

¿Por qué se hace esta regulación sobre asistencia sanitaria transfronteriza?

La asistencia sanitaria en otros países de la Unión Europea ha estado regulada por los Reglamentos europeos 883/2004 y 987/2009, orientados a la asistencia necesaria tanto en casos de estancias temporales como permanentes. En ellos se enmarca la Tarjeta Sanitaria Europea y el Certificado Provisional Sustitutorio. Bajo esta regulación, el paciente no tiene que abonar la asistencia recibida puesto que la facturación se hace entre los Estados.

A pesar de ello, la jurisprudencia acumulada desde 1998 en el Tribunal de Justicia de la Unión Europea puso de relieve la necesidad de regular los desplazamientos a otros Estados para recibir asistencia sanitaria planificada de antemano por un paciente. Desde 2008 se debatió esta nueva regulación y en 2011 se aprobó la nueva Directiva Europea. **Con ella, cualquier persona con ciudadanía europea tiene derecho a recibir asistencia sanitaria en centros públicos o privados de la UE y del Espacio Económico Europeo.**

Todos los Estados miembros de la Unión Europea están obligados a **transponer la Directiva 2011/24/UE**, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Esta transposición debía haberse hecho antes del 25 de octubre de 2013.

Los **objetivos** de la Directiva son:

- Facilitar el acceso a una asistencia sanitaria transfronteriza segura y de elevada calidad en la Unión.
- Garantizar la movilidad de los pacientes de conformidad con los principios establecidos por el Tribunal de Justicia.
- Promover la cooperación en materia de asistencia sanitaria entre los Estados miembros.

La Directiva se basa en el artículo 114.3 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (UE), sobre medidas de armonización en materia de **salud, seguridad, protección del medio ambiente y protección de los consumidores** y el artículo 168, sobre **salud pública**. La exposición de motivos del Real Decreto en España prefiere destacar otro aspecto también mencionado en la Directiva, y que fue objeto de un duro debate en el proceso previo de negociación, relativo a mejorar el funcionamiento del mercado interior y la libre circulación de mercancías, personas y servicios. Sin embargo, la base jurídica de estos objetivos (artículos 56 y siguientes del TFUE) no está recogida en la Directiva.

¿Puedo, entonces, recibir asistencia sanitaria fuera de España?

Sí, si eres asegurado o beneficiario de la asistencia sanitaria en España, dentro de los límites previstos en la propia norma. La asistencia se puede recibir tanto en centros públicos como privados.

Hay una excepción para los titulares de una pensión y los miembros de su familia que residen en España, si la asistencia sanitaria es a cargo de un Estado miembro que figura en el anexo IV del Reglamento (CE) n.º 883/2004, de 29 de abril de 2004, y que haya reconocido, de conformidad con las disposiciones del citado Reglamento, los derechos a las prestaciones sanitarias para dichas personas, cuando estén en su territorio (Bélgica, Bulgaria, República Checa, Alemania, Grecia, Francia, Chipre, Luxemburgo, Hungría, Países Bajos, Austria, Polonia, Eslovenia y Suecia). En este caso, ese Estado les proporcionará la asistencia sanitaria y correrá con los gastos correspondientes con arreglo a su legislación y en las mismas condiciones que si residiesen en ese Estado miembro.

¿Es lo mismo que la Tarjeta Sanitaria Europea?

No. La TSE nos sirve en estancias temporales en otros países de la UE, Noruega, Liechtenstein, Islandia y Suiza, por motivos de trabajo, estudios, turismo, pero no es válida cuando el desplazamiento tenga la finalidad de recibir tratamiento médico. Permite acceder a la atención sanitaria pública de estos países en las mismas condiciones y al mismo coste que los ciudadanos de esos países en caso de necesidad, pero no cubre los gastos si se viaja con la finalidad expresa de recibir tratamiento médico.

¿Y qué pasa con la continuidad de esta asistencia al volver a España?

Para favorecer esta continuidad de la asistencia, se asegura en primer lugar el acceso a la **documentación**: el paciente debe recibir una copia, en el soporte adecuado, de los informes clínicos, y de los resultados de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos, difundándose el procedimiento para su acceso y promoviendo el acceso electrónico a la documentación clínica.

En el intercambio de la información oportuna que garantice la continuidad asistencial, España aplicará los estándares nacionales, europeos e internacionales de comunicación de la Historia Clínica Electrónica o de sus componentes. Todo ello con garantías de seguridad en el tratamiento de datos establecidas en la legislación española en materia de protección de datos de carácter personal.

Se garantiza, también, el **seguimiento sanitario en España** tras recibir la atención sanitaria, de igual forma que si la asistencia recibida en otro Estado miembro se hubiera prestado en España.

¿Qué límites tiene la asistencia sanitaria transfronteriza según esta norma?

El primero es el **geográfico**. Es una norma de aplicación en el ámbito de la Unión Europea. Sin embargo, está prevista su aplicación en el Espacio Económico Europeo (Islandia, Liechtenstein y Noruega), tan pronto como se adopten los instrumentos jurídicos correspondientes.

El segundo límite lo establecen las **carteras de servicios** aplicables en España. La asistencia sanitaria debe figurar entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho según la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente.

El tercero, las **exclusiones** explícitamente recogidas en el Real Decreto:

- a) Los servicios en el ámbito de los cuidados de larga duración, cuya finalidad sea ayudar a quienes requieran asistencia a la hora de realizar tareas rutinarias y diarias;
- b) La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante;
- c) Los programas de vacunación pública contra las enfermedades infecciosas, que tengan por finalidad exclusiva la protección de la salud de la población en el territorio español y que estén sujetas a medidas específicas de planificación y ejecución sin perjuicio de lo relativo a la cooperación entre España y los demás Estados miembros en el ámbito de la Unión Europea.

Y el cuarto, que la asistencia sanitaria transfronteriza se prestará de conformidad con la **normativa del Estado miembro de tratamiento**, incluidas las normas y directrices sobre calidad y seguridad, y con la legislación de la Unión europea en materia de normas de seguridad, teniendo en cuenta los principios de universalidad, acceso a una atención de elevada calidad, equidad y solidaridad.

¿Tengo que solicitarlo previamente?

No, con carácter general, salvo en los casos previstos en la norma se exige autorización previa:

- Cualquier tipo de atención sanitaria que implique que el paciente tenga que **pernoctar en el hospital al menos una noche**.
- Aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud que han sido seleccionadas en base a la exigencia del uso de **procedimientos o equipos médicos sumamente especializados, a la necesidad de atención a pacientes con problemas complejos, o a su elevado coste económico** (incluidas en el Anexo II del RD; por ejemplo, ciertos tipos de tomografías, la reproducción humana asistida, diálisis, radioterapia, radiocirugía, análisis genéticos, algunos tratamientos de discapacidades, etcétera).

En estos casos que conllevan autorización previa, la solicitud debe dirigirse al organismo establecido por la autoridad sanitaria competente (Servicio Público de Salud, INGESA o mutualidad), que responderá en un **plazo máximo de 45 días** concediendo o denegando la solicitud. Transcurrido dicho plazo sin resolución expresa, se entiende estimada la solicitud por silencio administrativo.

Las **causas por las que se puede denegar la solicitud** son: cuando la prestación solicitada no esté incluida en las carteras de servicios; cuando el paciente vaya a exponerse a un riesgo inaceptable; cuando se pueda exponer a un riesgo sustancial a la población en general; cuando haya motivos graves y específicos de inquietud

respecto al proveedor de asistencia sanitaria; cuando pueda prestarse en territorio nacional en un plazo que sea médicamente justificable.

¿Quién paga mi asistencia sanitaria?

Pues, según el RD, la tiene que pagar **en primer lugar cada paciente** en el lugar en el que sea atendido. Posteriormente, y una vez que vuelva al lugar de residencia, el paciente **debe tramitar el reembolso** de las cantidades pagadas.

Este sistema de pago adelantado y posterior reembolso significará, de hecho, un filtro según capacidad de renta. Sólo quienes puedan permitirse pagar por adelantado su asistencia sanitaria, más los gastos de viaje y alojamiento, podrán acceder a esta asistencia sanitaria transfronteriza.

Para este reembolso, debe aportar las **facturas** originales del proveedor de asistencia sanitaria o establecimiento dispensador, en las que deberá acreditarse por el expendedor que han sido abonadas, y **copia de la prescripción médica o el informe clínico** de la atención prestada (ver Anexo I del RD).

La solicitud de reembolso se dirigirá al organismo asignado a tal efecto por la administración sanitaria competente, en un **plazo máximo de tres meses** a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida y se ajustará al formato que se haya establecido al efecto.

El organismo competente puede ser el **Servicio Público de Salud** de cada Comunidad Autónoma (así será en la mayoría de los casos) o el **INGESA** (para Ceuta y Melilla), incluyendo a las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios que hubieran sido adscritas a sus correspondientes servicios de salud por el procedimiento establecido.

Para las personas encuadradas en **mutualidades de funcionarios** que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de otras modalidades, la respectiva mutualidad, como administración competente, establecerá en los instrumentos jurídicos específicos la forma y el procedimiento de gestión para hacer efectivo el derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza, en los términos estipulados en este real decreto, así como las tarifas aplicables para el reembolso.

¿Me pagan todos los gastos de mi asistencia o hay límites?

Ya hemos señalado que sólo se cubren la asistencia sanitaria que figure entre las prestaciones a que el asegurado tiene derecho según la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud o, en su caso, la cartera complementaria de la Comunidad Autónoma correspondiente, y teniendo en cuenta las exclusiones referidas anteriormente.

Los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados por la administración sanitaria competente, **hasta la cuantía que ésta habría asumido y en los mismos términos y condiciones que si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en territorio nacional por los correspondientes servicios asignados.** Este reembolso será conforme a las tarifas aprobadas por la administración sanitaria competente, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente

prestada y **sin considerar los gastos conexos** (aunque la Directiva permite que los Estados decidan reembolsar otros gastos conexos, como los gastos **de alojamiento y de viaje**, o los gastos adicionales en que puedan incurrir las personas con discapacidad cuando reciban asistencia sanitaria transfronteriza debido a una o más discapacidades, en el caso de España estos gastos están excluidos).

Se utilizarán como tarifas aplicables para el reembolso de los costes abonados en otros Estados miembros por los pacientes que tengan derecho a éste los precios públicos o tarifas que se aplican por la prestación de servicios sanitarios aprobados y publicados por la respectiva administración sanitaria competente. Cuando no se disponga de tarifas publicadas para la prestación de algún tipo de asistencia sanitaria, éstas se fijarán aplicando criterios objetivos, no discriminatorios y conocidos de antemano.

¿Dónde puedo informarme?

Para ello se creará el **Punto Nacional de Contacto** (PNC) en la Unidad administrativa responsable de la información al ciudadano del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La actividad del PNC será complementada con la actividad informativa de las unidades responsables de las Comunidades Autónomas, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y de las mutualidades de funcionarios, en el ámbito de sus competencias.

En el PNC podremos informarnos sobre las condiciones de reembolso de los gastos, los procedimientos para acceder a la asistencia sanitaria transfronteriza, su alcance y su contenido, los procedimientos para formular reclamaciones o solicitar reparación de daños, y los elementos que a tenor de lo dispuesto en la legislación europea deben figurar en las recetas expedidas en un Estado miembro y dispensadas en otro.

También habrá información de los **proveedores de asistencia sanitaria**, sobre su ubicación, organigrama, oferta de servicios, la actividad anual, los indicadores de calidad del centro, su acreditación o certificación respecto a sistemas de calidad como el sistema de formación sanitaria especializada, el de los Centros, Servicios y Unidades de Referencia, sistemas de acreditación de la Comunidad Autónoma, sistemas de gestión de la calidad o certificaciones respecto a normas UNE/CEN/ISO u otras.

Facilitarán las aclaraciones y ayudas de índole práctica que el usuario demande sobre: procedimiento o trámite de acceso, horario de funcionamiento, documentación o condiciones administrativas y/o asistenciales que debe cumplir el paciente para acceder a los servicios incluidos en la oferta, condiciones de visita y acompañamiento al paciente y condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad.

Y dispondrán de una lista actualizada de precios a disposición de los ciudadanos, adaptada a su oferta de servicios y facilitará información clara sobre facturas.

¿Qué garantías tengo sobre los profesionales que me atienden en otro país?

Hay que tener en cuenta que se establece un **sistema de intercambio de información sobre profesionales sanitarios**. La Directiva europea establece que los Estados miembros de tratamiento velarán por que la información sobre el derecho a ejercer de los profesionales sanitarios que figuran en los registros nacionales o locales

establecidos en su territorio se ponga a disposición de las autoridades de otros Estados miembros, previa solicitud, a los efectos de asistencia sanitaria transfronteriza. En España, toda la información se canalizará a través del Ministerio de Sanidad, teniendo en cuenta el registro estatal de profesionales sanitarios, las Consejerías de Sanidad de las CC.AA. y los Colegios Profesionales.

Además, el proveedor de asistencia sanitaria está obligado a facilitar al usuario de los servicios, cuando así le sea requerido por éste, la oportuna información respecto a la cobertura de su **seguro de responsabilidad** profesional, o de otros medios de protección personal o colectiva que posea, en relación con su responsabilidad profesional.

¿Sirven las recetas de otros países en España?

Las recetas de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, cuya comercialización haya sido autorizada, extendidas en otro Estado miembro a nombre de un paciente determinado, **podrán dispensarse en España**.

El reconocimiento de dichas recetas será **sin perjuicio de la normativa nacional** sobre prescripción y dispensación de medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos u otros sustitutos. El reconocimiento de las recetas no afectará a las normas sobre financiación pública de los medicamentos. El reembolso de los gastos de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, se regirá por lo dispuesto en este real decreto.

¿Entonces, también pueden otros ciudadanos europeos recibir asistencia sanitaria en España?

Por supuesto. Todo lo explicado sobre la información a través de Puntos de Contacto, documentación necesaria para garantizar la continuidad de la asistencia en sus países de origen, garantías sobre los profesionales, validez de las recetas, etcétera es aplicable en todos los casos. La regulación del reembolso y sus límites corresponde, sin embargo, a sus respectivos países de origen.

Se garantiza, además, la aplicación del **principio de no discriminación** por razón de la nacionalidad, entre los pacientes de otros Estados miembros y los pacientes cuyo Estado de afiliación sea España.

Todos los pacientes **deberán abonar las mismas tarifas** que aplican los proveedores de asistencia sanitaria a los pacientes nacionales en situaciones médicas comparables. Respecto a las prestaciones sanitarias recibidas en centros y servicios del Sistema Nacional de Salud que estén sujetas a facturación, se aplicarán los precios públicos o tarifas publicadas indicados en el artículo anterior. En el caso de que se haya facilitado asistencia por proveedores privados, se aplicarán las tarifas que éstos tengan publicadas.

Por ello el RD habla de **una oportunidad para la sanidad privada y un reto para el sector sanitario público**. En el primer caso, porque se tratará de generar un negocio de turismo sanitario con ciudadanos de otros países que pagan su asistencia en caja y luego tramitan su reembolso total o parcial en sus países de origen. En el segundo caso, porque se puede incrementar la demanda de asistencia sanitaria con solicitudes

de personas de otros países europeos y, además, hay que tramitar las solicitudes de reembolso de personas en España que han recibido asistencia sanitaria fuera.

¿Qué más se regula en este Real Decreto?

- **Redes europeas de referencia.** Para que los servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud puedan pertenecer o colaborar con las redes europeas de referencia.
- **Información sobre enfermedades raras.** El Ministerio de Sanidad ofrecerá tanto a los profesionales sanitarios como a los pacientes la información disponible sobre las herramientas existentes en España y en la Unión Europea para facilitar la práctica clínica en las enfermedades raras, así como la información sobre las posibilidades para la remisión de los pacientes con enfermedades raras a otros Estados miembros, para diagnósticos y tratamientos que no estén disponibles en España.
- **Red europea de sanidad electrónica.** España formará parte de la red europea de sanidad electrónica, regulada en la Decisión 2011/890/UE de la Comisión, de 22 de diciembre de 2011, por la que se establecen las normas de establecimiento, gestión y funcionamiento de la red de autoridades nacionales responsables en materia de salud electrónica.
- **Red europea de evaluación de tecnologías sanitarias.** El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad participará en la Red europea de evaluación de tecnologías sanitarias, a través de la cual la Unión Europea facilitará la cooperación, la comunicación y el intercambio de información científica entre los Estados miembros. Las agencias o unidades de la Red española de agencias de evaluación de tecnologías sanitarias y prestaciones del Sistema Nacional de Salud, participarán en las actividades de la Red europea, de acuerdo con lo establecido en las reglas de procedimiento de dicha red europea.
- **Recetas médicas.** Por un lado se modifican los formatos y datos comunes de las recetas médicas prescritas en España y, por otro, se regula la dispensación de recetas expedidas en otro Estado miembro de la UE.