

TRABAJO FIN DE MÁSTER

del *Máster Universitario de Investigación en Ciencias
SocioSanitarias*

Curso Académico_2015-2016__

DERECHO SANITARIO EN LA UE, UNA VISIÓN A LA DIRECTIVA 2011/24 Y LOS REGLAMENTOS DE COORDINACIÓN DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

*HEALTH LAW IN THE EU, A VISION TO THE
DIRECTIVE 2011/24 AND REGULATIONS FOR THE
COORDINATION OF SOCIAL SECURITY SYSTEMS*

Realizado por: Peláez Fernández, Jaime
Tutorizado por: Fernández Fernández, Roberto y
Casares Marcos, Ana Belén

En León, a 9 de septiembre de 2016

VºBº TUTOR/A

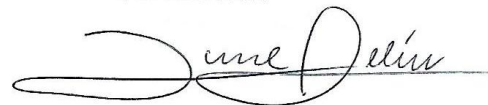


Fdo.: ANA BELÉN CASARES MARCOS



Fdo.: ROBERTO FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ

VºBº AUTORIA





INDICE

RESUMEN	4
ABSTRACT	4
MARCO TEÓRICO.....	5
METODOLOGÍA	9
RESULTADOS.....	10
1. Asistencia Sanitaria Programada	12
1.1. Ámbito de aplicación de la AST.....	14
1.2. Reglamentos de coordinación de sistemas de SS y DAST.....	15
1.3. Sujetos beneficiarios	16
1.4. Características de las prestaciones.....	16
1.5. Requisitos de Acceso a la AST	17
1.6. Reembolso de gastos.....	22
1.7. AST y prestaciones farmacéuticas	24
1.8. Garantías de los pacientes y deberes del personal de las.....	26
administraciones implicadas	
1.9. Procedimiento de actuación para la AST.....	27
1.10. Los Puntos Nacionales de Contacto.....	28
1.11. Cooperación entre los Estados	28
1.12. Registro de Profesionales Sanitarios.....	29
1.13. La sanidad electrónica	29
1.14. La telemedicina.....	30
2. Asistencia Sanitaria No Programada.....	31

2.1. Reglamento (CE) 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de SS y su aplicación a las prestaciones sanitarias.....	32
2.1.1. Sujetos Beneficiarios	32
2.1.2. Prestaciones cubiertas por el Reglamento	33
2.1.3. Legislación aplicable y prestaciones sanitarias.....	34
2.1.3.A. Españoles que prestan su actividad en un Estado Comunitario	34
2.1.3.B. Españoles residentes en un país y asegurado en otro distinto del que reside.....	34
2.1.3.C. Españoles asegurados y residentes en el mismo país y que se desplazan temporalmente a otro país, así como Españoles que no prestan ningún tipo de actividad	35
2.1.4. La Tarjeta Sanitaria Europea.....	36
3. El turismo sanitario.....	37
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFÍA	42
ANEXO LEGISLATIVO	46
ANEXO INFORMATIVO	48



ABREVIATURAS

AELC	Asociación Europea de Libre Comercio
ASNP	Asistencia Sanitaria No Programada
ASP	Asistencia Sanitaria Programada
AST	Asistencia Sanitaria Transfronteriza
CCAA	Comunidad Autónoma
DAST	Directiva 2011/24 de Asistencia Sanitaria Transfronteriza
EEE	Espacio Económico Europeo
EM	Estados Miembros
EPA	Encuesta de Población Activa
INE	Instituto Nacional de Estadística
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
LO	Ley Orgánica
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIB	Producto Interior Bruto
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Ley
SNS	Sistema Nacional de Salud
SS	Seguridad Social
TJUE	Tribunal de Justicia de la Unión Europea
TSE	Tarjeta Sanitaria Europea
UE	Unión Europea



RESUMEN

OBJETIVO

El presente Trabajo Fin de Máster tiene como objetivo determinar las distintas vías de acceso a la asistencia sanitaria en la UE, aclarando los derechos de los ciudadanos en materia sanitaria cuando se desplazan a un país dentro de la UE distinto del suyo.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica evaluativa y descriptiva de la materia. Se realizaron búsquedas en las bases de datos Dialnet y Pubmed así como el buscador de Google Académico.

RESULTADOS

Se encontraron dos vías de acceso distintas a la sanidad, una mediante los Reglamentos de coordinación de los distintos sistemas de sanitarios y una segunda vía mediante la Directiva de AST.

CONCLUSIONES

Los ciudadanos que accedan a la asistencia sanitaria vía Reglamentos tendrán derecho a las prestaciones sanitarias conforme a las condiciones y con la cartera de prestaciones del país de destino para lo cual será necesario la TSE o documentos sustitutorios. El acceso mediante la AST será programado de antemano no por vía de urgencia, como en el caso anterior, pudiendo acceder a las prestaciones del país de destino, si bien solo le serán reembolsadas en el país de destino las prestaciones cubiertas en éste.

ABSTRACT

OBJECTIVE

This Master's Thesis aims to determine the different routes of access to healthcare in the EU, clarifying the rights of citizens in health care when they move to a country within the EU other than their own.

METHODS

Evaluative and descriptive literature review was made of matter. We searched the PubMed database and data Dialnet and the search engine Google Scholar were performed.



RESULTS

Two way different to healthcare access, through the coordination regulations of the various health systems and a second pathway by Directive AST was found.

CONCLUSIONS

Citizens access to healthcare via Regulations shall be entitled to health benefits under the conditions and portfolio performance of the destination country for which the TSU or replacement documents will be required. Access by AST will be scheduled in advance not by way of urgency as in the previous case, you can access the services of the destination country, although they only shall be reimbursed in the country of destination the services covered in this

MARCO TEÓRICO

Desde los años 60 del siglo pasado España ha sufrido una gran transformación social, especialmente por la recepción de turistas, según datos del INE (2016) durante el año 2015 España recibió 68,1 millones de turistas, siendo el Reino Unido, Francia y Alemania los principales emisores de turistas.

Así mismo, debido a la mejora de las condiciones socioeconómicas los españoles hemos pasado de disfrutar de nuestras vacaciones en el pueblo a desplazarnos a otros países, muchos de los cuales son de la UE. Según el Instituto de Turismo de España (2016) durante el 2015 los residentes en España han efectuado 15,1 millones de viajes al extranjero, ocho de cada diez viajes tuvieron como destino el continente europeo, siendo la UE la que acaparó el grueso de llegadas con un 65% del total.

Para el INE (2016) en 2014 el peso del turismo alcanzó los 113.690 millones de euros, representando el 10,9% del PIB así como el empleo de las ramas características del turismo se cifró en 2,36 millones de puestos de trabajo, lo que representó el 12,7% del empleo total ese año.

Otra causa que origina una gran cantidad de movimientos de población dentro de la UE, especialmente en estos momentos de crisis económica, ha sido el fenómeno de la inmigración por motivos económicos debido a las tasas de desempleo, la cual según la EPA del primer trimestre de 2016, INE (2016), es del 21%, si bien en personas menores de 25 años, los cuales son los que en mayor medida tienen menores inconvenientes para inmigrar, esta tasa se incrementa hasta un 46,5%.



Según el INE (2016) un total de 98.934 personas con nacionalidad española emigraron al extranjero, estableciendo su residencia fuera de España durante 2015, siendo los principales países receptores de emigrantes españoles Reino Unido, Francia, Alemania, Estados Unidos de América y Ecuador y las principales nacionalidades de inmigración extranjera la rumana (con 28.889 llegadas a España durante 2015), la marroquí (con 23.960) y la italiana (con 18.574).

El número de personas con nacionalidad española que residen en la Unión Europea alcanzó los 638.927 a 1 de enero de 2016, según el INE (2016). Para el Ministerio de Empleo y Seguridad Social (2016) el número de residentes de la UE y de los países de la AELC en España es de 2.873.554.

Este ingente movimiento de ciudadanos de la UE origina distintas necesidades como son el alojamiento, la alimentación o el cuidado de la salud.

Para García y Rodríguez (2014) entre los objetivos más importantes de la UE se encuentra la creación de un espacio común a todos los Estados miembros con vistas a la libre circulación, tanto de personas como de iniciativas económicas y de factores de producción. Esto origina unas consecuencias para las personas que se desplazan, entre ellas la asistencia sanitaria, siendo está una de las ramas que con más intensidad se deja notar por diversas razones ya que la asistencia sanitaria es una necesidad habitual y cotidiana de las personas y continua siéndolo cuando estas se desplazan de unos países a otros.

En la UE en el terreno de la asistencia sanitaria las cosas son muy complejas por muchas razones debido a que la salud ha sido un campo muy fértil de intervención pública lo cual ha supuesto la existencia de una gran diversidad de sistemas sanitarios (García y Rodríguez, 2014).

Las competencias de la Unión en la materia son limitadas, en tanto sólo “complementan” las políticas nacionales y “fomentan” su cooperación. Dicha relegación de la actividad de la Unión en materia de protección de la salud por las políticas de los Estados miembros debe considerarse una expresión más del principio de subsidiariedad, que no perjudica la facultad de la entidad supranacional de establecer pautas mínimas de protección de ámbito comunitario para eliminar las restricciones a las libertades fundamentales en el marco de la armonización de las políticas nacionales de protección de la salud (Martínez, 2014).



La asistencia sanitaria a dimensión europea sólo podría ser abordada a través de una intervención supranacional, pero por diversas causas, principalmente políticas, las competencias de la UE para introducirse en ese aspecto de la vida social son aún bastante limitadas. Actualmente partimos de la base de que no existe un sistema europeo de SS como tampoco existe un sistema europeo de asistencia sanitaria siendo una tarea que pertenece a los EM lo que dificulta la movilidad de unos países a otros (García y Rodríguez, 2014).

En Irlanda, Portugal y el Reino Unido, la atención es pública y gratuita para prácticamente toda la población siendo la opción de la sanidad privada una opción que corre a cargo del paciente.

En Bélgica y Luxemburgo los estados asumen la prestación sanitaria mediante un reembolso de gastos limitados por unos baremos, pudiendo elegir los pacientes entre la sanidad pública y privada.

En Alemania, Austria y Países Bajos se necesita una autorización previa la cual es válida tanto para la sanidad pública como privada.

En España, las prestaciones sanitarias corren a cargo de un sistema sanitario público con colaboración con entidades privadas, como es el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Públicos.

Debemos distinguir, la ASP, esto es la AST, de la ASNP como es el caso de asistencia de urgencia de aquellos ciudadanos comunitarios que se encuentran en un estado comunitario distinto del suyo temporalmente por distintos motivos, como por ejemplo el trabajo, el turismo o los estudios.

Para Cantero y Garrido (2014) la AST se ha convertido en objeto de regulación por parte del Derecho Comunitario, hasta el punto de que se habla ya de un nuevo concepto de ciudadanía sanitaria europea. Este sistema permite que el paciente español pueda recibir la prestación sanitaria en otro EM de la UE, pagarla y después solicitar su reembolso a nuestra Administración Sanitaria.

La UE promueve la asistencia sanitaria transfronteriza, que posee una dimensión espacial que incluye a todos los ciudadanos de los estados miembros en la totalidad de sus territorio (Oliveras y Trillo, 2014).

La regulación de la AST corría a cargo de los Reglamentos de Coordinación de los Sistemas de SS, teniendo como finalidad garantizar que el trabajador migrante no perdiera



sus derechos de protección social a consecuencia de un desplazamiento transnacional, con el fin de no perder periodos de cotización, y de esta manera permitir al trabajador migrante acceder al sistema sanitario del Estado donde prestase servicios o donde temporalmente se encontrase. No se encontraba regulado el derecho del interesado a elegir el Estado en el que pudiera o debiera recibir atención médica y sanitaria (Cantero y Garrido 2014).

Contreras (2016), considera que la Jurisprudencia del TJUE ha jugado un papel importante para ampliar la cobertura y prestaciones de asistencia sanitaria que reciben los ciudadanos europeos, y es otra forma de acceso a la asistencia sanitaria en la UE. Igualmente Cantero y Garrido (2014), otorga una gran importancia al TJUE en relación a los derechos en asistencia sanitaria en especial a partir del año 2001, cuando empezó a reconocer mediante su jurisprudencia que el derecho a la libre circulación de pacientes generaba cierta inseguridad jurídica y bastantes problemas financieros ante la inexistencia de un respaldo normativo claro y directo.

La Directiva 2011/24, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, sobre derechos de los pacientes en la AST, completada por dos Decisiones de la Comisión Europea de 10 de marzo de 2014 dedicadas a las condiciones de organización, evaluación y funcionamiento de las redes europeas de referencia previstas en dicha Directiva, así como al establecimiento de las condiciones que deben cumplimentar los prestadores de asistencia sanitaria para ingresar en tales estructuras fue promulgada con el fin de recoger en una norma todos esos derechos reconocidos por la jurisprudencia.

La Directiva ha sido transpuesta al ordenamiento jurídico español mediante el RD 81/2014, de 7 de febrero.

Otra norma importante a tener en cuenta es el Reglamento 282/2014, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 2014, relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014/2020 el cual incorpora como objetivo el acceso a los ciudadanos de la Unión a una asistencia sanitaria mejor y más segura complementando esto con la disposición que recoge el punto 10 del preámbulo en particular en el contexto de la crisis económica, a reducir las desigualdades sanitarias y a promover la igualdad y la solidaridad (Cantero y Garrido 2014).

La asistencia sanitaria no programada está regulada por el Reglamento 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de SS y el Reglamento 987/2009, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009, por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social.



Según Lomas (2014) los tres factores que contribuyen a que los ciudadanos europeos no reciban asistencia sanitaria en otro país distinto al suyo son por el siguiente orden las barreras idiomáticas, las razones económicas y la falta de información.

La normativa debido a su cantidad y complejidad hace que la inmensa mayoría de los ciudadanos no conozcan sus derechos sanitarios cuando se encuentran en un estado distinto del suyo.

Según el Eurobarómetro nº 210, realizado por Gallup para la Dirección General de Sanidad y Protección de consumidores de la Comisión Europea, el 30% de los ciudadanos de la UE ignoraban la posibilidad que les brindaba el Derecho Comunitario de ser atendidos con fondos públicos en centros sanitarios ubicados en otro Estado de la UE (Lomas 2014).

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la bibliografía sobre la materia. Las bases de datos consultadas fueron: Dialnet y Pubmed así como el buscador de Google Académico. Los descriptores utilizados fueron: “Asistencia Sanitaria Transfronteriza”, “derecho sanitario en la unión europea” y “sanidad europea”. Se aplicó un filtro de idioma (trabajos publicados en castellano) y período temporal (2004-2016). Del total de 56 referencias encontradas tras la búsqueda, fueron seleccionadas 31 para un análisis en profundidad, por cumplir con los criterios de inclusión establecidos. Se descartaron los documentos que no presentaban relación con el tema de estudio, extrayendo del resto los datos pertinentes para la investigación

Como método para el presente Trabajo Fin de Máster se ha realizado una revisión bibliográfica evaluativa y descriptiva:

1. Evaluativa: Que responde a una pregunta específica muy concreta sobre aspectos etiológicos, diagnósticos, clínicos o terapéuticos. Este tipo de revisión son las que actualmente conocemos como preguntas clínicas basadas en la evidencia científica (Guirao-Goris, Olmedo y Ferrer, 2008).
2. Descriptiva: Que proporciona al lector una puesta al día sobre conceptos útiles en áreas en constante evolución. Este tipo de revisiones tienen una gran utilidad en la enseñanza y también interesará a muchas personas de campos conexos, porque leer buenas revisiones es la mejor forma de estar al día en nuestras esferas generales de interés (Guirao-Goris et al., 2008)



RESULTADOS

Para encontrarnos con los inicios de la protección sanitaria en la UE nos debemos remontar a la Carta Social Europea de 18 de octubre de 1961, firmada en Turín, recogiendo en su articulado una serie de objetivos que tenían como finalidad la protección de la salud:

- Se recoge el derecho a la protección de la salud obligando a los Estados firmantes a adoptar medidas tendentes a eliminar las causas de la salud deficiente, establecer servicios de educación y consulta con la finalidad de mejorar la salud y establecer medidas de prevención de las enfermedades endémicas.
- Los Estados deberían establecer un sistema de SS.
- Se recoge el derecho a la asistencia social y médica. Los Estados se debían comprometer a que todo ciudadano pueda disponer de una asistencia social y médica aún no disponiendo de los recursos suficientes para poder permitírselo, no sufriendo por ello disminución de sus derechos políticos y sociales. Así mismo, los estados deberían establecer las medidas para prevenir, eliminar o aliviar el estado de necesidad tanto de él como de su familia.
- El derecho a la protección de la salud queda preservado al establecerse como objetivo específico.

El Tratado de 7 de febrero de 1992 de Maastricht institucionaliza por vez primera en el marco europeo una auténtica política común sobre salud pública.

El Tratado de Ámsterdam de 2 de octubre de 1997 ampliará su contenido previamente centrado en la prevención de las enfermedades para enriquecerlo con acciones comunes de promoción de la salud. El Tratado de Lisboa de 13 de diciembre de 2007 vigente desde el año 2009, atribuye a la Unión en el Título XIV, de la Salud Pública, la competencia para apoyar, coordinar o complementar, en su caso con las medidas de cooperación necesarias, la acción de los EM en pro de la mejora de la salud pública, prevención de la enfermedad y evitación de las fuentes de peligro para la salud física o psíquica (artículo 168.2). En el artículo 168.1 se recoge que la búsqueda de un alto nivel de protección de la salud humana debe estar presente en todas las acciones y políticas de la UE.

Para Cantero y Garrido (2014) siendo la base jurídica en los tratados muy débil, con un marcado carácter residual y complementario respecto a la acción de los EM, la influencia



de la UE en el terreno de la salud pública ha ido creciendo desde los años 90 del siglo pasado.

Según el artículo 168.4 del Tratado, la UE solo tiene competencias legislativas de vocación uniformadora, bajo la premisa de la seguridad común, en tres dominios: calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano incluida la sangre y sus derivados, el ámbito veterinario y fitosanitario y la calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios. Fuera de estos supuestos las únicas funciones comunitarias son de fomento, promoción y cooperación. El punto 7 del artículo 168 concreta y limita el principio de subsidiariedad de la acción comunitaria, reiterando la responsabilidad de los estados para definir sus políticas de salud, organización y prestación de los servicios sanitarios y la atención médica, de acuerdo a sus prioridades presupuestarias. La asistencia sanitaria estaba relegada a una cuestión marginal en este título competencial, centrado en los componentes de la salud pública (Cantero y Garrido 2014).

El principio de subsidiariedad ha comportado en ocasiones una renuncia a armonizar los sistemas de protección social en general, bajo el paraguas de las competencias exclusivas de los estados, que sólo la jurisprudencia comunitaria ha ido corrigiendo en caso de flagrante injusticia o patente discriminación (Cantero y Garrido 2014).

Hay que distinguir la asistencia sanitaria programada que es aquella en la cual un ciudadano recibe una asistencia sanitaria en otro país comunitario de manera ya programada de la asistencia sanitaria no programada que sería aquella asistencia sanitaria que sería por urgencias sanitarias. La principal diferencia radica en que en el primer caso el viaje se da con el fin de recibir asistencia sanitaria y el segundo caso que sería cuando el paciente en el transcurso de un viaje, un periodo laboral o unos estudios necesita asistencia sanitaria de urgencia.

Hasta la entrada en vigor de la DAST, la asistencia sanitaria a los pacientes europeos de un EM distinto al suyo se aplicaba los reglamentos de coordinación de los sistemas de SS, Reglamento 883/2004 y Reglamento 987/2009, que facilitan cierto nivel de reciprocidad en la cobertura de la asistencia sanitaria. Estos Reglamentos comunitarios garantizaban la asistencia sanitaria de europeos en el espacio europeo, tanto estancia temporal como permanente (Aguado, 2014).

La ASP o también AST está regulada por las siguientes normas: la Directiva 2011/24 de 9 de marzo, sobre derechos de los pacientes en la AST, el Reglamento 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo de 11 de marzo de 2014 relativo a la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014/2020 y



a nivel español el RD 81/2014 de 7 de febrero por la cual se transpone la Directiva 2011/24 a nuestro ordenamiento jurídico.

La disposición reglamentaria estatal reproduce la convivencia de los dos regímenes jurídicos sobre los que pivota el derecho a la asistencia sanitaria en el territorio de la UE, de una parte la regulación de la AST, conforme a la Directiva 2011/24, de 9 de marzo y al RD 81/2014, de 7 de febrero y de otra parte, los Reglamentos comunitarios sobre coordinación de Sistemas de SS, de aplicación preferente salvo que el paciente solicite expresamente la aplicación del RD objeto de análisis (art. 5.1. y art. 16.2 del RD). El punto nacional de contacto deberá suministrar a los pacientes la información necesaria para ejercer sus derechos conforme a lo previsto en el RD, así como información relativa a los derechos derivados del Reglamento 883/2004, de 29 de abril (art. 5.2 y art. 7.4.d) (Lomas, 2014).

Las principales diferencias entre las dos vías de acceso a la sanidad en la UE serían las siguientes (Aguado, 2014):

- A) Acceso vía Reglamentos: La asistencia se prestará por el sistema sanitario público, según la cartera del país de tratamiento, de acuerdo a las aportaciones que haya de efectuar el usuario, con las reglas de financiación de dicho Estado siendo la facturación entre las instituciones competentes no anticipando el paciente el importe de la asistencia recibida, salvo los copagos existentes.
- B) Acceso vía DAST y RD 81/2014: La asistencia podrá llevarse por proveedores públicos o privados, la asistencia sanitaria debe estar dentro de la cartera de servicios del Estado de origen y anticipando el paciente el pago de la asistencia que posteriormente le será reembolsada.

1. Asistencia Sanitaria Programada

Cuando un enfermo necesita ser atendido, lo usual es que acuda al lugar más cercano posible a su domicilio habitual, pero en un mundo globalizado y bien comunicado es cada vez más frecuente apartarse de este planteamiento tradicional, sobre todo por dos razones: una, muchos ciudadanos se han dado cuenta de lo ventajoso de recibir en otro lugar tratamientos que no existen en su país o que se prestan de manera más satisfactoria y dos, algunos deciden trasladar su residencia a otro Estado y deben por tanto cambiar el sistema de salud que en origen les pertenecía (Cervell 2011).

Como base de la AST nos encontramos el artículo 114 del Tratado de Funcionamiento de la UE. Dicho artículo exige a los estados un adecuado nivel de protección de la salud humana.



Los objetivos de la DAST son garantizar la movilidad de los pacientes, así como establecer unas reglas para facilitar el acceso a una asistencia sanitaria segura y de alta calidad en la UE promoviendo la cooperación en asistencia sanitaria entre los EM pero otorgándoles a estos libertad para organizarse y prestar dicha asistencia.

La DAST consigue un escenario más favorable para la circulación de las personas en el ámbito de los servicios sanitarios así como para la implantación y prestación de dichos servicios por parte de empresas y profesionales (Cantero y Garrido 2014).

La DAST materializa el derecho a la asistencia sanitaria, cuando se produzca al margen de los Reglamentos de Coordinación (no planificada, sin autorización previa o en circunstancias distintas de las reguladas) o así escogida por el paciente. Esta norma es mucho más que la búsqueda de un servicio sanitario en otro Estado, sin la cooperación en materia de asistencia sanitaria y, la circulación de recetas médicas válidas en cualquier punto de la Unión, sin introducir variaciones sustanciales en las relaciones entre los EM por la prestación sanitaria, con la posibilidad de acudir a recibir un tratamiento en el extranjero, aunque no esté incluido en la cartera de prestaciones pero sin opción a reembolso (Aguado, 2014).

El punto de partida de la DAST es la jurisprudencia del TJUE, entre ellas la sentencia de 19 de abril de 2007, Stamatelaki, asunto C-444/05, la sentencia de 16 de mayo de 2007, Watss, asunto C-372/04 o la sentencia de 2 de febrero de 1989, Cowan, asunto C-186/87. El objetivo es clarificar la prestación de la AST en el seno de la UE y de esta manera garantizar la libre elección del proveedor sanitario, a pesar de los distintos sistemas sanitarios, para de esta manera eliminar las barreras a la circulación de los pacientes garantizando así una prestación de calidad, asegundo la seguridad y la sostenibilidad del sistema y de esa manera eliminar los efectos negativos del turismo sanitario. El objetivo a largo plazo es la eliminación de las fronteras sanitaria en la asistencia así como la liberalización de los servicios sanitarios.

La DAST está promulgada para que los ciudadanos puedan recibir los distintos tratamientos sanitarios incluidos en la cartera del SNS en cualquier Estado de la UE distinto del suyo y solicitar el reembolso de los gastos ocasionados por esa asistencia, incluyendo los medicamentos autorizados en el Estado del tratamiento.

La Directiva otorga la responsabilidad y libertad a los EM sobre su modelo de organización y prestación de asistencia sanitaria y médica, la cartera de servicios sanitarios, los titulares del derecho y sus mecanismos de financiación; sin embargo, el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza recae en la organización de los sistemas



sanitarios. El artículo 2 del RD 81/2014 reconoce que ni el carácter especial, ni el modo en que esté organizado o financiado puede ser causa para la limitación del derecho y su exclusión del ámbito de aplicación del principio de libre prestación de servicios (Cantero y Garrido 2014).

El RD 81/2014 incorpora la DAST a la legislación Española, modificando a su vez el RD 1718/2010 sobre receta médica y órdenes de dispensación. Los objetivos del RD 81/2014 serían los siguientes (Aguado, 2014):

- Acceso a una AST segura y de calidad.
- Garantizar la movilidad de los pacientes.
- Favorecer la cooperación sanitaria entre España y el resto de la UE.
- Los pacientes podrán acudir a un EM distinto al suyo para recibir atención médica y luego solicitar el reembolso de los gastos en su país.
- Se refiere a prestaciones incluidas en la Cartera Común de Servicios del SNS.
- Los pacientes solicitan autorización previa en caso de hospitalización durante más de una noche o utilización de equipos y tecnología muy especializados.
- Los pacientes tendrán derecho a disponer de copia de informes clínicos y pruebas diagnósticas y tendrán asegurada la continuidad del tratamiento.
- España participará en la Redes Europeas de Centros de Referencia, Evaluación de Tecnologías y de Sanidad Electrónica.

1. 1. Ámbito de aplicación de la AST

Sujetos que soliciten asistencia sanitaria en un EM distinto del Estado de afiliación, independientemente del diseño o financiación de la asistencia sanitaria.

Una condición para ser asegurado por la DAST es, por un lado, estar asegurado conforme a la legislación del EM de origen y poder acceder, residir o permanecer en el Estado en el que se solicita la asistencia, debido a que la DAST solo regula derechos sanitarios no derechos de movilidad o residencia de las personas.

Si la estancia es inferior a tres meses los ciudadanos de la UE y del EEE y de Suiza no se les considerara extranjeros no registrados ni extranjeros autorizados como residentes en España, por lo que estarán acogidos a la DAST y el RD 81/2014.

Los ciudadanos anteriormente citados que residan más de tres meses deben cumplir lo regulado en el artículo 7 del RD 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre



circulación y residencia en España de ciudadanos de los EM de la UE y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el EEE, según el cual tienen derecho de residencia en el territorio del Estado Español por un período superior a tres meses si:

- Es un trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia en España, o dispone, para sí y los miembros de su familia, de recursos suficientes para no convertirse en una carga para la asistencia social en España durante su período de residencia, así como de un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España.
- Está matriculado en un centro público o privado, reconocido o financiado por la administración educativa competente con arreglo a la legislación aplicable, con la finalidad principal de cursar estudios, inclusive de formación profesional; y cuenta con un seguro de enfermedad que cubra todos los riesgos en España y garantiza a la autoridad nacional competente, mediante una declaración o por cualquier otro medio equivalente de su elección, que posee recursos suficientes para sí y los miembros de su familia para no convertirse en una carga para la asistencia social del Estado español durante su período de residencia.
- Es un miembro de la familia que acompaña a un ciudadano de la UE de otro Estado parte en el Acuerdo sobre el EEE, o va a reunirse con él.

El Estado de afiliación es competente para marcar límites al reembolso por razones relativas a la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria prestada, siempre que existan razones imperiosas de interés general relacionadas con la salud pública. En tal sentido, el TJUE ha dejado sentado que la protección de la salud pública se encuentra entre las razones imperiosas de interés general que pueden justificar una restricción a la libertad de circulación (Moreno 2.011)

1. 2. Reglamentos de coordinación de sistemas de SS y directiva de AST

Las principales diferencias existentes entre los Reglamentos comunitarios de coordinación de Sistemas de SS y la DAST con su RD de transposición son (Lomas 2014):

- La asistencia sanitaria prestada según los Reglamentos será prestada por el sistema sanitario público con la cartera de servicios del país donde se preste y según la normativa en lo que respecta a las aportaciones que deba efectuar el usuario y respecto a las reglas de financiación de dicho Estado. La facturación del coste de la asistencia se realiza entre las instituciones competentes. Normalmente el paciente no anticipará el pago de la asistencia, con la excepción de los eventuales copagos.
- La asistencia sanitaria según la DAST y el RD 81/2014 podrá prestarse por servicios sanitarios públicos o privados, dicha asistencia sanitaria debe estar incluida dentro



de la cartera de servicios del Estado de origen. El paciente debe anticipar el pago de la asistencia que posteriormente le será reembolsada.

1.3. Sujetos beneficiarios

La DAST recoge como beneficiarios a aquellos sujetos incluidos en el artículo 2 del Reglamento 883/2004, incluidos los familiares, las personas nacionales de uno de los EM y los apátridas y refugiados residentes en uno de los EM, que estén o hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios EM, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites. El Reglamento 883/2004 también se aplica a los supérstites de las personas que hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios EM, cualquiera que sea la nacionalidad de tales personas, cuando dichos supérstites sean nacionales de uno de los EM o apátridas o refugiados que residan en uno de los EM (Fotinopoulou 2012).

Para el RD 81/2014 los beneficiarios son los ciudadanos que sean asegurados o beneficiarios del SNS. Estos podrán desplazarse al territorio de otro EM para recibir asistencia sanitaria, siempre que:

- La asistencia sanitaria figure entre las prestaciones a las que se tenga derecho según la cartera común de servicios del SNS, o en su caso, la cartera complementaria de la CCAA correspondiente.
- Que no se trate de alguno de los servicios recogidos en el art. 2.2 del RD 81/2014, esto son:
 - 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;
 - La asignación de órganos y el acceso a éstos con fines de trasplante;
 - 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 EM en el ámbito de la UE.

1.4. Características de las prestaciones

La finalidad de la DAST no es armonizar legislaciones sino coordinar prestaciones entre distintos Estados, con sistemas diferentes asegurando unas prestaciones mínimas, ya que confirma que las competencias en materia de SS son de los Estados.



La prestación sanitaria estará regulada por la normativa del Estado de tratamiento, siendo esto su competencia según recoge el artículo 168.7 del Tratado de Funcionamiento de la UE (Moreno, 2011).

El propósito principal de la Directiva consiste en generalizar el mecanismo de reembolso de gastos sanitarios como instrumento de efectividad de la libertad de circulación de personas y la libertad de prestación de servicios, superando las limitaciones que derivan del Reglamento 883/2004, que está diseñado a partir de la libertad de circulación de trabajadores (García y Rodríguez, 2014).

Los Estados que prestan la asistencia sanitaria no tienen obligación de aceptar pacientes que vienen de otros Estados para tratamientos planificados así como los pacientes que solicitan la AST no tienen prioridad de recepción de tratamiento en perjuicio de otros pacientes.

Los Estados deben poseer los recursos suficientes para cubrir dichas necesidades por si se produce una afluencia de pacientes que produzca una demanda por encima de la capacidad existente.

Según la jurisprudencia del TJUE las listas de espera sólo pueden ser causa de denegación de la autorización para recibir tratamiento hospitalario en otro EM si dichas listas de espera son gestionadas de modo que tengan en cuenta las necesidades médicas individuales de los pacientes y no impidan que, en caso de urgencia, el tratamiento se dispense en otro EM (Moreno, 2011).

Se reconocen mecanismos de respuesta frente a daños derivados de la asistencia sanitaria, mediante seguros de responsabilidad profesional.

1.5. Requisitos de Acceso a la AST

El derecho a la prestación de esta asistencia sanitaria sólo será posible cuando la prestación figure entre las previstas por la legislación del EM en que el paciente reside, o cuando al paciente no se le pueda prestar tratamiento en un plazo razonable, teniendo en cuenta su estado de salud. Ello no será un obstáculo para que el EM de afiliación pueda limitar la aplicación de las normas de reembolso por razones imperiosas de interés general, enmarcadas dentro de las necesidades de programación para garantizar un adecuado acceso a tratamientos de elevada calidad, o el control de los costes, a fin de evitar el inadecuado uso de los recursos financieros, técnicos y humanos (Moreno, 2011).



El TJUE (sentencia de 28 de abril de 1998, Kohll, asunto C-158/96 y sentencia de 28 de abril de 1998, Decker, asunto C-120/95), dictaminó que supeditar el reintegro de gastos de la asistencia sanitaria prestada en otro Estado miembro a la autorización previa constituye una limitación de la libertad de circulación de servicios. Esta interpretación jurídica queda reflejada en el artículo 7.8 de la DAST: “El EM de afiliación no supeditará el reembolso de los gastos de AST a autorización previa, salvo en los casos establecidos en el artículo 8”. Según recoge la sentencia de 5 de junio del 2010, asunto C-211/08, a efectos de planificación de disponibilidades atendiendo a las características propias de cada región para garantizar un adecuado acceso a tratamientos hospitalarios en el Estado de prestación, así como al control de gastos y uso adecuado de medios financieros, técnicos y humanos, los EM podrán supeditar la autorización previa a la asunción de los gastos por el sistema nacional de sanidad en supuestos de asistencia hospitalaria prestada en otro.

Los costes de la asistencia prestada en otro EM deberán ser reembolsados por el EM de afiliación hasta el nivel que se habría asumido de haberse prestado en él la misma asistencia sanitaria, sin rebasar los costes reales de la asistencia sanitaria recibida.

La competencia de decidir la existencia de la autorización previa así como que tipo de asistencia requiere ésta recae en los estados.

Para que un ciudadano europeo pueda recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro es preciso que tenga derecho a la prestación concreta en el Estado del que procede, es decir, que la misma esté en el catálogo de prestaciones de su sistema sanitario, y que tenga el carácter de prestación necesaria en el sentido de que la autorización para someterse a tratamiento en otro Estado miembro sólo puede ser denegada cuando un tratamiento idéntico o que presenta el mismo grado de eficacia para el paciente pueda conseguirse en tiempo acudiendo a un centro o establecimiento del Estado en el que reside (Álvarez, 2009).

Según el artículo 8.2 de la DAST la autorización previa quedará limitada a los siguientes supuestos:

- Cuando requiera necesidades de programación relacionadas con el objeto de garantizar un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad en el EM interesado, o el deseo de controlar los costes y evitar, en la medida de lo posible, cualquier despilfarro de los recursos financieros, técnicos y humanos y suponga que el paciente tendrá que pernoctar en el hospital al menos una noche, o exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos.



- Cuando entrañe tratamientos que presenten un riesgo particular para el paciente o la población.
- Cuando sea prestada por un prestador de asistencia sanitaria que, en función de las circunstancias concretas de cada caso, pueda suscitar motivos graves y específicos de inquietud en relación con la calidad o seguridad de los cuidados, a excepción de la asistencia sanitaria sujeta a la legislación de la Unión que garantiza un nivel mínimo de seguridad y calidad en toda la Unión.

Si se cumplen las condiciones establecidas en el Reglamento 1408/71 o en el Reglamento 883/2004, deberá concederse la autorización y deberán efectuarse las prestaciones conforme a dichos Reglamentos, salvo que el paciente interese otra prestación. Será aplicable, en particular, a supuestos en los que la autorización se conceda después de la revisión administrativa o judicial de la solicitud y la persona afectada haya recibido el tratamiento en otro EM no siendo aplicables los artículos 7 y 8 de la DAST (Moreno, 2011).

En caso de que la autorización previa haya sido solicitada y concedida, el Estado miembro de afiliación se asegurará de que el paciente sólo pague por adelantado los costes que hubiera correspondido pagar de esta manera si la asistencia se hubiera prestado en el sistema de salud de su Estado miembro de afiliación. Para los demás costes, los Estados miembros deberán procurar que se transfieran los fondos directamente entre los organismos de pago y los prestadores de asistencia (Álvarez, 2009).

En los supuestos de denegación de la autorización previa por motivos que posteriormente se consideran infundados, los pacientes tendrán derecho al reembolso íntegro del coste del tratamiento recibido en otro EM, de conformidad con las disposiciones de la legislación del EM de tratamiento según ha determinado la jurisprudencia (Moreno, 2011).

En España la AST no requiere de ningún requisito administrativo previo salvo los supuestos recogidos en el Anexo II del RD 81/2014. En estos casos la Administración Pública competente será la CCAA que expide la tarjeta sanitaria.

Según el Anexo II del RD 81/2014 la autorización administrativa previa será obligatoria para los siguientes supuestos:

1. Cualquier tipo de atención sanitaria que implique que el paciente tenga que pernoctar en el hospital al menos una noche.
2. Independientemente de lo expuesto en el punto 1, aquellas técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en la cartera común de servicios del SNS 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:

- a. Tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT.
- b. Reproducción humana asistida.
- c. Diálisis.
- d. Cirugía mayor ambulatoria que requiera la utilización de un implante quirúrgico.
- e. Tratamientos con radioterapia.
- f. Tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 1.500 €.
- g. Radiocirugía.
- h. Análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores y análisis de farmacogenética y farmacogenómica.
- i. Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: Sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores.
- j. Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y con fórmulas y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos.
- k. Atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia, de acuerdo con el RD 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del SNS, incluidos en el anexo III del RD 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, o se han establecido redes de referencia en Europa.

El artículo 16 del RD 81/2014 regula el procedimiento administrativo de autorización previa. El plazo máximo para dictar y notificar la resolución expresa será de 45 días, y en caso de producirse silencio administrativo, éste debe ser considerado como positivo con los efectos administrativos que ello conlleva.



La existencia de listas de espera no exime de la posible denegación del requisito de la autorización previa, siempre y cuando la asistencia sanitaria pueda prestarse en territorio nacional en un plazo que sea médicamente justificable. El artículo 17.E del RD 81/2014 regula el plazo que se puede entender como médicamente justificable debiendo realizarse una evaluación clínica individualizada que tendrá en cuenta el estado de salud de cada paciente, la posible evolución de su enfermedad, el grado de dolor que padezca o la naturaleza de su discapacidad.

Gran parte de las Comunidades Autónomas han dictado normas jurídicas vinculantes que señalan tiempos máximos que, de superarse, otorgan a los pacientes el derecho a obtener las prestaciones en la sanidad privada con cargo a fondos públicos (Lomas 2014).

Según la Sentencia del TJUE de 12 de julio de 2001, caso Smits y Peerbooms “cuando conste que la asistencia cubierta por el seguro de enfermedad nacional no puede ser dispensada por un establecimiento concertado, no cabe admitir que se dé prioridad a los establecimientos hospitalarios nacionales con los que la caja de enfermedad del asegurado no ha celebrado ningún concierto, en perjuicio de los establecimientos hospitalarios situados en otros Estados miembros”.

Si hubieran transcurrido los plazos máximos de espera los EM estarán obligados a asumir los costes inherentes a la realización de la intervención en el centro sanitario libremente elegido por el asegurado, incluso si el centro se encuentre radicado en otro EM.

La AST puede ser denegada en las siguientes circunstancias (Aguado, 2014):

- A. Cuando sea una prestación no incluida en la cartera común de servicios del SNS o, en su caso, la cartera complementaria de la CCAA correspondiente, o no reúna las condiciones en las que se presta.
- B. Cuando exista un grado razonable de certeza de que el paciente, según una evaluación clínica, vaya a exponerse a un riesgo que no pueda considerarse aceptable, teniendo en cuenta la evidencia del beneficio potencial que pueda obtener de la asistencia sanitaria transfronteriza solicitada.
- C. Cuando exista un grado razonable de certeza de que la población en general pueda quedar expuesta a un riesgo sustancial.
- D. Cuando la prestación vaya a ser proporcionada por un proveedor de asistencia sanitaria que, suscite motivos graves y específicos de inquietud respecto a las normas y directrices de calidad y seguridad del paciente.
- E. Cuando la atención sanitaria pueda prestarse en el territorio nacional en un plazo que sea médicamente justificable.



El SNS, como recoge el artículo 10.4 del RD 81/2014, puede exigir que se efectúe una evaluación previa por parte del médico de atención primaria que justifique la indicación de la prestación sanitaria que se debe proporcionar al paciente (Lomas, 2014).

Si un EM no dispone de tratamiento, las autoridades sanitarias nacionales no pueden denegar la autorización para administrárselo en otro EM, siendo dicho tratamiento reembolsado a los pacientes si corresponde al paquete nacional de prestaciones sanitarias (Aguado, 2014).

1.6. Reembolso de gastos

El reconocimiento de los gastos ocasionados por la AST es otra vez una obra de la jurisprudencia del TJUE a través de entre otras las sentencias de 28 de abril de 1998, Kohll, asunto C-158/96, sentencia de 28 de abril de 1998, Decker, asunto C-120/95, sentencia de 12 de julio de 2001, Smits y Peerbooms, asunto C-157/99 y sentencia de 16 de mayo de 2006, Watts, asunto C-372/04. Dicho órgano judicial estableció el derecho al reembolso de los costes de la asistencia sanitaria dispensada en otro EM.

La DAST viene a ratificar los derechos de la persona asegurada en relación con la asunción de los costes de la asistencia sanitaria que se haya hecho necesaria, durante la estancia temporal en otro EM, con arreglo al Reglamento 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril, sobre la Coordinación de los Sistemas SS, o cuando se cumplan las condiciones establecidas en los Reglamentos de la Unión sobre la coordinación de los sistemas nacionales de SS, en particular en el Reglamento 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, relativo a la aplicación de los regímenes de SS a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad, en virtud del Reglamento 859/2003 del Consejo, de 14 de mayo de 2003, por el que se amplían las disposiciones del Reglamento 1408/71 y del Reglamento 574/72 del Consejo de 21 de marzo de 1972, por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento 1408/71 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena y a sus familiares que se desplacen dentro de la Comunidad, debido únicamente a su nacionalidad, no estén cubiertos por las mismas, así como en el Reglamento 883/2004 (Moreno, 2011).

La DAST establece unas garantías para los ciudadanos que acudan a otro estado miembro a recibir asistencia sanitaria en los supuestos no recogidos en el Reglamento 883/2004 para posteriormente solicitar el reembolso de costes.



Ambas vías de reembolso de la AST en la UE coexisten paralelamente sin que el régimen de una quede alterado por la otra (Rodríguez-Rico, 2016).

La aplicación de la DAST excluye al Reglamento de su aplicación y viceversa, siempre con la condición de no privarse a los pacientes de los derechos garantizados en los Reglamentos de la Unión sobre la coordinación de los sistemas de SS (Moreno, 2011).

En España, se reembolsará el coste de las prestaciones contenidas en la Cartera Común de Servicios del SNS o, en su caso, en la cartera complementaria de la CCAA (Aguado, 2014).

Los gastos 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 (Moreno, 2011).

El artículo 7 de la DAST recoge las condiciones para el reembolso:

- Corresponde al EM de afiliación, ya sea a nivel local, regional o nacional, determinar la asistencia sanitaria a la asunción de cuyos gastos tiene derecho un asegurado, así como el nivel de asunción de dichos gastos, con independencia de donde se preste la asistencia sanitaria.
- Los gastos de la AST serán reembolsados o abonados directamente por el EM de afiliación hasta la cuantía que habría asumido dicho Estado si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, siempre sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada.
- Los Estados miembros de afiliación podrán decidir reembolsar el coste total de la AST, incluso si éste excede la cuantía que habrían asumido si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio. Los EM de afiliación podrán decidir reembolsar otros costes conexos, como los gastos de alojamiento y de viaje, o los gastos adicionales en que puedan incurrir las personas con discapacidad cuando reciban AST debido a una o más discapacidades, de conformidad con la legislación nacional y a condición de que se aporte documentación suficiente en la que se precisen esos gastos.
- En ninguno de los supuestos, podrán los pacientes obtener ventaja financiera alguna de la asistencia sanitaria prestada en otro EM. La asunción de los costes debe limitarse únicamente, a los costes efectivos de la asistencia sanitaria recibida.



- Se reconoce el derecho a recibir cualquier medicamento necesario para el tratamiento indicado cuya comercialización esté autorizada en el EM del tratamiento, aunque su comercialización sea desautorizada en el EM de afiliación. Sólo afectará al EM de afiliación respecto al reembolso los medicamentos cubiertos por él, y no respecto de los recetados al paciente en el EM de tratamiento no incluidos en su lista.

El RD 81/2014 excluye del reintegro los gastos de naturaleza instrumental como por ejemplo los desplazamientos y manutención, siendo esto conforme con la DAST ya que esta reconoce la libertad a los EM para decidir si incluyen o no dentro del reembolso éste u otro tipo de gastos.

Según el artículo 14 del RD 81/2014 el reembolso deberá efectuarse en un plazo máximo de 3 meses para dictar y notificar la resolución expresa, siendo considerado el silencio administrativo como positivo en los casos en que haya transcurrido el plazo establecido sin resolución expresa.

1.7 AST y prestaciones farmacéuticas

La AST incluye los gastos de la asistencia sanitaria y los gastos de recetas, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios, incluyendo tanto los casos en que un paciente adquiera dichos medicamentos y productos sanitarios en un EM distinto al de afiliación, como cuando el paciente adquiera éstos en un EM que no sea el que expida la receta (Aguado, 2014).

Las prestaciones farmacéuticas juega un papel clave en la movilidad de pacientes en el territorio de la UE, y a pesar de ello, no es abordado con carácter específico por el sistema de coordinación (Rodríguez-Rico, 2016).

Serán reconocidas en España, según consta en el artículo 21.1 del RD 81/2014, las recetas de medicamentos de uso humano fabricadas industrialmente y cuya comercialización haya sido autorizada por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, o autorizados conforme al Reglamento 726/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 31 de marzo de 2004, por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de Medicamentos, extendidas en otro EM a nombre de un paciente determinado, podrán dispensarse, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los



medicamentos y productos sanitarios y el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

Desde el 25 de octubre de 2013 está vigente la receta transfronteriza, creada para ser utilizada en otro país de la UE (Aguado, 2014). Esto puede originar problemas como los producidos por la diversidad de nombres comerciales así como por el personal sanitario que lo prescribió ya que por ejemplo en nuestro país el personal de enfermería no tiene competencia de prescribir medicamentos mientras que en otros países de la UE disponen de esa competencia.

El reintegro de los gastos y reembolsos de medicamentos no puede originar ningún beneficio económico al ciudadano, aplicándose en última instancia el dinero abonado por dichos medicamentos aunque en tu país el precio del medicamento sea superior (Aguado, 2014).

El reconocimiento de las recetas en otros EM no debe afectar a ninguna obligación profesional ni ética que pudiera exigir del farmacéutico la negativa a dispensar el producto recetado en clara alusión al siempre controvertido derecho a la objeción de conciencia (Lomas 2014).

De la misma manera que las prestaciones sanitarias, si un medicamento no está incluido entre las prestaciones por el Sistema Sanitario del EM de afiliación, éste no está obligado al reembolso de los gastos.

1.8. Garantías de los pacientes y deberes del personal de las administraciones implicadas

Los derechos en materia de información se encuentran recogidos en el artículo 7 y 8 de la DAST. La obligación de información recae en el punto nacional de contacto y en los proveedores sanitarios.

El principio clave de la DAST es el empoderamiento de los pacientes, es decir, estos pacientes informados controlan su propia salud (Aguado, 2014).

Es obligación de las Gerencias facilitar información sobre ubicación, organigrama, oferta de servicios, actividad anual, indicadores de calidad del centro, acreditación o certificación respecto a los sistemas de calidad, descripción de las características organizativas de los servicios y unidades, conjunto de procedimientos y técnicas científico-sanitarias, e información sobre la situación de las listas de espera (Lomas 2014).



La seguridad de la libre movilidad de pacientes en el territorio de la Unión está en buena medida condicionada a un efectivo acceso por parte de los mismos a toda la información pertinente al respecto (Rodríguez-Rico, 2016).

El RD 81/2014 en su artículo 8.6 y 22 recoge la obligación de informar sobre resultados obtenidos por el centro en la aplicación de los tratamientos asistenciales de que se trate, información clave para que el usuario pueda elegir adecuadamente el centro sanitario donde desea ser atendido, o información al paciente sobre los Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS de España y las Redes Europeas de Referencia relacionadas con las enfermedades raras (Lomas 2014).

Desde el preámbulo de la norma se advierte que pertenece al ámbito de decisión de los EM la determinación concreta del número y modalidades de cada Punto Nacional de Contacto (Rodríguez-Rico, 2016).

El Punto Nacional de Contacto facilitara información a pacientes de otros EM y a los asegurados en el sistema español que soliciten recibir asistencia sanitaria en otro Estado de la UE.

La información que se debe proporcionar a los pacientes procedentes de otros Estados debe recoger (Lomas 2014):

- A. Normas y directrices de calidad y seguridad de España, incluidas las disposiciones sobre supervisión y evaluación de los proveedores de asistencia sanitaria, e información sobre cuáles de ellos están sometidos a estas normas y directrices.
- B. Información sobre la accesibilidad a los hospitales para personas con discapacidad.
- C. Derechos de los pacientes, procedimientos para presentar reclamaciones, mecanismos para solicitar reparación de daños, opciones jurídicas y administrativas para la resolución de litigios derivados de la asistencia sanitaria transfronteriza.
- D. Elementos que deben figurar en las recetas expedidas en un EM y dispensadas en otro.

Los pacientes afiliados en España podrán solicitar información sobre:

- A. Condiciones de reembolso de gastos.
- B. Procedimientos para acceder a la AST, para determinar su alcance y contenido e información relativa al sistema de autorización previa.
- C. Procedimientos para formular reclamaciones y solicitar reparación de daños.
- D. Elementos que deben figurar en las recetas expedidas en un EM y dispensadas en otro.



El paciente tiene derecho a una copia de los informes clínicos, resultados de pruebas diagnósticas y procedimientos a los que ha sido sometido el paciente. Así mismo se facilitara el intercambio de la información entre los estados para continuar con la asistencia sanitaria al paciente, siempre respetando con respeto a la intimidad y tratamiento de los datos personales y de salud conforme a la LO 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

El RD garantiza unos derechos para los pacientes (Aguado, 2014):

1. Copia de informes clínicos, pruebas diagnósticas y procedimientos terapéuticos.
2. Asegura la continuidad del tratamiento tras haber sido asistidos en otro país.
3. Se garantizará la protección de sus datos personales.
4. Toda la información necesaria a través del Punto Nacional de Contacto.
5. Derecho de reembolso de la asistencia sanitaria recibida en otro EM.
6. Los pacientes podrán elegir prestador de servicios sanitarios, públicos o privados, recibir asistencia sanitaria no hospitalaria en otro país sin autorización previa ni formalidades, y solicitar el correspondiente reembolso a la vuelta.
7. Los pacientes que se desplacen a otro Estado miembro de la UE en busca de tratamiento recibirán el mismo trato que los ciudadanos del país que los acoga

1.9. Procedimiento de Actuación para la AST

1. En el caso de pacientes españoles que necesiten asistencia en otro EM de la UE (Aguado, 2014):
 - Se debería comprobar si requiere autorización previa y en el caso de necesitarla, solicitarla de acuerdo al Anexo II del RD 81/2014.
 - Se debería aportar copia, en el soporte adecuado, de los informes clínicos, y de los resultados de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos realizados.
 - Se debe realizar el seguimiento sanitario tras recibir la atención sanitaria, de igual forma que si la asistencia recibida en otro Estado miembro se hubiera prestado en España.
 - Realizada la atención sanitaria en otro país se debe solicitar reembolso de gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada costeados por el paciente asegurado en España.
2. Asistencia sanitaria prestada en España a pacientes de otro EM de la UE (Aguado, 2014):



- Se facilitará la información necesaria para ejercer la AST, a través del Punto Nacional de Control de España y de la Unidad de ASP de la CCAA correspondiente.
- Acceso a procedimientos y mecanismos de reclamación, para solicitar reparación de daños por asistencia sanitaria recibida, según el ordenamiento jurídico español.
- Para favorecer la continuidad de la atención sanitaria, se garantizará: a) La disponibilidad de una copia, en el soporte adecuado, de informes clínicos, y resultados de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos al paciente. b) La protección del derecho a la intimidad con respecto al tratamiento de los datos personales y de salud, de conformidad con la LO de Protección de Datos, y la Ley 41/2002, de autonomía del paciente.
- Aplicación del principio de no discriminación por razón de la nacionalidad, entre pacientes de otros EM y españoles. Para hacer frente a las desigualdades en materia de salud, la Estrategia Europa 2020 refuerza el vínculo entre las políticas sanitarias de la UE y las reformas de los SNS, y aboga por invertir en la salud de las personas. El informe concluye que es preciso un compromiso firme, para hacer frente a las desigualdades existentes en materia de salud entre los distintos grupos sociales, regiones y los EM, siendo necesario tomar medidas a nivel local, nacional y europeo (Comisión Europea, 2013).

1.10. Los Puntos Nacionales de Contacto

La información proporcionada por el Punto Nacional de Contacto prestara información a los usuarios sobre la AST acerca de:

- Si tiene derecho al reintegro de gastos total o parcialmente.
- Los tratamientos para los que se tiene derecho al reembolso e importes cubiertos.
- Si la AST necesita autorización previa y el procedimiento para solicitarla.
- Procedimientos de reclamación en caso de que no se le reconozcan sus derechos.

El Punto Nacional de Contacto que preste la asistencia sanitaria informara a los ciudadanos de otro EM de:

- Los sistemas de asistencia sanitaria y las garantías de calidad y seguridad, las normas y alcance de éstas, los mecanismos de control, las consecuencias en el caso de incumplimiento de las normas.
- Si el prestador de servicios está autorizado y registrado para dispensar los tratamientos y los sistemas de calidad y seguridad.



- Los derechos que tiene en el país y la información específica para el supuesto de un mal resultado o bien una disconformidad con el tratamiento recibido.

1.11. Cooperación entre los Estados

El RD 81/2014 introduce unas medidas para fomentar la cooperación de España con la UE en materia de sanidad, introduciendo criterios para homogenizar la calidad y seguridad para garantizar el acceso a la asistencia sanitaria en igualdad de condiciones a los ciudadanos nacionales con los ciudadanos procedentes de los otros EM (Aguado, 2014):

- A) La primera medida sería compartir información sobre los profesionales sanitarios por lo cual se promulgó el RD 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.
- B) Creación de la Red Europea de Referencia a la que se incorporaran los centros, servicios y unidades de referencia de nuestro sistema con el objetivo de mejorar la calidad de la atención sanitaria y facilitar el acceso a la asistencia muy especializada, para patologías de baja prevalencia o de alta complejidad como son las denominadas enfermedades raras.
- C) Red Europea de Sanidad Electrónica. España lidera el proyecto de e-Salud en la UE.
- D) Red Europea de Evaluación de Tecnologías. La UE facilitará la cooperación, comunicación y el intercambio de información científica entre los EM.
- E) Reconocimiento de las recetas médicas que se expiden en otro EM.

1.12 Registro de Profesionales Sanitarios

La norma que crea el registro de profesionales sanitarios es el RDL 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del SNS y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones, siendo desarrollado por el RD 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

Este registro tiene una finalidad meramente declarativa, sin restar competencias a los Colegios Profesionales.

Los datos incluidos en el registro serán los siguientes: a) Número de incorporación al registro. b) Nombre y apellidos. c) Número del Documento Nacional de Identidad (DNI) o Tarjeta de Identidad del Extranjero (TIE). d) Fecha de nacimiento. e) Sexo. f) Nacionalidad. g) Medio preferente o lugar a efectos de comunicaciones. h) Titulación. i) Especialidad en Ciencias de la Salud. j) Diploma en Áreas de Capacitación Específica. k) Diploma de Acreditación y Diploma de Acreditación Avanzada. l) Situación profesional. m) Ejercicio



profesional. n) Lugar de ejercicio. o) Categoría profesional. p) Función. q) Desarrollo profesional. r) Colegiación profesional. s) Cobertura de responsabilidad civil en cada uno de los ámbitos de ejercicio profesional. t) Suspensión o inhabilitación para el ejercicio profesional. u) Acreditación para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano.

En el Registro no podrá figurar ningún dato relativo a la ideología, creencia, religión, origen racial, salud ni orientación sexual.

1.13. La sanidad electrónica

La OMS define el termino salud electrónica como la utilización de información y tecnologías de comunicación para un mejor control de la salud (OMS, 2006).

El artículo 14 de la DAST establece la red de la sanidad electrónica, considerándola un paso hacia la cooperación en materia de salud electrónica, y maximizando los beneficios sociales y económicos gracias a la interoperabilidad y la aplicación de los sistemas de salud electrónica (Aguado, 2016).

1.14. La telemedicina

La OMS define la telemedicina como el suministro de servicios de atención sanitaria, en los que la distancia constituye un factor crítico, por profesionales que apelan a las TIC'S con objeto de intercambiar datos para hacer diagnósticos, preconizar tratamientos y prevenir enfermedades y heridas, así como para la formación permanente de los profesionales de atención de la salud y en actividades de investigación y evaluación, con el fin de mejorar la salud de las personas y de las comunidades en que viven (OMS, 2008).

Debido a su naturaleza y características, la telemedicina, por una parte, es un servicio sanitario y, por otra, un servicio de la sociedad de la información, por lo que se rige por el principio de libre prestación de servicios, por la normativa de comercio electrónico y por DAST. La telemedicina permite mejorar el acceso a la atención médica especializada en zonas donde no hay suficientes especialistas o existen dificultades de acceso, hacer más seguro el acceso de los pacientes al tratamiento y a sus datos médicos, reducir el riesgo de errores médicos y contribuir a la detección precoz de problemas de salud. No es un nuevo acto médico y no intenta reemplazar a los métodos tradicionales de prestación de asistencia sanitaria sino una manera novedosa de facilitar servicios de asistencia sanitaria que pueden complementar y ampliar la calidad y eficiencia de los métodos tradicionales, tal y como ha sido reconocido en la DAST (Aguado, 2016).



La telemedicina está reconocida como AST, estando regulada en la DAST otorgando el derecho a los pacientes a recibir tratamiento en otro EM y posteriormente ser reembolsado con ciertas condiciones además de permitir una copia del historial médico por escrito o formatos electrónicos.

Se establece el registro de profesionales de salud que prestan servicios de telemedicina.

En relación a los datos de salud, el TJUE en las sentencias de 20 de mayo de 2003, asunto C-465/00 y sentencia 6 de noviembre de 2003, asunto C-101/01 da una interpretación amplia a la noción de “dato relativo a la salud”, incluyendo tanto aspectos físicos como mentales de la salud del individuo.

La telemedicina no está incluida en el Reglamento 883/2004, sobre coordinación de los sistemas de seguridad social, ya que una de las condiciones que se deben de dar para aplicar el Reglamento es encontrarse físicamente en EM donde recibir el tratamiento.

2. Asistencia Sanitaria No Programada

La coordinación de los Sistemas de Seguridad Social es acometida por el Reglamento 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 29 de abril, complementado por el Reglamento 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo de 16 de septiembre de 2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento 883/2004. Uno y otro sustituyeron respectivamente a los Reglamentos 1408/71 y 574/72, desde el 1 de mayo de 2010, fecha de la entrada en vigor de la norma de aplicación (Rodríguez-Rico, 2016). Hay que tener en cuenta que la simplificación que se realiza en el Reglamento vigente frente a la efectuada en el Reglamento 1408/1971 (Trillo y García, 2012).

A diferencia de lo que pudiese parecer a primera vista, la elaboración de un Reglamento de coordinación de los sistemas de seguridad social en el marco de la UE, no pretendía constituir un régimen o sistema común de protección social para los EM. En realidad se trata de un “sistema completo y uniforme de normas de conflicto de leyes”, destinado a determinar la legislación nacional aplicable al régimen de seguridad social. Ello es así, que utilizando el instrumento de los Reglamentos se concretan actuaciones de articulación, que no de armonización, cuya finalidad es “crear el entramado necesario para permitir el engranaje de las relaciones jurídicas transnacionales” (Ribes, 2016).



La normativa comunitaria en materia de SS no tiene como finalidad sustituir a los diferentes Sistemas nacionales de SS por un sistema único europeo (García, 2005). La armonización de los distintos sistemas sería imposible debido a que los sistemas de SS de los EM son el resultado de tradiciones antiguas muy enraizadas en las culturas y las preferencias nacionales (Comisión Europea, 2010). El objetivo de las distintas normas es la coordinación de los distintos sistemas de SS.

Como características de la coordinación de los sistemas de SS nos encontramos con (Sánchez-Rodas, 2016):

- Coordinación no implica unificación ni armonización de sistemas de Seguridad Social.
- Tampoco conlleva la derogación, reforma, o modificación de los sistemas nacionales de Seguridad Social coordinados que subsisten con todas sus peculiaridades.
- No veda las competencias soberanas de los Estados para legislar en el ámbito de la SS.
- La coordinación no es un fin en sí mismo, sino un instrumento para facilitar, en última instancia, la libre circulación de trabajadores en el seno de la UE
- La coordinación permite salvaguardar los derechos adquiridos y en curso de adquisición de los migrantes en el ámbito de la SS, evitando que los trabajadores migrantes vean mermados sus derechos y/o expectativas de derecho en materia de SS.
- Mediante la técnica de la coordinación se garantizan a los sujetos incluidos dentro de sus respectivos ámbitos de aplicación un trato igual al dispensado a los trabajadores nacionales.

Cada EM se reserva la competencia de determinar las prestaciones y las condiciones de concesión, estableciendo la normativa europea los principios comunes que deben regir en los distintos estados.

Las normas de la SS en la UE no sirven para introducir tipos nuevos de prestaciones ni eliminar disposiciones nacionales, su único objetivo es proteger a los ciudadanos europeos que trabajan, residen o pasan una temporada en otro EM.

Entre las prestaciones cubiertas por el Reglamento de coordinación se encuentran las prestaciones de enfermedad.



2.1 Reglamento (CE) 883/2004, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004 sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social y su aplicación a las prestaciones sanitarias.

Según el propio Reglamento 883/2004 todas las personas que residen en el territorio de uno de los EM están sujetas a las obligaciones y pueden acogerse al beneficio de la legislación de todo EM en las mismas condiciones que los nacionales de dicho Estado (García, 2005).

El presente Reglamento se aplicara a trabajadores por cuenta ajena y propia, jubilados, funcionarios, desempleados y estudiantes los cuales conservaran sus derechos a las distintas prestaciones sociales cuando viajen por Europa.

2.1.1. Sujetos Beneficiarios

Según se recoge en el artículo 2.1 y 2.2 del Reglamento 883/2004 los sujetos beneficiarios serán los nacionales de los EM y los apátridas y refugiados residentes en uno de los EM, que estén o hayan estado sujetos a la legislación de uno o de varios Estados miembros, así como a los miembros de sus familias y a sus supérstites. También serán sujetos beneficiarios los supérstites de las personas que hayan estado sujetas a la legislación de uno o de varios EM, cualquiera que sea su nacionalidad cuando dichos supérstites sean nacionales de uno de los EM o apátridas o refugiados que residan en uno de los EM.

Las normas de la UE en el terreno de la seguridad social no se aplican a todas las personas que circulan o están establecidas en la UE y el EEE Por tanto, es importante saber si se está cubierto por estas normas, ya que solo en tal caso pueden recurrirse ante tribunales o instituciones nacionales. Todos los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea o de Noruega, Islandia o Liechtenstein (con arreglo al Acuerdo sobre el EEE) o bien de Suiza (conforme al Acuerdo UE-Suiza) que están o han estado protegidos por un sistema de seguridad social en el marco de la legislación de uno de estos países están sujetos a las normas de coordinación (Comisión Europea, 2010).

La nacionalidad no es un requisito inexcusable para aplicar las reglas de coordinación existentes en la Unión Europea, sin embargo será preciso que los sujetos causantes ostenten la condición de migrantes en situación regular o legal (Sánchez-Rodas, 2016).

La persona asegurada es definida en el artículo 1.C del Reglamento 883/2004 como aquella que reúne las condiciones requeridas por la legislación del EM competente con



arreglo al Título II para tener derecho a las prestaciones, superándose así, una noción más limitada, exclusivamente vinculada a una relación laboral (Rodríguez-Rico, 2016).

2.1.2. Prestaciones cubiertas por el Reglamento

El «paquete de modernización de la coordinación», que incluye los reglamentos de coordinación persigue aclarar los derechos y obligaciones de las diversas partes interesadas, ya que define las medidas necesarias para que las personas cubiertas puedan viajar, permanecer o residir en otro Estado miembro sin perder sus derechos en materia de seguridad social. El Reglamento 883/2004 y su Reglamento de aplicación abarcan los siguientes elementos (Schmid-Drüner, 2016):

- Mejora de los derechos de los asegurados, mediante la ampliación de la cobertura personal y material con respecto a los ámbitos de la SS cubiertos;
- Ampliación de los ámbitos de la seguridad social objeto del Reglamento a los regímenes legales de prejubilación;
- Modificación de algunas disposiciones relativas al desempleo;
- Refuerzo del principio general de igualdad de trato y del principio de exportabilidad de las prestaciones;
- Introducción del principio de buena administración: las instituciones de los EM están obligadas a cooperar entre sí y a prestarse asistencia mutua en beneficio de los ciudadanos;
- Creación de un sistema especial (intercambio electrónico de información sobre SS — EESSI) que permita el intercambio seguro de datos entre instituciones nacionales.

Las prestaciones cubiertas están recogidas en el artículo 3 del Reglamento y estas serían la enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales, prestaciones de invalidez, subsidios de desempleo, prestaciones familiares, prestaciones de jubilación, jubilación anticipada, y subsidios de defunción.

2.1.3 Legislación aplicable y prestaciones sanitarias

Toda persona solamente puede estar sujeta a la legislación de un único EM.

2.1.3.A Españoles que prestan su actividad en un Estado comunitario

En esta situación se encuadrarían los españoles que trabajan, tanto por cuenta ajena como propia, y residen en cualquier país de la UE distinto de España. Como recoge el artículo 11 del Reglamento “Los trabajadores están sujetos a la legislación del lugar en el que ejercen su actividad laboral, conforme al principio de *lex loci laboris*”. Este ciudadano



Español tendrá derecho a las mismas prestaciones sanitarias con las mismas condiciones y formas de prestación que los nacionales de dicho estado.

Una excepción a esto serían los trabajadores desplazados los cuales según se recoge en el artículo 12 del Reglamento siguen sujetos a la legislación de origen.

2.1.3.B Españoles residentes en un país y asegurado en otro distinto del que reside

En esta situación se encontrarían los trabajadores transfronterizos, los trabajadores desplazados y los jubilados que una vez se jubilan cambian su residencia a un país distinto.

Para que sea considerado trabajador transfronterizo debe regresar a su país de residencia al menos una vez a la semana. El trabajador transfronterizo puede elegir entre las prestaciones de su país de residencia y las del país en que ejerce su actividad laboral.

El trabajador desplazado tiene derecho a las prestaciones sanitarias en especie del país al que ha sido destinado, sin importar si ha cambiado la residencia. La duración máxima del desplazamiento es de 24 meses.

Los jubilados tienen derecho a las prestaciones de enfermedad en especie en el EM en el que reside aunque nunca haya estado asegurado en dicho país siempre que tenga derecho a las prestaciones sanitarias en por lo menos uno de los EM de los que le abonan la pensión.

La obligación para poder acceder a esta prestación es el alta en la administración competente de la prestación del seguro de enfermedad del país de residencia. Dicha alta se realizara mediante el documento E109, E121 o S1.

2.1.3.C Españoles asegurados y residentes en el mismo país y que se desplazan temporalmente a otro país, así como Españoles que no prestan ningún tipo de actividad.

En esta situación se encontrarían aquellas personas que se desplazan por estudios, vacaciones o viajes de negocios.

Hay que distinguir las personas que sufren una urgencia y las que padecen una enfermedad crónica diagnosticada y sometida a tratamiento médico.

1. Urgencias médicas: Para poder solicitar la asistencia sanitaria será preciso que el paciente disponga de la TSE o solicite a la institución que asegura al trabajador en su país de origen el envío de la documentación. En el caso de urgencias tienen derecho a las prestaciones en especie siempre teniendo en consideración el tipo de



urgencia, lo imprevisto de la situación y la temporalidad de la estancia (García-Sánchez, Pinilla, Escudero, García y García 2011). Los pacientes tendrán derecho al reembolso de los gastos sanitarios con hospitalización cuando la necesidad de asistencia se produzca de manera imprevista o urgente (Biurrun, 2011). Tendrán derecho a recibir las prestaciones sanitarias para solventar la situación de acuerdo a la legislación del Estado donde se encuentre, sin embargo no podrán ser incluidos en una lista de espera quirúrgica, de especialista médico, ni formar parte de un programa de crónicos o actividades preventivas (García-Sánchez et al., 2011).

2. Personas con enfermedades crónicas: En esta situación se encontrarían los pacientes que precisan de diálisis, oxigenoterapia, quimioterapia, pruebas complementarias y consultas con especialistas para el control de su enfermedad según se recoge en la Decisión Nº S3 de 12 de junio de 2009 por la que se definen las prestaciones contempladas en el artículo 19, apartado 1, y en el artículo 27, apartado 1, del Reglamento 883/2004, así como en el artículo 25, sección A, apartado 3, del Reglamento 987/2009 (García-Sánchez et al., 2011). Se debe diferenciar este tipo de asistencia de la AST, siendo el motivo del viaje el que diferencia una asistencia de otra. En la primera el motivo del viaje puede ser el turismo, los estudios y un viaje de negocios, en la segunda el motivo del viaje es la prestación de una asistencia sanitaria. Este tipo de pacientes antes de iniciar su viaje deberán ponerse en contacto con el centro sanitario.

2.1.4. La Tarjeta Sanitaria Europea

Es un documento personal e intransferible expedido a petición del interesado por la institución competente de cada estado miembro por el cual se reconoce el derecho a recibir las prestaciones sanitarias durante una estancia temporal por motivos laborales, turismo o estudios en la Unión Europea, el Espacio Económico Europeo y Suiza.

La validez viene determinada por el país que expide la tarjeta. Esta tarjeta no es válida para la AST.

La TSE puede solicitarse, bien por internet, bien acudiendo a los Centros de Atención e Información de la SS si bien el siguiente grupo de ciudadanos deberán acudir a los Centros de Atención e Información de la SS para solicitarla:

- Solicitantes por primera vez de la TSE, ciudadanos que reciban prestaciones de desempleo y sus beneficiarios directos.
- Ciudadanos con contratos temporales y quienes estén dados de alta en el censo de artistas y toreros.



- Ciudadanos con pensiones no contributivas y ciudadanos con derecho a la asistencia médica como personas sin recursos económicos.

La TSE se envía por correo postal en el plazo de 10 días aproximadamente. Si se solicita en la oficina del Centro de Atención e Información de la SS se le entregara al usuario un Certificado Provisional Sustitutorio que tiene la misma validez durante 30 días.

En el caso de olvido, perdida o no haberse solicitado se deberá pedir a la institución competente de emisión de la TSE en Certificado Provisional Sustitutorio, siendo este un documento válido para demostrar el derecho a la asistencia sanitaria.

Dicho Certificado Provisional Sustitutorio deberá ser remitido por fax o correo electrónico.

Por regla general, los documentos portátiles se expiden a petición del interesado. En caso de olvido antes de abandonar su país, ello no le impedirá reclamar prestaciones: la institución del otro Estado miembro obtendrá entonces los datos necesarios directamente de la institución competente de su propio país. No obstante, ello puede retrasar la respuesta a la prestación que haya solicitado (Comisión Europea, 2010).

El no poder presentar los documentos portátiles en ese momento no es óbice para que se les preste la atención sanitaria necesaria pero deberá pagar por ello. Posteriormente el paciente podrá reclamar a su institución competente que le reembolse el importe abonado (García-Sánchez et al., 2011).

La TSE no implica que en el país de destino sea gratuita la prestación sanitaria, ya que cada sistema sanitario tiene unas características diferentes y un acceso a la salud diferente.

3. El turismo sanitario

Hasta la promulgación de la DAST el concepto turismo sanitario tenía una connotación negativa, todo el mundo escuchaba historias de vuelos chárter cargados con jubilados desde distintos lugares de la UE que acudían a nuestro país a realizarse intervenciones quirúrgicas de prótesis de cadera y rodilla al amparo de los antiguos Reglamentos comunitarios con el consiguiente coste para nuestro sistema sanitario en unos momentos de crisis económica. Actualmente todo esto ha cambiado ya que al amparo de la DAST dicha asistencia sería cargada al turista sanitario y luego reclamada por éste a su sistema.



Distintos autores no se ponen de acuerdo en una definición desde el punto de vista académico al término turismo sanitario. Helble (2010) lo describen como cualquier acto médico que se produce fuera del lugar de residencia sea intencionado o no, para Lizarralde y Auren (2013) el concepto es mucho más restrictivo y afectaría solamente a aquellos actos recibidos intencionadamente por el paciente-turista, de manera que para que podamos hablar de turismo sanitario es condición necesaria que exista una voluntad a priori de viajar para recibir tratamiento médico (Giraldo y Méndez, 2015).

La Organización Mundial de Turismo define al turista como un visitante que viaja a un destino principal distinto al de su entorno habitual por una duración inferior a un año, con cualquier finalidad principal, ocio, negocios u otro motivo personal, que no sea la de ser empleado por una entidad residente en el país o lugar visitados (Giraldo y Méndez, 2015).

Partiendo de esa calificación de la Organización Mundial del Turismo se podría definir al turista sanitario como aquel turista que realiza un viaje con la finalidad de recibir un tratamiento médico.

El turismo de salud es el proceso por el cual una persona viaja para recibir servicios de salud en un país diferente a aquel en el que reside. El motivo del viaje es la búsqueda de estos servicios de salud, en un sentido amplio (Auren, 2013).

El RD 81/2014 menciona al turismo de salud como una oportunidad para la sanidad privada y un reto para el sector sanitario público. En el primer caso, porque genera un negocio en el que ciudadanos de otros países pagan su asistencia y luego tramitan su reembolso total o parcial en sus países de origen. Supone una liberalización del sector de los servicios sanitarios y una oportunidad para los proveedores de asistencia sanitaria y en el segundo caso, porque incrementa la demanda de asistencia sanitaria con solicitudes de personas de otros países europeos y, la tramitación de las solicitudes de reembolsos de personas que han recibido asistencia sanitaria fuera de España (Aguado, 2014).

España se ha convertido en un estado diana del turismo sanitario por las siguientes circunstancias (Aguado, 2014):

- La normativa que facilita la movilidad de las personas y la coordinación sanitaria.
- La necesidad de aliviar listas de espera en Inglaterra o Países nórdicos.
- Precios más competitivos, en especialidades como odontología u oftalmología.
- Cercanía física y las infraestructuras de transporte con Europa.
- Envejecimiento y poder adquisitivo de la población europea.
- Turismo europeo muy consolidado en España.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Dentro de los Principios Generales del Derecho nos encontramos con la Seguridad Jurídica, la cual se encuentra también recogida como garantía de los ciudadanos en el artículo 9.3 de la Constitución Española. La normativa comunitaria en materia de sanidad origina inseguridad jurídica en los ciudadanos debido a que las prestaciones sanitarias están reguladas por dos normas con efectos distintos, por un lado la vía de la DAST por la cual se tienen derecho a las prestaciones de su Estado, servicio prestado tanto por organismos públicos como privados, mientras que si se eligen los Reglamentos de coordinación de los sistemas de SS le corresponderán las prestaciones sanitarias del Estado que presta la asistencia sanitaria en el sistema público.

El RD presenta contradicciones con el ordenamiento jurídico español en materia de prestaciones sanitarias como puede ser el caso de reembolso de gastos ya que el SNS estatal no dispone de sistemas de reembolso, además serán las CCAA las que tengan que idear un sistema de cobro a los pacientes (Aguado, 2014).

Otra contradicción con las que nos podemos encontrar es la posibilidad de reembolsar los gastos por prestación de interrupción voluntaria de embarazo ya que en cada EM los supuestos legales que permiten la interrupción voluntaria del embarazo son distintos.

Otro problema con el RD se da en los nacionales españoles residentes en otro Estado que retornen a España, así como los pensionistas españoles de origen residentes en el exterior, en sus desplazamientos temporales a nuestro país, que a diferencia de cualquier ciudadano procedente de otro EM de la UE, que podría acceder directamente y, sin requisito previo de autorización a los servicios médicos de atención primaria de nuestro SNS, aquéllos, en cambio, tendrán derecho a la asistencia sanitaria pero siempre que, de acuerdo con las disposiciones de la legislación de SS española, las del Estado de procedencia o de las normas o Convenios Internacionales de SS establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura, correspondiendo el reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria al INSS, el cual expedirá el documento acreditativo del derecho (Aguado, 2014).

El paciente, según recoge en el RD 81/2014, podrá elegir el centro público o privado donde ser atendido fuera de España; sin embargo, ese mismo paciente no podrá elegir ni siquiera el centro público español donde ser atendido, por lo que gozará de más derechos si opta por recibir la asistencia sanitaria fuera de España.

Según se recoge en el RD 81/2014 los proveedores de la asistencia sanitaria tienen obligaciones con los ciudadanos acogidos a dicho RD que no tienen con el resto de los ciudadanos; un ejemplo de la situación descrita puede encontrarse en el artículo 8.6 del RD



81/2014 el cual reconoce a los ciudadanos el deber de recibir información acerca de los resultados conocidos de estas opciones en la práctica general y el propio centro.

Como viene recogido en las distintas normas aquí estudiadas; el acervo europeo relativo a la asistencia sanitaria no tiene por objeto unificar los distintos sistemas de salud, sino garantizar la asistencia de los ciudadanos. En una Europa con libertad de circulación de personas, mercancías y capitales es incomprensible que no exista un único sistema de SS igualando las prestaciones entre los ciudadanos de la UE, pesando más la política y los nacionalismos sobre los derechos de los ciudadanos, situación que en un futuro no parece que tenga solución sobre todo tras el resultado del referéndum de permanencia del Reino Unido en la UE y el resurgir de los nacionalismos antieuropeistas en muchos países de la UE, en especial en Austria, Francia, Hungría y Polonia.

Actualmente nos encontramos con un gran temporalidad entre el personal al servicio de los distintos servicios públicos de salud, lo que puede originar problemas por desconocimiento de las normas sobre asistencia sanitaria, especialmente entre el personal administrativo, dicha circunstancia a largo plazo, producirá errores en la facturación de la asistencia sanitaria, generando situaciones en las que ante el desconocimiento de los procedimientos, por su complejidad, se le prestara asistencia a ciudadanos sin llevar a cabo los procedimientos administrativos lo que originara que esa asistencia corra a cargo del sistema de la CCAA correspondiente.

El paciente tiene garantizada la asistencia sanitaria de dos maneras distintas:

- Por un lado, nos encontramos con la novedosa AST, en la cual el paciente se desplazará a otro país de la UE para recibir la asistencia sanitaria con autorización previa de su SNS, cuando sea preceptiva, pudiendo ser prestada tanto por organismos públicos como privados, siendo facturada y posteriormente abonada por su sistema, siempre y cuando cumpla con los límites impuestos por su sistema en el caso de que ésta se encuentre incluida entre las prestaciones del país emisor.
- De otro lado, nos encontramos con la asistencia regulada por los Reglamentos de coordinación según los cuales el paciente recibirá la asistencia de urgencia del sistema público del país receptor. Las prestaciones que recibe deben de estar incluidas en la cartera de servicios del país receptor pudiendo ser facturadas de acuerdo a los copagos sanitarios, siendo devuelto ese dinero por el sistema del país de origen al regreso del paciente.

Las prioridades de la AST son contribuir a unos sistemas sanitarios innovadores, eficientes, sostenibles, facilitando el acceso a una asistencia sanitaria mejor (Aguado, 2016); esto choca con las políticas de límite del gasto público por parte de las distintas administraciones. Todo ello tratando de conseguir los objetivos de las políticas sanitarias de



la UE como son la sostenibilidad del sistema, reducir la incidencia de las enfermedades que pueden prevenirse, minorar las desigualdades en salud y dar respuesta a los problemas sanitarios nuevos e incipientes (Comisión Europea, 2013).

La política sanitaria europea pretende complementar las políticas sanitarias nacionales y mejorar la salud de los ciudadanos, fomentando la cooperación y, permitiendo que las autoridades nacionales se beneficien de soluciones eficientes de otros EM, para reducir las desigualdades sanitarias (Aguado, 2016).

Debido al reto del nuevo Turismo de Salud, España ha mejorado los sistemas de cobro y control, si bien es importante que se forme al personal de las distintas administraciones públicas en los procedimientos administrativos relativos a dicha asistencia.



BIBLIOGRAFÍA

- Aguado, A. (2014). Asistencia Sanitaria Transfronteriza: Un modelo por armar, retos, vicisitudes y aporías (Trabajo Fin de Máster). Universidad San Pablo CEU, Madrid. Recuperado de: <http://bit.ly/2bCBDUe>
- Álvarez, E. (2009). El derecho a la Asistencia Sanitaria Transfronteriza. *Estudios*, 18:21-32
- Auren, C. (2013). Turismo de Salud en España. Fundación EOI, Madrid. Recuperado de: <http://bit.ly/1SvgyzQ>
- Biurrún, G. (2011). El derecho a la asistencia sanitaria y la libre circulación en la UE, el papel de la comunicación al paciente. En X. Elexpe (Presidencia), XIV Congreso de la Asociación Española de Gestión de Riesgos Sanitarios. Congreso llevado a cabo en San Sebastián, España
- Cantero, M., y Garrido, C. (2014). Ciudadanía, asistencia sanitaria y Unión Europea. *Afdum*, 18:89-127
- Cervell, H. (2011). Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada. *Cuadernos de Derecho Transnacional*, 3(2): 51-70
- Comisión Europea. (2010). Normativa de la Unión Europea en materia de seguridad social: Sus derechos cuando se desplaza en la Unión Europea. Recuperado de: <http://bit.ly/2aQjZNI>
- Comisión Europea. (2013). Informe sobre las desigualdades en materia de salud: disminuyen en la UE las diferencias en la esperanza de vida y la mortalidad infantil. Recuperado de: http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-823_es.htm
- Comisión Europea. (2013). Comprender las políticas de la Unión Europea: Salud pública. Recuperado de: <http://bit.ly/2ctUaT>
- Contreras, A. (2016). El marco europeo del derecho a la asistencia sanitaria, de los reglamentos de coordinación a la asistencia sanitaria transfronteriza. *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, 42:329-364
- Fotinoupolou, O. (2012). El reembolso de gastos médicos y la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza. *Lan Harremanak*, 25:329-352



- García, M., y Rodríguez, C. (2014). Asistencia Sanitaria Transfronteriza en el ámbito de la Unión Europea: de la Seguridad Social de trabajadores migrantes a una regulación específica. *Foro, Nueva época*, 17(1): 309-329
- García, V. J. (2005). Algunas reflexiones sobre el campo de aplicación del Reglamento (CE) 883/2004, de 29 de abril. *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, 64:63-74
- García-Sánchez, I., Pinilla, M. J., Escudero, E. C., García, S. A.M., y García, M. G. (2011). Guía de buenas prácticas para mejorar la facturación por la asistencia sanitaria a ciudadanos de la UE en el SSPA. Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada
- Giraldo, C. A., y Méndez, P. E. (2015). El turismo sanitario en España: mitos y realidades Health tourism in Spain: myths and realities. *Comunitaria: International Journal of Social Work and Social Sciences*, 9:91-118
- Guirao-Goris, J A., Olmedo, S. A., y Ferrer, F. E. (2008). El artículo de revisión. *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, 1(6):1-25
- Helble, M. (2010). The movement of patients across borders: Challenges and opportunities for public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(1):68-72
- Instituto de Turismo de España. (2016). Encuesta de Movimientos Turísticos de los Españoles. Recuperado de: <http://bit.ly/2aFXbQR>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Cifras de Población a 1 de enero de 2016, Estadística de Migraciones 2015 y Adquisiciones de Nacionalidad Española de Residentes 2015. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np980.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Cuenta Satélite del Turismo de España Base 2010 Serie 2010-2014. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np975.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Encuesta de Población Activa. Recuperado de: <http://www.ine.es/infografias/tasasepa/desktop/tasas.html?t=0&lang=es>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Estadística del Padrón de Españoles Residentes en el Extranjero a 1 de enero de 2016. Recuperado de: <http://www.ine.es/prensa/np962.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística. (2016). Movimientos turísticos en Fronteras. Recuperado de: <http://www.ine.es/daco/daco42/frontur/frontur1215.pdf>



Lizarralde, E., y Auren. (2013). Turismo de Salud. *Fundación EOI*. 1:10-22

Lomas, H. V. (2014). Comentarios sobre el RD 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el RD 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. *Revista CESCO de Derecho de Consumo*, 9:177-186

Martínez, M. (2014). Movilidad de pacientes y obstáculos a la libre prestación de servicios. A propósito del reintegro de gastos médicos no hospitalarios realizados en otro estado miembro. Comentario a la Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea de 27 de octubre de 2011, Asunto C-255/09, Comisión/contra Portugal. *Revista electrónica de estudios internacionales*, 27:1-40. Recuperado de: <http://bit.ly/2c7bNur>

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. (2016). Extranjeros Residentes en España a 31 de diciembre de 2015. Recuperado de: <http://bit.ly/2aj2Kls>

Moreno, C. G. (2011). Directiva comunitaria relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. En J. García Castaño y N. Kressova. *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía*: Instituto de Migraciones, Granada.

Oliveras, X., y Trillo, J. (2014). Fronteras en el contexto español. ¿Barreras o puentes para la cooperación sanitaria?. *Documents d'Anàlisi Geogràfica*, 60(1):135-159. Recuperado de: <http://bit.ly/2bZSaWo>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Establecimiento de infraestructuras para la ciber salud, progresos realizados por los estados miembros. Recuperado de: <http://bit.ly/1NiDwWh>

Organización Mundial de la Salud. (2008). IV Conferencia Internacional Euromediterránea sobre Informática Médica y Telemedicina. Recuperado de: <http://bit.ly/2bAT47S>

Ribes, M. (2016). La actividad del personal que presta servicios a bordo de buques y sus problemas frente al encuadramiento en un régimen de seguridad. *E-Revista Internacional de la Protección Social*, 1:23-39. Recuperado de: <http://bit.ly/2ceiUpe>

Rodríguez-Rico, V. (2016). *El derecho a la protección de la Salud: Las prestaciones sanitarias de la seguridad social*. (Tesis Doctoral). Universidad de Granada, Granada

Sánchez-Rodas, C. (2016). Aproximación a la coordinación de regímenes de Seguridad Social en el Reglamento 883/2004 y en el convenio multilateral iberoamericano de



seguridad social. *E-Revista Internacional de la Protección Social*, 1:1-11. Recuperado de: <http://institucional.us.es/revistapsocial/index.php/erips/article/view/2/29>

Schmid-Drüner, M. (2016). La cobertura de Seguridad Social en otros Estados Miembros de la UE. *Fichas técnicas sobre la Unión Europea*, 2016. Recuperado de: <http://bit.ly/2bOfReX>

Trillo, A., y García, P. (2012). Prestaciones familiares en Derecho comparado y coordinación de prestaciones familiares no contributivas en los Reglamentos 883/2004 y 987/2009. *Revista General de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, 32:1-35



ANEXO LEGISLATIVO

Conferencia Intergubernamental de la Unión Europea. (2012). Tratado de la Unión Europea y Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. Diario Oficial De La Unión Europea, 326:1-390

Cortes Generales. (1978). Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 311: 29313-29424

Ministerio de la Presidencia. (2007). Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, sobre entrada, libre circulación y residencia en España de ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea y de otros Estados parte en el Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo. Boletín Oficial del Estado, 51:8558-8566

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Real Decreto 81/2014, de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. Boletín Oficial del Estado, 34:10915-10948

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios. Boletín Oficial del Estado, 197:65130-65141

Parlamento Europeo., Consejo De La Unión Europea. (2004). Reglamento (CE) n° 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. Diario Oficial De La Unión Europea, 166:1-123

Parlamento Europeo., Consejo De La Unión Europea. (2009). Reglamento (CE) n o 987/2009 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de septiembre de 2009 , por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n o 883/2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social. Diario Oficial De La Unión Europea, 5(2):171-212

Parlamento Europeo., Consejo De La Unión Europea. (2011). Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza. Diario Oficial De La Unión Europea, 15(14):165-185

Parlamento Europeo., Consejo De La Unión Europea. (2014). Reglamento (UE) n ° 282/2014 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de marzo de 2014 , relativo a



la creación de un tercer programa de acción de la Unión en el ámbito de la salud para el período 2014-2020 y por el que se deroga la Decisión n°1350/2007/CE Texto pertinente a efectos del EEE. Diario Oficial De La Unión Europea, 86:1-14



Anexo Informativo. Puntos Nacionales de Información

1. España:

Ministry of Health, Social Services and Equity
(Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, MSSSI)
Spanish National Contact Point to Cross-border
Healthcare
Paseo del Prado, 18-20
28071 Madrid
Teléfono: +34 90 14 00 100
e-mail: oiac@msssi.es
www.msssi.gob.es

2. Alemania:

GKV-Spitzenverband
Deutsche Verbindungsstelle Krankenversicherung – Ausland
EU-PATIENTEN.DE
Pennefeldweg 12c
53177 Bonn
Teléfono: 00 49 228 95 30 801
e-mail: info@eu-patienten.de
<http://www.eu-patienten.de/>

3. Austria:

National contact point for cross-border healthcare.
Gesundheit Österreich GmbH.
Stubenring 6
A-1010 Vienna
Teléfono: +43 15 15 610
e-mail: patientenmobilitaet@goeg.at
www.gesundheit.gv.at

4. Bélgica:

Info Cross-Border Health Care.be
Teléfono: +32 22 90 28 44
e-mail: information@crossborderhealthcare.be
www.crossborderhealthcare.be

5. Bulgaria:

National Health Insurance Fund
1, Krichim Str.,

1407 Sofia

Teléfono: +359 2 965 9116

e-mail: crossbordercare@nhif.bg

www.nhif.bg

6. Croacia

Croatian Health Insurance Fund

(Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje)

Margaretska 3

10000 Zagreb

Teléfono: +385 16 44 90 90

e-mail: ncp-croatia@hzzo.hr

www.hzzo.hr

7. Chipre

Ministry of Health

National Contact Point on the application of Patients'

Rights on Cross Border Healthcare

1 Prodromou and 17 Chilonos Street

1448 – Nicosia

Teléfono: +357 22 60 54 407

e-mail: ncpcrossborderhealthcare@moh.gov.cy

www.moh.gov.cy

Persona de contacto: Mrs Sophia Costa

8. Republica Checa

Health Insurance Bureau (Kancelář zdravotního pojištění)

Nám. W. Churchilla

1800/2

11359 Prague 3

Teléfono: +420 236 033 411

e-mail: info@kancelarzp.cz

www.kancelarzp.cz

Persona de contacto: Mrs Sarka Polakova

9. Dinamarca

Danish Patient Safety Authority, International Health Insurance

(Styrelsen for Patientsikkerhed)

National Contact Point for cross-border healthcare

Finsensvej 15

2000 Frederiksberg
Teléfono: +45 72 28 66 00
e-mail: pob@patientombuddet.dk
www.patientombuddet.dk

10. Estonia

National Contact Point for cross border healthcare
(Piiiriüleste tervishoiuteenuste riiklik kontaktpunkt)
Ministry of Social Affairs (Sotsiaalministeerium)
Gonsiori 29
15027 Talinn
Teléfono: +372 62 69 162
e-mail: kontaktpunkt@sm.ee
www.kontaktpunkt.sm.ee

11. Finlandia

Social Insurance Institution (KELA)
National Contact Point for Cross-Border Health Care
P.O. Box 78
00381 Helsinki
Teléfono: +359 20 63 40 400
e-mail: yhteyspiste@kela.fi
www.kela.fi

12. Francia

Point de contact national pour la France
Cleiss (Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité
sociales)
11 rue de la tour des Dames
75436 Paris cedex 09
e-mail: soinstransfrontalier@cleiss.fr
www.cleiss.fr

13. Grecia

Hellenic National Contact Point
Division of Internation Affairs of EOPYY
12 Apostolou Pavlou Str 151
23 Maroussi Athens
Teléfono: +30 2108110935, +30 2108110936
e-mail: ncp_gr@eopyy.gov.gr



www.eopyy.gov.gr

14. Hungría

National Center for Patients Rights and Documentation

(Országos Betegjogi, Ellátottjogi, Gyermekjogi és

Dokumentációs Központ, OBDK)

Mádách tér 3-4

1075 Budapest

Teléfono: +36 20 99 90 025

e-mail: info@patientsrights.hu

www.patientsrights.hu

15. Islandia

Icelandic Health Insurance

Vínlandsleið 16,

150 Reykjavík

Teléfono: + 354 515 0000

e-mail: sjukra@sjukra.is

www.sjukra.is

16. Irlanda

National Contact Point

Cross-Border Healthcare

Directive Department

HSE Overseas Section

Dr Stevens' Hospital

Dublin 8

Teléfono: +353 16 35 23 75

e-mail: crossborderdirective@hse.ie

www.hse.ie

17. Italia

Ministry of Health

(Ministerio della Salute)

Viale Giorgio Ribotta, 5

00144 Rome

e-mail: ncpitaly@sanita.it

www.sanita.it

18. Letonia

National Health Service

(Nacionālais Veselības Dienests)

31 Cēsu Street (6th entrance)

Riga, 1012

Teléfono: +371 67 04 50 05 (Extranjeros)

Teléfono: 80 00 12 34 (Residentes en Letonia)

e-mail nvd@vmnvd.gov.lv

www.vmnvd.gov.lv

19. Liechtenstein: No tiene obligación de disponer de punto de información.

20. Lituania:

State Care Accreditation Agency under the Ministry of Health

(Valstybinė akreditavimo sveikatos priežiūros veiklai

tamyba prie Sveikatos apsaugos ministerijos)

Jeruzalės str. 21

08420 Vilnius

Teléfono: +370 52 61 51 77

e-mail: contact.point@vaspvt.gov.lt

www.vaspvt.gov.lt

Persona de contacto: Mrs Aistė Bačėnaitė

21. Luxemburgo

Caisse nationale de santé

125, route d'Esch

1471 Luxembourg

Teléfono: +352 2757 1

e-mail: cns@secu.lu

www.cns.lu

22. Malta

Ministry for Health

Palazzo Castellanina, 15, Merchants Str.

Valetta, VLT 2000

Teléfono: +356 21 22 05 01

e-mail: crossborderhealth@gov.mt

www.ehealth.gov.mt

23. Holanda

National Contact Point (Nationaal Contactpunt)

Zorginstituut Nederland

Postbus 320

1110 Diemen

Teléfono: +31 20 797 85 55

fax: +31 20 797 85 00

e-mail: info@zinl.nl

www.zorginstituutnederland.nl

24. Noruega

Norwegian National Contact Point for healthcare

Health Economics Administration (HELFO)

P. box 2415

3104 TONSBERG

Teléfono: +47 33 51 22 80

e-mail: 800helse@helsenorge.no

www.helsenorge.no

25. Polonia

Krajowy Punkt Kontaktowy ds. transgranicznej opieki zdrowotnej

National Health Fund (Narodowy Fundusz Zdrowia, NFZ)

ul. Grójecka 186

02-390 Warsaw

POLAND

phone: +48 22 572 61 13

e-mail: ca17@nfz.gov.pl

www.kpk.nfz.gov.pl

26. Portugal

Administracao Central do Sistema de Saúde

Av. Joao Crisóstomo. N° 11

1000-177 Lisbon

phone: +351 21 79 25 500, +351 21 79 25 690

e-mail: geral@acss.min-saude.pt

www.acss.min-saude.pt

27. Rumania

Casa Națională de Asigurări de sănătate

Calea Călărașilor Nr. 248, Bloc S19, Sector 3

București

Teléfono: +04 372 309 135

fax: + 04 372 309 283

e-mail: pnc@casan.ro



www.cnas-pnc.ro

28. Eslovaquia

Health Care Surveillance Authority
(Úrad pre dohl'ad nad zdravotnou starostlivosťou)
82924 Bratislava 25
e-mail: web@udz-sk.sk
www.udzs-sk.sk

29. Eslovenia

Health Insurance Institute of the Republic of Slovenia
Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana
Teléfono: +386 01 30 77 222
e-mail: kontakt@nkt-z.si
www.nkt-z.si

30. Suecia

Swedish Social Insurance Agency
(Försäkringskassan)
Teléfono: +46 771 52 45 24
e-mail: kundcenter@forsakringskassan.se
huvudkontoret@forsakringskassan.se
www.forsakringskassan.se

31. Suiza: No tiene obligación de disponer de punto de información

32. Reino Unido: Inglaterra y Escocia

National Health Service (NHS)
e-mail: england.contactus@nhs.net
www.nhs.uk

33. Reino Unido: Irlanda del Norte

National Contact Point
Health & Social Care Board
12-22 Linenhall Street
Belfast
BT2 8BS
Teléfono: +353 28 90 55 37 11
e-mail: enquiry@hscbni.net

34. Reino Unido: Escocia

Teléfono: +44 80 02 24 488



www.nhsinform.co.uk

35. Reino Unido: Gales

www.nhsdirect.wales.nhs.uk