1985; 13(2): 109-26.
- ²⁷ Mossialos, E.; Thomson, S. 2003. Access to health care in the European Union: the impact of user charges and voluntary health insurance. In: Gulliford, M.; Morgan, M., organizadores. *Access to health care*. New York: Routledge; 2003.
- ²⁸ Gulliford, M.; Figueroa-Muñoz, J.; Morgan, M. Introduction: meaning of 'access' in health care. In: Gulliford M.; Morgan, M., organizadores. *Access to health care*. New York: Routledge; 2003.
- ²⁹ Kanavos, P.; Mackee, M. Cross-border issues in the provision of health services. *J Health Serv Res Policy*. 2000; 5(4): 231-6.

- ³⁰ Neergaard, U. EU Health Care Law in a Constitutional Light: Distribution of Competences, Notions of 'Solidarity', and 'Social Europe'. In: Gronden, J.W.V.D.; Szyszczak, E.; Neergaard, U.; Krajewski, M., organizadores. *Health care and EU law*. The Hague: T.M.C. Asser Press; 2011.
- ³¹ Koutrakos, P. Healthcare as an Economic Service under EU law. In: Spaventa, E.; Dougan, M., organizadores. *Social Welfare an EU Law*. Oxford: Hart; 2005.
- ³² Baeten, R. The potential impact of the services directive on health services. In: Nihoul, P.; Simon, A-C., organizadores. *L'Europe et les soins de santé: marché intérieur, sécurité sociale, concurrence*. Bruxelles: Larcier; 2005.
- ³³ Parlamento Europeu. Relatório sobre o impacto e consequências da exclusão dos serviços de saúde da Diretiva sobre Serviços no Mercado Interno, de 10 de maio de 2007. Disponível em <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A6-2007-0173+0+DOC+PDF+V0//EN> [acessado 2014 Abr 2]
- ³⁴ Neergaard, U.B. Services of General (Economic) Interest and the Services Directive - What is left out, why and where to go? In: Neergaard, U.B.; Nielsen, R.; Roseberry, L.M., organizadores. *The Services Directive: consequences for the welfare state and the European social model*. Copenhagen: DJØF Pub; 2008.
- ³⁵ Parlamento Europeu e Conselho da União Europeia. Diretiva 2006/123/EC, de 12 de Dezembro de 2006, sobre Serviços no Mercado Interno. *Official Journal of the European Union* 2006; 27 dez.
- ³⁶ Szyszczak, E. Patients' Rights: A Lost Cause or Missed Opportunity? In: Gronden, J.W.V.D.; Szyszczak, E.; Neergaard, U.; Krajewski, M., organizadores. *Health care and EU law*. The Hague: T.M.C. Asser Press; 2011.
- ³⁷ Meyer, H.J. Current legislation on cross-border healthcare in the European Union. In: Cohen, G., organizador. *The Globalization of Health Care: Legal and Ethical Issues*. New York: Oxford University Press; 2013.
- ³⁸ Newdick, C. Disrupting the Community - Saving Public Health Ethics from the EU Internal Market. Gronden, J.W.V.D.; Szyszczak, E.; Neergaard, U.; Krajewski, M., organizadores. *Health care and EU law*. The Hague: T.M.C. Asser Press; 2011.
- ³⁹ Borges, D.C.L. European Health Systems and the Internal Market: Reshaping Ideology? *Health Care Anal*, 2001; 19(4): 365-87.
- ⁴⁰ Le Grand, J. *The other invisible hand: delivering public services through choice and competition*, Princeton: Princeton University Press; 2007.
- ⁴¹ Stuchlík, A.; Kellermann, C. Europe on the Way to a Social Union? The EU Social Agenda in the Context of European Welfarism. *International Policy Analysis*; 2009. Disponível em <http://library.fes.de/pdf-files/id/ipa/06013.pdf> [acessado 2014 Abr 4]
- ⁴² Doorslaer, E.V.; Koolman, X.; Jones, A.M. Explaining income-related inequalities in doctor utilisation in Europe. *Health Economics*, 2004; 13(7): 629-47.
- ⁴³ Goudappel, F. *The Effects of EU Citizenship*. The Hague: TMC Asser Press; 2010.
- ⁴⁴ Greer, S.L. Power struggle: the politics and policy consequences of patient mobility in Europe. *Observatoire Social Européen*. Policy Paper n. 2; 2008. Disponível em http://www.ose.be/files/publication/policy_papers/OSEPolicypaper2_Greer_EN.pdf [acessado 2014 Abr 7]
- ⁴⁵ Hervey, T.K. If Only It Were So Simple: Public Health Services and EU Law. In: Cremona M, organizadora. *Market Integration and Public Services in the European Union*. Oxford: Oxford University Press; 2011.
- ⁴⁶ Supreme Court of Canada. *Chaoulli v. Quebec (Attorney General)*, [2005] 1 S.C.R. 791, 2005 SCC 35.
- ⁴⁷ Marchildon, G.P. The Chaoulli Case: A Two-Tier Magna Carta? *Healthcare Quarterly*, 2005; 8(4): 49-52.
- ⁴⁸ Somek A. Solidarity Decomposed: Being and time in European citizenship. University of Iowa Legal Studies Research Paper, Number 07-13; 2007. Disponível em http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=987346 [acessado 2014 Abr 9]
- ⁴⁹ Zigante, V. Assessing Welfare Effects of the European Choice Agenda: The case of health care in the United Kingdom. *LSE 'Europe in Question' Discussion Paper Series*, LEQS Paper n. 35/2011; 2011. Disponível em <http://www.lse.ac.uk/europeanInstitute/LEQS/LEQSPaper35.pdf> [acessado 2014 Abr 8]
- ⁵⁰ Rosa, S.D.L. The Directive on Cross-Border Healthcare or the Art of Codifying Complex Case Law. *Common Market Law Review*, 2012; 49(1): 15-46.
- ⁵¹ Baeten, R. Past impacts of cross-border health care. In: Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, Ginneken EV, organizadores. *Cross-border health care in the European Union*. Copenhagen: World Health Organization, on Behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.
- ⁵² Tryfonidou, A. *Reverse Discrimination in EC Law*. The Netherlands: Kluwer Law International; 2009.
- ⁵³ Legido-Quigley, H.; Mckee, M.; Walshe, K.; Suñol, R.; Nolte, E.; Klazinga, N. How can quality of health care be safeguarded across the European Union? 2008, *BMJ*, 336 (7650): 920-3.
- ⁵⁴ Viola, M. Responsabilidade civil dos médicos, dos hospitais e das seguradoras e operadoras de planos de assistência à saúde por erro médico. *Revista Jurídica da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas)*, 2007; 23(1): 83-99.