

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea

DOLORES CARRASCOSA BERMEJO*

I. Introducción. II. Aproximación a las vías de reembolso en España. III. Articulación de las vías de reembolso. IV. Buenas prácticas y propuestas de mejora de la normativa aplicable. 1. Información. 2. Requisitos para el reembolso. 2.1. Autorización. 2.2. Otros requisitos. 2.3. Reembolso. V. Conclusiones

I. Introducción

Este trabajo pretende aproximar al lector a algunos problemas detectados en relación al reembolso de gastos en el marco de la asistencia sanitaria transfronteriza, esto es, la prestada en otro Estado miembro de la UE distinto de aquél donde se tiene derecho a la misma. Mi intención es abrir el debate sobre posibles buenas prácticas y plantear algunos cambios normativos a llevar a cabo en esta área con el objetivo de incrementar las garantías para los derechos de los ciudadanos, siempre en el marco de una buena gestión de los recursos sanitarios disponibles.

El análisis profundo del reembolso de gastos por asistencia sanitaria

* Dolores Carrascosa Bermejo, Prof. Dra. Asociada ICADE, Madrid. Redactora del Área Social en Ediciones Francis Lefebvre
Trabajo realizado en el marco del Proyecto I+D “Buenas Prácticas Jurídico-Procesales en Derecho Laboral y Comunitario Para Reducir el Gasto Social con Coste Cero”. Proyecto DER 2012-32111 financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

transfronteriza en la UE excede del objeto de este trabajo, se trata de una cuestión ya abordada en trabajos previos.¹ En los siguientes epígrafes, no obstante, se ofrece una panorámica sintetizada de las diferentes vías de reembolso existentes en España y su interacción o articulación.

II. Aproximación a las vías de reembolso en España

Para el reembolso por asistencia sanitaria transfronteriza por parte de las instituciones españolas existen las siguientes **cuatro** vías de reembolso público, esto es, a cargo de las administraciones españolas (INSS o los propios servicios de salud autonómicos y el INGESA):

1. Vía de los Reglamentos de coordinación.
2. Vía de la Directiva y del Real Decreto de implementación.
3. Vía de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia sobre libre prestación de servicios sanitarios.
4. Vía de la normativa nacional en los supuestos de urgencia vital.

Veamos cada una de ellas de forma más detallada, identificando en cada caso cuál es el alcance del reembolso previsto. En todos los supuestos hay que tener en cuenta que se trata de un **reintegro de lo abonado** y que el asegurado nunca podrá obtener una cuantía superior a lo ya satisfecho, pues no puede haber un enriquecimiento del paciente por esta vía.

1.- Vía de los Reglamentos de coordinación de la UE (Rgto CE/883/2004 y Rgto CE/987/2009).

Los Reglamentos prevén dos supuestos en los que puede haber reem-

¹ Por mi parte, recientemente he abordado esta materia en CARRASCOSA BERMEJO, D. "Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social security coordination". ERA Forum (Journal of the Academy of European Law) Vol 14, nº 3/October 2014. p. 359-380. DOI 10.1007/s12027-014-0358-8. Más brevemente "Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la UE. Novedades en el RD 81/2014 y su articulación con la vía de los Reglamentos de coordinación". Tribuna. El Derecho. Julio. 2014. http://www.elderecho.com/tribuna/www.elderecho-com/Reembolso-UE-Novedades-RD-Reglamentos_11_704305001.html Ver también VV.AA. *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea* Col. Claves Prácticas. Ediciones Francis Lefebvre. Madrid 2014.

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia...

bolso al asegurado de los gastos en los que incurrió por cobertura en otro Estado miembro, a costa del Estado competente (normalmente el de residencia). La asistencia sanitaria que se puede obtener por esta vía será siempre servida por proveedores sanitarios incluidos en el sistema de Seguridad Social para sus propios asegurados.²

a) **Asistencia no programada**: en el marco de una estancia temporal en otro Estado miembro **sin finalidad médica** (por ejemplo vacaciones o viaje de negocios). En tales supuestos los Reglamentos prevén que el asegurado español tenga derecho en otro Estado miembro a la **asistencia sanitaria necesaria** (no necesariamente urgente o inmediata) desde el punto de vista médico, con el objeto de que pueda proseguir su estancia en condiciones médicas seguras (Rgto CE/883/200429-4-2004 art.19; Rgto CE/987/200916-9-2009 art.25).

b) **Asistencia programada**: aquella que se produce en el marco de un desplazamiento que precisamente tiene un **objetivo sanitario** y que se caracteriza, en el marco de los Reglamentos, por exigir en todo caso la autorización previa (E-112 o S2). La autorización ha de concederse por el INSS con informe preceptivo de los servicios de salud involucrados siempre que se cumplan los dos siguientes requisitos:

- .- La prestación ha de estar incluida en la cartera de servicios aplicable. Como es sabido existe una cartera de servicios nacional (RD 1030/2006) que, como es sabido, es siempre mejorable por las carteras autonómicas
- .- un tratamiento con el mismo grado de eficacia no puede dispensarse en el Estado de aseguramiento, en España, en **tiempo útil**. Para valorar si el paciente ha de soportar la demora se le ha de hacer una evaluación médica objetiva e individualizada, considerando la evolución probable de su enfermedad, sus an-

² Debe señalarse que los Reglamentos también establecen la cobertura en caso de cambio de residencia a otro Estado miembro, siempre a cargo del Estado competente. Los Reglamentos no prevén el reembolso de la institución al asegurado en el marco de esta situación no afectada tampoco por la libre prestación de servicios al eliminarse el elemento transfronterizo en que se funda la Directiva 22/2011/UE y el propio RD 81/2014 (TJCE 16-7-09, asunto Petra Von Chamier Glisczinski C-208/07EDJ 2009/143614).

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

tecedentes, dolor o discapacidad. Este segundo requisito, en cierta manera, conecta con un mal funcionamiento del sistema en el que está asegurado el paciente y con la existencia de listas de espera. Desde luego si no hay espera no hay autorización. No obstante, según ha interpretado el Tribunal de Justicia no es que se deba autorizar siempre que haya lista de espera, sino que la autorización sólo procederá cuando la demora sea médicamente inaceptable en el caso concreto.³

* **REEMBOLSO.** La regla general es el reembolso o reintegro entre instituciones (España reembolsaría al Estado de destino la factura que emitiera y el Estado de tratamiento prestaría la asistencia de forma gratuita con la garantía de abono que suponen la propia tarjeta sanitaria o el documento S2). Sin embargo, el propio Reglamento de desarrollo en estos supuestos prevé mecanismos de reembolso al asegurado para los casos en los que el Estado de estancia temporal o tratamiento programado cobra tales servicios sanitarios a sus propios asegurados y, por tanto, también requiere tal abono a los asegurados españoles. En estos casos es posible pedir el reembolso a España aunque también podría solicitarse en algunos casos en el propio Estado de tratamiento (Rgto 987/2009/CE art. 25.B) en relación a la asistencia no programada a la que se remite el art. 26.B) al regular la asistencia programada).

En cualquier caso el reembolso obtenible por esta vía de los Reglamentos siempre alcanza al coste sanitario foráneo, en ese sentido se puede considerar que es neutro para los pacientes. En el supuesto de haberse satisfecho **copago foráneo** hay que distinguir entre los dos tipos de asistencia sanitaria:

- En el marco de la **asistencia programada** cabe que se cubra total o parcialmente en virtud del denominado “complemento Vanbraekel” ahora incorporado al Reglamento de desarrollo y cuya aplicación debe ser requerida por el asegurado (Rgto CE/987/2009 art. 26.B.7). En efecto, sólo se cubre el copago cuando la tarifa española es lo suficientemente “potente” para superar el coste sa-

³ TJCE 16-5-06 Watts C-372/04

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia...

nitario foráneo (el coste del tratamiento) y además cubrir total o parcialmente dicho copago.

- En el marco de la asistencia **no programada** no procede nunca la cobertura del copago, pues no cabe la aplicación de dicho “complemento Vanbraekel”. No sólo es que no lo prevea la norma de coordinación vigente que sólo lo establece en relación a la asistencia no programada; sino que así lo estableció el Tribunal de Justicia en una polémica sentencia que consideró que su inaplicación no vulneraba la libre prestación de servicios (TJCE 15-6-10 Comisión contra España C-211/08).⁴

2.- **Vía de la Directiva 2011/24/UE** incorporada al Derecho español a través del **RD 81/2014**.

En su marco se puede obtener el reembolso de la asistencia sanitaria cubierta por la cartera de servicios (la española o la autonómica que la mejora). El derecho al reembolso –por los servicios autonómicos de salud o el INGESA en los casos de Ceuta y Melilla-⁵ concurre con independencia de que haya sido obtenida en otro Estado miembro de proveedores públicos o privados aunque sean ajenos al sistema de Seguridad Social del Estado miembro de tratamiento.

El legislador nacional, siguiendo el imperativo de la Directiva, ha establecido en el Ministerio de Sanidad un “Punto de Contacto Nacional” que ha de informar sobre el derecho al reembolso (<http://www.msssi.gob.es/pnc/home.htm>). Desde él se establecen enlaces a los puntos de información de los servicios sanitarios de las 17 Comunidades autóno-

4 Ver un comentario de esta sentencia en CARRASCOSA BERMEJO, D. “Libre prestación de servicios y reembolso de gastos de hospitalización no programada durante estancia temporal en otro Estado miembro: ¿procede abonar el complemento diferencial Vanbraekel? Comentario de la STJ (Gran Sala) 15-6-2010, Asunto Comisión Europea contra el Reino de España C-211/08 (TJCE 2010/175)”. *Aranzadi Social* nº 10-11. Octubre 2010. P. 45 a 60. Otro comentario de esta sentencia en HIERRO HIERRO, F.J. “La validez del sistema español de reembolso de gastos médicos; el caso Comisión vs. España. *RMTAS* nº 102/2013 p.353 y s.

5 No se entra a valorar el derecho al reembolso en el caso de los funcionarios incluidos en una Mutuality sobre estos colectivos ver CEA MARTIN, M^a V. “Peculiaridades del reembolso en el ámbito de las mutualidades de funcionarios” /en/ VV.AA. *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria...* op. cit.

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

mas, las mutualidades de funcionarios y el INGESA competente en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

En el marco de esta vía no se diferencia entre asistencia programada y no programada, sólo se distingue entre tratamientos autorizados y no autorizados. Por regla general en esta vía no se ha de exigir autorización, sólo permitiéndose su implantación cuando concurren razones imperiosas de interés general. La legislación española ha supeditado el reembolso a una autorización previa en todos los supuestos que preveía la Directiva y también se han asumido todas las posibilidades que permitía esta para su denegación. En este sentido se puede decir que dentro del marco de acción que tenía el legislador nacional se ha optado por la vía más restrictiva a los derechos del trabajador.

Así, por un lado, se requiere la autorización respecto de toda asistencia hospitalaria que suponga una pernoctación, así como en relación a ciertos tratamientos no hospitalarios o ambulatorios mencionados en el Anexo II⁶ de la norma nacional de implementación (ver RD 81/2014 art.10.5 y 15).⁷ La autorización previa debe concederse por el servicio de salud donde esté domiciliado el asegurado en los mismos casos en que se ha de otorgar vía Reglamentos un formulario E-112 o documento portable S2, aunque puede denegarse también si concurren ciertas causas relacionadas con riesgos para la seguridad del paciente o de la población en general o ausencia de las garantías suficientes asociadas al prestador sanitario.⁸ La **resolución motivada** con la concesión o no de la autorización debe notificarse en un plazo máximo de 45 días desde la recepción de la solicitud. Al igual que señalamos respecto del reconocimiento del propio reembolso el **silencio de la administración es positivo** (RD 81/2014 art.16).

6 Estas prestaciones 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. Algunas de las prestaciones mencionadas en ese Anexo Estas prestaciones se mencionan exhaustivamente en el listado contenido en el RD 81/2014 Anexo II que en algunas entradas resulta controvertido y deberá superar el control de razonabilidad y proporcionalidad para no ser consideradas obstáculos no justificados a la libre prestación de servicios.

7 Caben dudas sobre su carácter exhaustivo LOUSADA AROCHENA, F. "Reembolso en el Real Decreto 81/2014: la implementación de la Directiva 2011/24/UE" /en/ VV.AA *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria...* op. cit.

8 RD 81/2014 art. 17.

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia...

Además se exige, como requisito administrativo adicional para recibir asistencia sanitaria en otro Estado miembro reembolsable, que el asegurado cumpla las mismas condiciones aplicables para el acceso a la asistencia sanitaria prestada en España. Esta exigencia tan ambigua parece concretarse en el párrafo siguiente de la norma que la implanta, en la posibilidad de que el Sistema Nacional de Salud requiera al asegurado para que presente una **evaluación previa** que justifique la indicación de la prestación sanitaria que pretende, por lo que parece que se trata de un requerimiento previo al tratamiento como la propia autorización. Dicha evaluación se llevará a cabo por un médico de atención primaria, cuando se realice en España. En ningún caso estas evaluaciones pueden constituir situaciones de discriminación u obstáculos a la libre circulación de los pacientes, los servicios o los bienes, salvo justificaciones objetivas (RD 81/2014 art.10.4).

El reembolso frente al Servicio autonómico de salud se presentará de acuerdo con el **formato** que se establezca y siempre acompañada de los **documentos** que se incluyen en el RD 81/2014 Anexo I, destacando la necesidad de que la factura sea lo más detallada posible, identificando los diversos conceptos asistenciales realizados, el importe de cada uno de ellos y la fecha de realización. También se exige la prescripción médica o el informe médico de la atención prestada, comenzando por la razón clínica de la propia asistencia sanitaria diagnóstica y terapéutica realizada, preferiblemente usando un código de identificación homologado (CIE9-MC o similares). Todo ello para facilitar la valoración de la procedencia de la prestación sanitaria y facilitar la continuidad del tratamiento y las revisiones en España.

Finalmente hay que tener en cuenta que para favorecer la **continuidad de la atención sanitaria** en España se garantiza que el paciente que reciba asistencia sanitaria en otro Estado miembro se establece que el asegurado en España tiene derecho a (RD 81/2014 art.5):

- a) Disponer de una copia, en el soporte adecuado, de los **informes clínicos**, y de los resultados de pruebas diagnósticas y/o procedimientos terapéuticos, difundándose el procedimiento para su acceso. Desde las administraciones públicas se ha de promover el acceso electrónico a la documentación clínica por medio de

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

los sistemas de información dispuestos a tal efecto por el ordenamiento jurídico.

- b) El **seguimiento sanitario en España** tras recibir la atención sanitaria, de igual forma que si la asistencia recibida en otro Estado miembro se hubiera prestado en España.
- c) El reconocimiento y dispensación de las **recetas expedidas en ese otro Estado miembro** y respondan al modelo comunitario establecido (RD 1718/2010 art.15 bis redacc RD 81/2014; Dir 2012/52/UE y Dir 2011/24/UE).

* **REEMBOLSO** por esta vía el asegurado ha de abonar siempre primero los costes sanitarios y sólo después solicitar el reembolso al servicio de salud competente o, en su caso, al INGESA. De manera que, como se ha criticado, se trata de una vía disponible para personas con ciertos recursos económicos que les permiten afrontar estos pagos iniciales.

El reembolso por esta vía sólo alcanza hasta la cantidad prevista en la tarifa del Servicio de salud autonómico⁹ o estatal establecido en relación a la asistencia sanitaria prestada (siempre con el límite del coste total soportado). Esta tarifa no siempre ha de llegar a cubrir todo el gasto sanitario foráneo. *“En este sentido esta vía de reembolso se podría entender que es económicamente neutra para los sistemas de Seguridad Social que reflejan su coste en los precios que reembolsan. Sin embargo, esta vía sólo es neutra para los pacientes de Estados miembros con tarifas de reembolso elevadas que garanticen el reintegro completo del gasto soportado.”*¹⁰ En todo caso si el gasto sanitario es inferior a tal tarifa, esta puede llegar a cubrir total o parcialmente el copago eventualmente satisfecho.¹¹

9 *“Así, por ejemplo, si dispone de una tarjeta sanitaria de la Comunidad de Madrid esta le abonará como máximo el precio los precios establecidos en la Orden 731/2013 de 6 de septiembre (BOCAM 10-9-13), siempre que no supere el precio abonado al hospital público o privado del otro Estado miembro.”* Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. “Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la UE. Novedades en el RD 81/2014...” op. cit.

10 Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. “Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la UE. Novedades en el RD 81/2014...” op. cit.

11 Por ejemplo *“ Si usted va a un ginecólogo privado portugués que le cobra 80 euros por*

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia...

3.- **Vía de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia** sobre el mercado único y en la mayoría de los casos sobre la libre prestación de servicios sanitarios.¹² A pesar de que el objetivo de la Directiva es recoger toda esta jurisprudencia en una normativa comunitaria ad-hoc y dar seguridad jurídica; hay que tener presente que las sentencias sobre esta materia seguirán teniendo virtualidad cuando la Directiva no cubra determinado supuesto, sea contraria a los Tratados; tanto ella como la norma de implementación nacional.¹³

* REEMBOLSO. El reintegro obtenible por esta vía es idéntico al señalado en el punto anterior.

4.- **Vía Derecho nacional** solamente operativa cuando se acredita que la asistencia sanitaria foránea se prestó en un caso de urgencia vital.

* REEMBOLSO. El reintegro por esta vía es el más tuitivo, pues cubre todo el gasto sanitario (siempre dentro de la cartera de servicios española), incluido el copago. Esta cuarta vía, la más tuitiva cuando conceda cobertura adicional respecto de las vías previas, sería la de aplicación preferente. Así se ha admitido respecto de los propios Reglamentos de coordinación que por su naturaleza netamente tuitiva no pueden hacer al asegurado perder los derechos que le asisten en el marco de la aplicación autónoma de su propio derecho nacional (TJCE 15-6-06, asunto Acereda Herrera C-466/04EDJ 2006/80750 sobre dene-

consulta y el precio establecido en la referida orden por primera consulta es de 130, conseguirá un reintegro completo de la cantidad abonada, esto es, los 80 euros. Si el ginecólogo fuera francés y costara 120 euros más 20 euros de copago, el reembolso no sería completo y el paciente soportaría un coste de 10 euros.” Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. “Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la UE. Novedades en el RD 81/2014...” op. cit.

12 TJCE 28-4-98 Decker C-120/95; TJCE 28-4-98 Kohll C-158/96; TJCE 12-7-01 Vanbraekel C-368/98; TJCE 12-7-01 Smits and Peerbooms C-157/99; TJCE 13-5-03 Müller-Fauré and Van Riet C-385/99; TJCE 23-10-03 Inizan C-56/01; TJCE 18-3-04 Leichtle C-8/02; TJCE 16-5-06 Watts C-372/04; TJCE 19-4-07 Stamatelaki C-444/05; TJCE 15-6-10 Comisión contra España C-211/08; TJCE 5-10-10 Comisión contra Francia C-512/08; TJCE 5-10-10 Elchinov C-173/09; TJCE 27-1-11, Comisión contra Luxemburgo C-490/09

13 Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. y CARRILLO MÁRQUEZ, D. “Jurisprudencia del Tribunal de Justicia sobre asistencia sanitaria y libre prestación de servicios. Su recepción en la Directiva 2011/24/UE y el riesgo de una tercera vía.” /en/ VV.AA *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria...* op. cit.

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

gación de reintegro de ciertos gastos de transporte sanitario; TSJ Cantabria 5-10-06, AS 2620Rec 150/04EDJ 296010).¹⁴

III. Articulación de las vías de reembolso mencionadas

Muy brevemente,¹⁵ hay que señalar que cuando las dos primeras vías mencionadas son aplicables y se superponen el asegurado ha de estar previamente informado por el punto de contacto nacional de los derechos que se derivan de los Reglamentos de coordinación y de aquellos que surgen del RD 81/2014 y, en definitiva, la Directiva que incorpora (RD 81/2014 art. 9). Una vez debidamente informados, sólo se les aplica la vía de la libre prestación de servicios, esto es, la del RD 81/2014, si **manifiestan explícitamente** su opción por la misma, pues a falta de tal decisión expresa se aplican los Reglamentos que se consideran a priori más beneficiosos, pues generan un reembolso completo de gastos sanitarios (no siempre del copago), en muchos casos sin necesidad de adelantar el pago (Dir 2011/24/UE art.5.b) y RD 81/2014 art.1.2º y 5.1). Concretamente se establece que si se solicita autorización vía el RD 81/2014 y **concurren también los requisitos** para autorizar la asistencia a través de los Reglamentos (con expedición del documento portable S2), se aplica la vía de reembolso del Reglamento salvo que el paciente solicite expresamente la aplicación del RD 81/2014. Cuando no sea precisa la autorización en el marco del RD 81/2014 el asegurado español puede elegir también esta vía menos exigente que la de la asistencia programada de acuerdo con los Reglamentos y siempre supeditada a autorización.

14 Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. “Novedades normativas y jurisprudenciales en el reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la UE: entre la coordinación de los sistemas nacionales y la libre prestación de servicios” /en/ VV.AA. (SANCHEZ-RODAS NAVARRO, C. Dir.) Inmigración mujeres y menores. Laborum. Murcia. 2010.

15 Más ampliamente ver CARRASCOSA BERMEJO, D. “Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social..” op. cit.

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia...

IV. Buenas prácticas y propuestas de mejora de la normativa aplicable

Partiendo de la realidad expuesta a continuación se exponen algunas propuestas de buenas prácticas y posibles mejoras de la normativa aplicable. Todas ellas se han agrupado en tres bloques en relación a las siguientes materias:

1. Información.
2. Autorización.
3. Reembolso.

Veamos ahora las incluidas en cada uno de ellos.

1. Información

1. El **punto nacional de contacto** y los puntos de información autonómicos deberían informar de todos las vías de reembolso mencionadas, también de la nacional en caso de urgencia vital. Considerando que una vía puede ser más económica para el sistema sanitario involucrado que otra se debe de hacer un esfuerzo de objetividad y proporcionar al paciente una visión completa de sus posibilidades.

2. Es preciso hacer un esfuerzo de **transparencia** y facilitar el acceso de los asegurados a la siguiente información relativa a:

- las **carteras de servicios** la nacional y la de cada Servicio autonómico.
- las **tarifas** asociadas por los mismos a los diferentes tratamientos.

Ambas cuestiones deberían estar disponibles en la información de la web del punto nacional de contacto y los puntos autonómicos de información. Todas las tarifas españolas no sólo deberían aproximarse en relación a su cuantía (o quizás establecerse unos mínimos). También parece aconsejable que se unifiquen los criterios o procedimientos a considerar para su propia determinación. Las diferencias entre tarifas de diferentes CCAA pueden suponer un agravio comparativo. Piénsese además que un mero cambio de domicilio, de empadronamiento, permitiría el acceso a una determinada cartera de servicios más ampliada o incluso a un reembolso más cuantioso.

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

3. Los **puntos nacionales de contacto** también han de informar de que existen supuestos en los que es posible obtener el reembolso aunque no haya autorización. En efecto, la autorización no puede considerarse constitutiva del derecho al reembolso. A la luz de la jurisprudencia se puede defender que los siguientes pacientes sin autorización administrativa previa tienen derecho al reembolso:¹⁶

- a) Cuando la autorización se concede a posteriori, en virtud de una revisión administrativa o judicial, que considera infundada su denegación, y la persona afectada ya recibió el tratamiento en otro Estado miembro (Vanbraekel art. 34 y Elchinov 48, 77 y 78), pues no esperó a que fuera concedida, y marchó antes a recibir cobertura sanitaria en otro Estado miembro, considerando que era médicamente inaceptable la espera a la que se le estaba sometiendo, como luego confirmaron los tribunales o la propia administración. No se puede obligar al paciente a esperar al final del pleito o reclamación planteada, esto es, a esperar injustamente, pues se perdería el efecto útil de esta normativa comunitaria.
- b) También podría deducirse de la propia sentencia Elchinov, ya citada, que concurre el derecho al reembolso cuando el paciente no solicita autorización o no espera a su efectiva concesión –aunque cumpla los requisitos– por precisar asistencia urgente hospitalaria o ambulatoria gravosa y especializada que no admite la demora a la que está siendo sometido por el servicio competente. En estos casos la autorización supone una limitación a la libre prestación de servicios que no parece justificada por razones imperiosas de interés general.
- c) Aunque se puede entender implícitamente, en la vía de la Directiva y el RD 81/2014 también cabrá el reembolso cuando se deniegue la autorización –aunque sea de forma fundada (se pueda dar la prestación en tiempo médicamente útil)– en los supuestos en los que la propia exigencia de autorización no es exigible de acuerdo con la jurisprudencia. Por ejemplo ante asistencia sanitaria no ambulatoria sin onerosidad por no concurrir los requisitos.

¹⁶ Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. y CARRILLO MÁRQUEZ, D. “Jurisprudencia del Tribunal de Justicia sobre...” op. cit.

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia...

4. Parece aconsejable la existencia de un “**punto de contacto comunitario**” aunque sólo fuera accesible vía Internet. Una especie de “trip advisor” de la salud en la UE que aunara toda esta información nacional y que permitiera la comparación de estos parámetros entre los distintos Estados miembros. En este caso topamos con problemas de manejo de enormes cantidades de información sólo disponibles en las distintas lenguas oficiales y que deberían traducirse, al menos, al inglés.

2. Requisitos para el reembolso

2.1. Autorización

1. Para que evitar la litigiosidad innecesaria se debería modificar el RD 81/2014 con el objeto de aclarar el **carácter exhaustivo o no del listado** del Anexo II. También muy posiblemente habría que modificar el propio listado, no sólo para concretarlo, sino también para adecuarlo a la jurisprudencia del Tribunal de Justicia que parecía sólo contemplar la exigencia de autorización en el caso de tratamiento ambulatorio cuando este es sumamente especializado y costoso (TJCE 5-10-10 Comisión contra Francia C-512/08). ¿Lo es todo tratamiento que supere los 1,500 €?

2. Es preciso hacer un esfuerzo para **unificar procedimientos** para la concesión de la autorización por las diferentes vías. Aunque la autorización del RD 81/2014 la realice el propio servicio autonómico de salud y el documento S2, vía los Reglamentos, lo conceda el INSS; debe tenerse en cuenta que la Entidad Gestora, sólo lo expide atendiendo al informe preceptivo del servicio autonómico. De manera, que sería lógico que el procedimiento a seguir por el Servicio autonómico fuera exactamente el mismo para valorar la concurrencia de los requisitos necesarios. En este sentido de unificación, aunque en el marco de vía de reembolso prevista en el RD 81/2014 se establece partiéndose de la competencia autonómica en materia sanitaria, que el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud informará favorablemente la propuesta de criterios comunes para llevar a cabo las autorizaciones previas en el marco de dicha norma (RD 81/2014 art. 15.2). Estos criterios acordados por la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

y Financiación, a aplicar por todas las Comunidades Autónomas, Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y mutualidades de funcionarios, deberían definir un procedimiento a seguir, al menos por todos los servicios de salud, respecto de las autorizaciones vía Directiva y vía Reglamentos.

3. De acuerdo con los requisitos señalados, la autorización sólo debe concederse cuando se cumplan los requisitos que la norma impone: asistencia sanitaria incluida en la cartera de servicios, junto con imposibilidad de prestarla en plazo oportuno. Así, por ejemplo, no procedería si no existe lista de espera o esta fuera médicamente aceptable en el caso concreto. Motivo por el que no se comprende porque hay CCAA que siguen autorizando partos programados en otros Estados miembros cuando realmente no hay lista de espera alguna en relación a esta concreta prestación sanitaria. La concesión voluntaria de estas autorizaciones supone la asunción de un coste económico muy elevado que no tiene justificación cuando se están recortando otros derechos. Por otro lado, considerando lo establecido en la reciente sentencia del Tribunal de Justicia de 9-10-14, asunto Petru C-268/13 se podría afirmar que es necesario que las autorizaciones previas a las que se supe dita el reembolso por ambas vías sólo se concedan cuando se constate que los servicios autonómicos de salud no pueden servir la prestación demandada en tiempo médicamente útil. Esta exigencia puede ser un ahorro para los servicios autonómicos, pues el coste de la cobertura en otra CCAA normalmente será inferior al coste de la asistencia en otro Estado miembro. Partiendo de dicho ahorro, convendría establecer un procedimiento obligatorio, un paso previo a toda autorización de asistencia sanitaria transfronteriza, que controlase la posibilidad de servicio interno y por supuesto obligara luego a los oportunos reembolsos nacionales en plazos razonables que evitaran pronunciamientos insolidarios y coartara la circulación interna de pacientes.¹⁷ Esta exigencia de coordinación, de acuerdo con la mencionada sentencia, pasa por la existencia de un verdadero derecho de los asegurados nacionales a acceder a toda la cobertura en todo el territorio nacional, eliminán-

¹⁷ <http://www.europapress.es/madrid/noticia-comunidad-no-firmara-ningun-acuerdo-atender-pacientes-lm-si-no-pagan-asistencia-recibida-20140910122931.html>

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia...

dose las cortapisas actuales establecidas por los distintos servicios a la movilidad de pacientes.

2.2. Otros requisitos

Es preciso aclarar los supuestos en que para obtener el reembolso es preciso visitar antes al médico de cabecera o atención primaria con antelación a recibir el tratamiento. ¿Es también exigible cuando el asegurado ya ha visto al especialista en fechas próximas en España o seguía un tratamiento continuado en otro Estado miembro desde hace tiempo? También es preciso clarificar que es lo que sucede cuando el asegurado ya está en el extranjero, o la asistencia es urgente ¿es preciso acudir en ese Estado miembro a un médico de atención primaria?

2.3. Reembolso

1. Al igual que existe un modelo comunitario de receta (RD 1718/2010 art.15 bis redacc RD 81/2014) debería existir un **modelo comunitario de factura**. Considerando que esta propuesta ya fue realizada sin éxito por las autoridades españolas ante la UE, España debería establecer, al margen de tal coordinación, al menos en español y en inglés un modelo de factura con todos los elementos o campos a cumplimentar por el proveedor foráneo y que garantizaran al asegurado español una recepción satisfactoria del reembolso.

2. Hay que modificar y alinear con la propia LGSS el **plazo máximo de exigencia de reembolso** establecido, en virtud del RD 81/2014, en 3 meses a partir de la fecha de pago de la asistencia recibida en otro Estado miembro. En efecto, este plazo no parece aceptable, pues la asistencia sanitaria como todas las prestaciones de Seguridad Social se sujetan a plazos de prescripción más amplios y la LGSS jerárquicamente primaría sobre estos plazos inferiores.¹⁸

3. Algunas de las **normas de reembolso** contenidas en el **Reglamento de desarrollo** -concretamente las contenidas en el Rgto CE/987/2009

¹⁸ Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. "Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la UE. Novedades en el RD 81/2014..." op. cit.

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

26.B.6 y 7)- precisan de una Decisión de la Comisión Administrativa que aclare su alcance.¹⁹

V. Conclusiones

Como se ha puesto de manifiesto en este trabajo queda mucho por hacer respecto de la vía de reembolso de la implementación de la Directiva que no es sino, a su vez, una incorporación, -más o menos perfecta, de la creada por el Tribunal de Justicia. Hay muchos aspectos que mejorar, coordinar y clarificar en el marco del reembolso de gastos por asistencia sanitaria recibida en otro Estado miembro. La situación es excesivamente compleja y llena de incertidumbres, lo cual sin duda desincentiva su uso. No obstante, debe tenerse en cuenta que gracias a la Directiva y su implementación (aunque no fuera su objetivo) el conocimiento de los ciudadanos de sus derechos de los ciudadanos de sus derechos a obtener asistencia sanitaria en otro Estado miembro -también por la vía de los Reglamentos- y conseguir un reembolso de lo abonado se está incrementando²⁰.

Para terminar, conviene señalar que la materia estudiada está estrechamente conectada con otra cuestión y que se puede considerar la otra cara de la moneda de esta realidad. En efecto, por un lado, está el reembolso del gasto sanitario en que incurrieron nuestros asegurados que se aborda en este trabajo pero, por otro lado, está la facturación, es decir, el cobro a los otros Estados miembros de lo que nos adeudan por la cobertura de sus asegurados. Sobre esta materia, sólo mencionar aquí que existen problemas endémicos asociados a la deficiente facturación del gasto real sanitario (especialmente el ambulatorio y farmacéutico) por parte de los Servicios autonómicos respecto de la cobertura de dichos asegurados en sus sistemas durante una estancia temporal.²¹ Tampoco

19 Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. "Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU and the Regulations on social." op. cit.

20 Ver CARRASCOSA BERMEJO, D. "Cross-border healthcare in the EU: Interaction between Directive 2011/24/EU ..." op. cit. p. 359.

21 Ver sobre esta materia el demoledor informe del Tribunal de Cuentas (2012) "Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social". Aunque seguro que la gestión de este problema ha mejorado, sobre

Buenas prácticas en relación al reembolso de gastos por asistencia...

hay que olvidar los problemas para el cobro de la cuota global exigible por España a otros Estados miembros por la asistencia sanitaria prestada a los miles de pensionistas de otros Estados miembros residentes en nuestro país.²²

La facturación de ambas cuestiones la real y la de cuota global está en manos del INSS que es también el responsable de gestionar el Fondo de Cohesión Sanitaria. Precisamente a través de una reciente modificación del funcionamiento de tal Fondo parece que se está intentando incentivar a las CCAA a mejorar su facturación por coste real. En efecto, se establece que a una CCAA con un saldo neto por gasto real negativo se le compensaran y deducirán tales cantidades de los ingresos por las cuotas globales que se le pudieran adeudar (ver Ley de presupuestos 2014 L 22/2013 disp. Adic. 69^a)²³. Tal vez por esta vía las CCAA comiencen a implementar medidas concretas para incrementar su facturación por asistencia ambulatoria y farmacéutica. En el primer caso se podría premiar directamente a los prestadores más diligentes. En suma, junto a las buenas prácticas ya señaladas respecto del derecho al reembolso de asegurados en España ya señaladas, también resulta importante para los intereses españoles: por un lado, abordar la correcta identificación de los pensionistas de otros Estados miembros residentes en

todo en relación a la asistencia hospitalario, conviene señalar que desde luego queda mucho trabajo por hacer y no se ha subsanado. Como señaló Dña. M^a Teresa López González. Consejera Técnica Área Internacional. Subdirección General de Gestión de prestaciones del INSS. Ministerio de Empleo y Seguridad Social en su brillante ponencia presentada en el Congreso FreSsco sobre "Asistencia sanitaria transfronteriza y reembolso de gastos" celebrado en Madrid, Icade, el 10-10-2014: no parece de recibo que España recibiera –según datos oficiales del Instituto de Turismo de España- durante 2012: 51,2 millones de turistas de otros Estados miembros y facturase por asistencia sanitaria no programada de 141.207.977,79 € y que sólo 4,5 millones de turistas españoles hayan salido como turistas a otros Estados miembros que han facturado por gasto real 53.945.342,98 €.

- 22 Sobre el acceso de los pensionistas de otros Estados miembros a la asistencia sanitaria española ver CARRASCOSA BERMEJO, D. "Case Study 2: Acces by EU pensioners to healthcare in Spain" /in/ VV.AA *A fact finding analysis on the impact on the Member States' social security systems of the entitlements of non-active intra-EU migrants to special non-contributory cash benefits and healthcare granted on the basis of residence*. <http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=10972&langId=en>
- 23 Ver en este sentido CARRASCOSA BERMEJO, D y TRILLO GARCIA, A.R. "Cobertura sanitaria y reembolso en el marco de los Reglamentos de coordinación" /en/ VV.AA *Reembolso de gastos por asistencia sanitaria transfronteriza en la Unión Europea*. op.cit.

Buenas prácticas jurídico procesales para reducir el gasto social (II)

España por los que se debería estar ingresando las oportunas cuotas globales. Por otro lado, hay que seguir buscando maneras de mejorar la facturación a otros Estados miembros por la asistencia prestada a sus asegurados. En todo caso, resulta increíble que en esta época de crisis y recortes, en algunos casos, se esté renunciando al cobro de tales cantidades nada despreciables.