

CLAVES PRÁCTICAS

FRANCIS LEFEBVRE

**Reembolso de gastos
por asistencia
sanitaria transfronteriza
en la Unión Europea**

Actualizado a 5 de noviembre de 2014

Esta monografía de la Colección
CLAVES PRÁCTICAS
es una obra editada por iniciativa y bajo
la coordinación de
Ediciones Francis Lefebvre

DOLORES CARRASCOSA BERMEJO (dirección)

*Prof. Dra. Asociada de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social
Universidad Pontificia Comillas (ICADE).
Experta Nacional Red FreSsco de la Comisión Europea*

DOLORES CARRILLO MÁRQUEZ

*Prof. Dra. Propia Agregada de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social
Universidad Pontificia Comillas (ICADE)*

MARÍA VICTORIA CEA MARTÍN

*Jefa de Área de Gestión y Evaluación
Departamento de prestaciones sanitarias. MUFACE*

CARLOS GARCÍA DE CORTÁZAR Y NEBREA

*Subdirector General de Asuntos Sociales del Ministerio de Asuntos Exteriores
Experto Analista Red FreSsco de la Comisión Europea*

MANUEL HATERO JIMÉNEZ

*Prof. Colaborador de Derecho Civil. Universidad de Barcelona.
Licenciado en Derecho y Diplomado en Turismo. Abogado*

ANA IGLESIAS HERNÁNDEZ

Experta en Derecho de la Unión Europea

ELENA LASAOSA IRIGOYEN

*Prof. Dra. (Acreditada como Profesora Titular de Universidad) de Derecho del Trabajo y la Seguridad Social
Universidad Rey Juan Carlos de Madrid*

JOSÉ FERNANDO LOUSADA AROCHENA

*Magistrado especialista del Orden Jurisdiccional social, Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de Galicia.
Doctor en Derecho. Graduado Social*

ANDRÉS RAMÓN TRILLO GARCÍA

*Letrado Jefe del Servicio Jurídico Delegado Central en el INSS
Ministerio de Empleo y Seguridad Social*

JOSÉ DOMINGO VALLS LLORET

Prof. Dr. Titular de Derecho Civil Universidad de Barcelona. Abogado

© EDICIONES FRANCIS LEFEBVRE, S. A.
Monasterios de Suso y Yuso, 34. 28049 Madrid. Teléfono: 91 210 80 00.
Fax: 91 210 80 01
www.efl.es
Precio: 26,00 € (IVA incluido)
ISBN: 978-84-16268-03-0
Depósito legal: M-31809-2014
Impreso en España por Printing'94
Puerto Rico, 3. 28016 Madrid

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Plan general

	Nº marginal
PARTE I DERECHO A LA SALUD Y SISTEMAS NACIONALES	
Capítulo 1. Derecho a la salud en el ordenamiento jurídico de la Unión Europea. Aproximación a los sistemas sanitarios de los Estados miembros.	150
PARTE II PRIMERA VÍA DE REEMBOLSO PÚBLICO DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA: LOS REGLAMENTOS DE COORDINACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL	
Capítulo 2. Cobertura sanitaria y reembolso en el marco de los Reglamentos de coordinación	700
PARTE III SEGUNDA VÍA DE REEMBOLSO PÚBLICO DE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA: LA LIBRE PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS (Jurisprudencia del Tribunal de Justicia, Dir 2011/24/UE y RD 81/2014)	
Capítulo 3. 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 la tercera vía.	1500
Capítulo 4. Reembolso en el Real Decreto 81/2014: la implementación de la Directiva 2011/24/UE.	2000
PARTE IV CONEXIÓN Y ARTICULACIÓN DE LAS DIFERENTES VÍAS DE REEMBOLSO PÚBLICO ESTABLECIDAS EN LA UE	
Capítulo 5. Articulación e interrelación entre las vías de reembolso del Reglamento CE/883/2004 y las de la Directiva 2011/24/UE.	4000
Capítulo 6. Peculiaridades en el ámbito de las mutualidades.	5000
PARTE V RECLAMACIÓN FRENTE A LA DENEGACIÓN DE REEMBOLSO Y/O AUTORIZACIÓN	
Capítulo 7. Reclamación en vía judicial: jurisdicción competente y procedimiento.	6000
Capítulo 8. Alternativa a la vía judicial: solución de conflictos a través de SOLVIT.	7000
PARTE VI REEMBOLSO PRIVADO POR LAS ASEGURADORAS DE LA ASISTENCIA SANITARIA PÚBLICA	
Capítulo 9. Concurrencia de cobertura sanitaria pública y seguro de asistencia en viaje: la compañía aseguradora del turista comunitario como tercero obligado al pago.	8000

	Nº marginal
ANEXOS	9000
1. Bibliografía	9010
2. Selección de normas, decisiones y recomendaciones	9020
3. Selección de sentencias del Tribunal de Justicia	9040
4. Formularios y documentos más habituales	9060

Abreviaturas

AN	Audiencia Nacional
AP	Audiencia Provincial
art.	artículo
CCAA	Comunidades Autónomas
CDFUE	Carta de los Derechos Fundamentales de la UE (2012/C 326/02)
CE	Comunidad Europea
Ce	Corrección de errores
Const	Constitución Española
CPS	Certificado Provisional Sustitutorio
D	Decreto
Dir	Directiva
disp.adic	disposición adicional
DOUE	Diario Oficial de la Unión Europea
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSS	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
L	Ley
LEC	Ley de Enjuiciamiento Civil (L 1/2000)
LGS	Ley General de Sanidad (L 14/1986)
LGSS	Texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (RDLeg 1/1994)
LJCA	Ley de Jurisdicción Contencioso-administrativa (L 29/1998)
LOPJ	Ley Orgánica del Poder Judicial (LO 6/1985)
LRJPAC	Ley de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común (L 30/1992)
LRJS	Ley Reguladora de la Jurisdicción Social (L 36/2011)
MUFACE	Mutualidad de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
OM	Orden Ministerial
PNC	Punto Nacional de Contacto
RD	Real Decreto
RD/AST	Real Decreto sobre asistencia sanitaria transfronteriza (RD 81/2014)
Rgto	Reglamento
SNS	Sistema Nacional de Salud
TCE	Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (sustituido por TFUE)
TFUE	Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea
TJCE	Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas
TJUE	Tribunal de Justicia de la Unión Europea
TS	Tribunal Supremo
TSE	Tarjeta Sanitaria Europea
TUE	Tratado de la Unión Europea
UE	Unión Europea

Prólogo

*Cuántos senderos,
y a qué paso diferente los remontamos,
en lo que parece un único viaje.*
Alessandro Baricco, en «Mr. Gwyn»

El prólogo de cualquier publicación debería contener desde su comienzo los suficientes alicientes para que no llegase a ser, como ocurre con frecuencia, esa parte de un libro que casi nadie lee, o, para ser sincero, casi nadie leemos.

Un prólogo digno de tal nombre debería suponer una invitación lo suficientemente atractiva como para inducir a la lectura de los capítulos que le siguen, tendría que ser una sugerencia atrayente para que al lector le apeteciese desde esa primera mirada explorar los nuevos horizontes propuestos, o volver a recorrer de manera más intensa paisajes ya transitados o tal vez simplemente intuitos.

Intentando entonces encontrar esa atención del lector, debo comenzar diciendo que el libro cuya lectura propongo aquí es la consecuencia directa de los esfuerzos organizativos de la Dra. Dolores Carrascosa Bermejo que condujeron a la celebración del Congreso sobre Asistencia Sanitaria Transfronteriza. Las ponencias que le sirvieron de contenido son las que ahora se incluyen en la publicación y que de esa forma reflejan el contenido e importancia del acontecimiento.

Los libros jurídicos raramente contienen títulos muy literarios, o simplemente emparentados con el impacto directo en la retina del lector. Tal vez no deban tenerlo si no queremos perder de vista en ningún momento la clase de lector al que van dirigidos los distintos contenidos que aparecen resumidos en el índice de esta obra, esa parte que, a diferencia del prólogo, normalmente es la primera que ojeamos. En éste caso el título de la obra es el anuncio necesario de lo que en su interior podremos encontrar, y en él se mezclan aspectos prácticos evidentes, relacionados con la economía doméstica del ciudadano comunitario —reembolso— para posarse después en el campo de la asistencia sanitaria en el ámbito de la Unión Europea.

Si alguien ha continuado leyendo hasta aquí, con toda probabilidad estaría de acuerdo en afirmar conmigo que, en todo caso, la salud, la asistencia sanitaria y su calidad forman parte de uno de los aspectos más básicos y universales de la existencia y así se percibe con toda lógica por el ciudadano, especialmente en tiempos en los que la profunda crisis que atravesamos en España desde el año 2008 ha colocado a las Administraciones Sanitarias y a los profesionales que prestan esa asistencia en una difícil situación, especialmente desde la perspectiva de la eficaz administración de los limitados recursos derivados de los presupuestos ajustados y reducidos año tras año.

En todo caso, desde que España entró a formar parte de la Unión Europea el 1 de enero de 1986, la regulación de las distintas situaciones que puedan surgir en relación con esa prestación sanitaria cuando se reciba por ciudadanos europeos en otro país de la Unión, se regula por normas comunitarias aplicadas por los tribunales nacionales en cada país e interpretadas en numerosísimas sentencias del Tribunal de Justicia, de imprescindible atención para aquéllos. En este sentido y resaltando otra faceta de la importancia de esa jurisprudencia, con frecuencia no se tiene en cuenta por quienes acuden al recurso de casación para la unificación de doctrina ante la Sala de lo Social del Tribunal Supremo que, con arreglo a último párrafo del número 2 del artículo 219 de la Ley Reguladora de la Jurisdicción Social, cabe invocar como sentencia contradictoria alguna de las dictadas por el Tribunal de

Justicia de la Unión Europea, siempre y cuando, obviamente, concurren los restantes requisitos que en el propio precepto se exigen para el acceso a ese recurso de casación.

En cuanto a la obra, a lo largo de sus nueve capítulos encontrará el lector un detenido análisis de la intervención del Derecho de la Unión en materia sanitaria y las enormes diferencias que existen entre los distintos sistemas nacionales. En dichos capítulos se identifican y estudian en profundidad las vías de reembolso público contempladas por el Derecho de la Unión ante la realidad cada vez más extendida de que el ciudadano europeo acuda o necesite recibir asistencia sanitaria en un país distinto del de residencia o afiliación.

Como es sabido, desde hace más de 50 años, en virtud de los Reglamentos de coordinación de la Unión en materia de Seguridad Social, es posible recibir asistencia en el sistema sanitario de otro Estado miembro. También es factible, en virtud de la libre prestación de servicios sanitarios, acudir a la sanidad pública o privada de otro Estado miembro, adelantar el pago del tratamiento y conseguir un reembolso total o parcial de los gastos sanitarios soportados, en ocasiones sin necesidad de autorización previa. Esta segunda vía se ha recogido recientemente en el RD 81/2014 que incorpora al Derecho español la Directiva 2011/24/UE, estableciéndose mediante Resoluciones ad hoc ciertas peculiaridades respecto de los funcionarios sujetos a las distintas Mutualidades.

Tal y como se describe con gran detalle en los sesenta y cuatro puntos del preámbulo de la referida Directiva 2011/24/UE, en su articulado se asume y desarrolla más de una década de jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión de la asistencia sanitaria transfronteriza, desde la perspectiva de la libre prestación de servicios sanitarios iniciada con los famosos asuntos Kohll y Decker. Jurisprudencia que sigue teniendo virtualidad y continúa evolucionando, como puede verse en sentencias relevantes, como la de 15 de junio de 2010, de la Comisión contra el Reino de España o la muy reciente dictada el 9 de octubre de 2014 en el asunto Petrus, hasta el punto de que en sí misma podría calificarse como configuradora de una verdadera vía de reembolso de gastos sanitarios.

La utilidad de la obra para el jurista resulta evidente porque se analizan en ella cada una de las distintas vías de reembolso en profundidad, tanto en relación con la cuantía esperable, como en lo que se refiere a los requisitos exigibles y los procedimientos a seguir ante las administraciones involucradas. Específicamente se aborda la interacción y articulación de todas ellas, identificando la más beneficiosa para el paciente, así como su relación con la establecida por la propia normativa nacional.

Aunque no se le dedica un capítulo específico, en esta monografía también se hacen referencias específicas al reembolso de los gastos sanitarios en los casos de asistencia sanitaria prestada en supuestos de riesgo vital del beneficiario español que se desplaza al extranjero y sufre allí un episodio calificable como tal. Son situaciones resueltas por la jurisprudencia de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo interpretando el artículo 9 de la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y el artículo 4.3 del Real Decreto 1030/2006, y tal vez por ello más conocidos aquí que los abordados por la jurisprudencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea, pero que, junto con ésta jurisprudencia, los Reglamentos Comunitarios y la Directiva 2011/24/UE, viene a suponer la existencia de una cuarta vía de reembolso de gastos sanitarios de importancia indudable, desde el momento en que con arreglo a esa doctrina de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo, en los casos de riesgo vital que exijan atención inmediata es indiferente que la asistencia urgente se haya prestado en España o en el extranjero, porque esa atención está garantizada en esos específicos supuestos a los afiliados a la Seguridad Social cualquiera que sea el lugar en que se encuentren.

Se abordan también con claridad los mecanismos de reclamación extrajudicial (SOLVIT) y judicial ante la denegación del reembolso y/o la autorización para que se reciba fuera del país de afiliación y por otro Estado de la Unión la asistencia sanitaria. Por último, se hace referencia a la posible confluencia de un seguro privado con alguna de las vías de reembolso público ya estudiadas, analizándose las posibilidades de reintegro que en este caso cabrían.

En suma, estoy convencido de la absoluta oportunidad y utilidad de la obra en este preciso momento en el que la trasposición de la Directiva 2011/24/UE acaba de producirse hace pocos meses por medio del RD 81/2014. Abordar la complejidad de las distintas situaciones que la práctica ofrecerá y analizar las posibles vías de reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza, seguro que con este libro será a partir de ahora una tarea más sencilla para el jurista.

Jesús Gullón Rodríguez
Presidente de la Sala de lo Social del Tribunal Supremo

PARTE I

Derecho a la salud y
sistemas nacionales

Capítulo I. Derecho a la Salud en el ordenamiento jurídico de la Unión Europea. Aproximación a los sistemas sanitarios de los Estados miembros.....	150
--	-----

Capítulo 1. Derecho a la Salud en el ordenamiento jurídico de la Unión Europea. Aproximación a los sistemas sanitarios de los Estados miembros

Andrés Trillo García¹

1.	El Derecho a la Salud en el ordenamiento jurídico de la Unión Europea.....	155	150
2.	Modelos de asistencia sanitaria en la Unión Europea	180	
a.	Catálogo de prestaciones	185	
b.	Modelo de gestión	190	
c.	Fórmulas de copago	195	
d.	Sistema de financiación	210	
3.	Sistemas sanitarios más característicos: Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia.....	215	
a.	Alemania.....	220	
b.	Francia.....	240	
c.	Reino Unido	260	
d.	Suecia.....	265	
4.	Principios básicos de la asistencia sanitaria en Estados miembros de la Unión Europea	270	

1. El Derecho a la Salud en el ordenamiento jurídico de la Unión Europea²

El derecho de la UE proclama la protección de los derechos fundamentales y en particular del derecho a la salud a través de tres **mecanismos**: **155**

1. Al establecer su preservación como **objetivo y fundamento** de la Unión en el Tratado de la Unión Europea (TUE) (nº 157).

2. Al configurarlo como una **política de la Unión Europea** en el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) (nº 160 s.)

3. Al configurarlo como **derecho fundamental** (nº 170).

Partiendo de la idea de la asistencia sanitaria como **prestación de Seguridad Social**, hay que señalar que el Tratado FUE también prevé, en relación a los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia –con el objetivo de preservar su libre circulación–, la **coordinación de las legislaciones** de Seguridad Social de los distintos Estados miembros (TFUE art.48). El derecho a asistencia sanitaria en el marco de los **Reglamentos de coordinación** y el eventual reembolso de gastos sanitarios en su marco es el objeto del Capítulo II de esta monografía (nº 700 s.).

La Unión Europea «ofrecerá a sus ciudadanos un **espacio de libertad, seguridad y justicia** sin fronteras interiores, en el que esté garantizada la libre circulación de personas» (TUE art.3.2), y añade que «la Unión reconoce los derechos, libertades y principios enunciados en la **157**

¹ Letrado Jefe del Servicio Jurídico Delegado Central en el INSS. Ministerio de Empleo y Seguridad Social.

² Véase sobre esta materia Trillo García, A.R. y Llorente Álvarez, A. «La regulación Internacional de la protección a la Salud» /en/ VV.AA. Monereo Pérez, J.L.; Molina Navarrete, C. y Moreno Vida, M.N. (Dirección) *Comentario Práctico a la Legislación Reguladora de la Sanidad en España*. Comares, Granada 2007.

Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre de 2000, tal como fue adaptada el 12 de diciembre de 2007 en Estrasburgo, la cual tendrá el mismo valor jurídico que los Tratados» (TUE art.6). De manera que los **derechos fundamentales** que garantiza el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH) y los que son fruto de las tradiciones constitucionales comunes a los Estados miembros, forman parte del Derecho de la Unión como principios generales. En este sentido se establece un importante **mecanismo de garantía** al disponer la posibilidad de suspender a un Estado de los derechos dimanantes de su pertenencia a la Unión Europea por la violación grave y persistente de los valores de respeto de la dignidad humana, libertad, democracia, igualdad (TUE art.7).

- 160** El segundo de los mecanismos se articula dentro del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea a través de la inserción de derechos en dicho Tratado. Así se establece el derecho de los trabajadores a la mejora de las **condiciones de vida en el trabajo** (TFUE art.151), se garantiza un alto nivel de protección de la **salud humana** (TFUE art.152), mientras que se garantiza el derecho a un **medio ambiente sano** (TFUE art.191).

El **más importante** de todos los preceptos es el que regula el **derecho a la salud** en los siguientes términos transversales (TFUE art.168; de todos los preceptos es quizás el que más importa):

«1. Al definirse y ejecutarse **todas las políticas y acciones de la Unión** se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana.

La acción de la Unión, que **complementará** las políticas nacionales, se encaminará a mejorar la salud pública, prevenir las enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud física y psíquica. Dicha acción abarcará la lucha contra las enfermedades más graves y ampliamente difundidas, apoyando la investigación de su etiología, de su transmisión y de su prevención, así como la información y la educación sanitarias, y la vigilancia de las amenazas transfronterizas graves para la salud, la alerta en caso de tales amenazas y la lucha contra ellas.

La Unión complementará la acción de los Estados miembros dirigida a reducir los daños a la salud producidos por las drogas, incluidas la información y la prevención.

2. La Unión fomentará la **cooperación** entre los Estados miembros en los ámbitos contemplados en el presente artículo y, en caso necesario, prestará apoyo a su acción. Fomentará, en particular, la cooperación entre los Estados miembros, destinada a mejorar la complementariedad de sus servicios de salud en las regiones fronterizas.

Los Estados miembros, en colaboración con la Comisión, **coordinarán entre sí sus políticas** y programas respectivos en los ámbitos a que se refiere el apartado 1. La Comisión, en estrecho contacto con los Estados miembros, podrá adoptar cualquier iniciativa útil para fomentar dicha coordinación, en particular iniciativas tendentes a establecer orientaciones e indicadores, organizar el intercambio de mejores prácticas y preparar los elementos necesarios para el control y la evaluación periódicos. Se informará cumplidamente al Parlamento Europeo.

3. La Unión y los Estados miembros favorecerán la **cooperación con terceros países** y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública.

4. No obstante lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 2 y en la letra a) del artículo 6, y de conformidad con la letra k) del apartado 2 del artículo 4, el Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, contribuirán a la consecución de los objetivos del presente artículo adoptando, para hacer frente a los **problemas comunes de seguridad**:

- a) Medidas que establezcan altos niveles de calidad y seguridad de los órganos y sustancias de origen humano, así como de la sangre y derivados de la sangre; estas medidas no impedirán a ningún Estado miembro mantener o introducir medidas de protección más estrictas;
- b) medidas en los ámbitos veterinario y fitosanitario que tengan como objetivo directo la protección de la salud pública;
- c) medidas que establezcan normas elevadas de calidad y seguridad de los medicamentos y productos sanitarios.

5. El Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario y previa consulta al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones, podrán adoptar también **medidas de fomento** destinadas a proteger y mejorar la salud humana y, en particular, a luchar contra las pandemias transfronterizas, medidas relativas a la vigilancia de las amenazas graves para la salud de dimensión transfronteriza, a la alerta en caso de tales amenazas y a la lucha contra las mismas, así como medidas que tengan directamente como objetivo la protección de la salud pública en lo que se refiere al tabaco y al consumo excesivo de alcohol, con exclusión de toda armonización de las disposiciones legales y reglamentarias de los Estados miembros.

6. El Consejo, a propuesta de la Comisión, podrá también adoptar **recomendaciones** para los fines establecidos en el presente artículo.

7. La acción de la Unión en el ámbito de la salud pública respetará las **responsabilidades de los Estados miembros** por lo que respecta a la definición de su política de salud, así como a la organización y prestación de servicios sanitarios y atención médica. Las responsabilidades de los Estados miembros incluyen la gestión de los servicios de salud y de atención médica, así como la asignación de los recursos que se destinan a dichos servicios. Las medidas contempladas en la letra a) del apartado 4 se entenderán sin perjuicio de las disposiciones nacionales en materia de donaciones o uso médico de órganos y sangre».

Respecto de este artículo hay que señalar que el Tratado considera la política en materia de salud una materia de **competencia compartida** entre la Unión Europea y los Estados (TFUE art.4). Así la actuación de la Unión Europea se desenvuelve en dos **niveles**:

En primer lugar, **complementa** las políticas de los Estados.

En segundo lugar, fomenta la **cooperación** de los Estados miembros ordenando la coordinación de políticas y programas y la colaboración con la Comisión³.

De esta manera por un lado se refuerza la acción de la Unión Europea al concebirse la salud como una **política horizontal** con influencia en el resto de las políticas comunitarias como objetivo de la Unión⁴, y por otro lado se reconoce a la Unión Europea una actuación complementaria a la realizada por los Estados miembros, que se concreta en el marco de **la coordinación y el fomento** sin que ello alcance la armonización de las políticas sanitarias estatales.

En suma, y de acuerdo con lo señalado, el derecho a la salud en la Unión Europea se conforma de acuerdo con las siguientes **notas**⁵:

– Se concibe el derecho a la salud como un **derecho omnicompreensivo** respecto del cual la UE se reserva funciones complementarias y de impulso de las políticas nacionales y sobre las que actúa a través de políticas transversales.

– Se contempla el derecho a la asistencia sanitaria como un concepto más restringido, limitado a la provisión por parte de los Estados miembros de los **servicios socio-sanitarios** dirigidos a la prevención y a la restauración de la salud.

– La Unión Europea complementa y coordina los **sistemas nacionales** a fin de garantizar a los trabajadores y beneficiarios de la Seguridad Social la indemnidad en el ejercicio del derecho a la libre circulación en el ámbito de la Unión Europea.

– Corresponde a **cada Estado** prestar la asistencia sanitaria conforme a su legislación y práctica.

– Se establece una íntima **conexión** entre los sistemas de Seguridad Social y el derecho a la asistencia sanitaria.

El tercer nivel normativo, se encuentra en la Carta de Derechos Fundamentales en la Unión Europea aprobada junto al mismo Tratado de Lisboa y que entró también en vigor el 1-12-2009 (CDFUE art.3, 31.1, 34.1 y 35).

³ El TFUE art.6 establece que la Unión Europea dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar las acciones de los Estados miembros en su finalidad europea en materia de protección y mejora de la dignidad humana.

⁴ Martínez y Hernández, E.; Francisco García Perelles, L. y Barón Crespo, L. *Tratado del Derecho a la Protección de la Salud*. Universidad Complutense. Madrid. 2004, pág. 242.

⁵ Cavas Martínez, F. y Sánchez Trigueros, C. «La protección de la Salud en la Constitución Europea. Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Núm 57/2005.

El **derecho a la Integridad de persona** se regula en los siguientes términos (CDFUE art.3):

- «1. Toda persona tiene derecho a la Integridad física y psíquica.
 2. En el marco de la medicina y de la biología se respetarán en particular:
 – El consentimiento libre e informado de la persona de que se trate, de acuerdo con las modalidades establecidas en la Ley.
 – La prohibición de las prácticas eugenésicas, y en particular las que tiene por finalidad la selección de las personas.
 – la prohibición de que el cuerpo humano o partes del mismo en cuanto tales se conviertan en objeto de lucro.
 La prohibición de la clonación reproductiva de seres humanos»

La Carta establece una serie de **aclaraciones** respecto de tal derecho; así refieren que los **principios** que contiene el citado artículo 3 figuran ya en el Convenio relativo a los derechos humanos y la biomédica, adoptado en el marco del Consejo de Europa (STE 164 y Protocolo Adicional STE 168). La Carta no pretende apartarse de dichos principios, de modo que sólo veta la **clonación reproductiva** sin prohibir o autorizar otras formas de clonación. Por otro lado, la Carta señala que las referencias a las prácticas eugenésicas, en particular a las destinadas a la selección de las personas, se refiere a aquellos casos en que hubieran organizado y aplicado programas de selección, que incluyesen, por ejemplo, campañas de esterilización, embarazos forzados, matrimonios obligatorios según criterios étnicos, etc., actos todos ellos que se consideran **crímenes internacionales** con arreglo al estatuto de la Carta Penal Internacional adoptada en Roma el 17-7-1998.

- 175** Por su parte, el derecho a la salud en el **ámbito laboral** se regula en la CDFUE art.31.1, donde se establece que: «*Todo trabajador tiene derecho a trabajar en condiciones que respeten su salud, su seguridad y su dignidad*». Al respecto, las explicaciones de la Carta señalan que este art.31 se basa en la Dir 89/391/CEE, relativa a la aplicación de medidas para promover la mejora de la seguridad y de la salud de los trabajadores en el trabajo. Inspirándose igualmente en la Carta Social Europea del Consejo de Europa art.3 y en la Carta comunitaria de los derechos sociales fundamentales de los trabajadores de 1989 en su punto 19, así como, en lo que se refiere al derecho a la dignidad en el trabajo, en la Carta Social Europea del Consejo de Europa art.26.

La Carta de Derechos Fundamentales UE art.34.1 inserta la protección de la salud, y en concreto la **asistencia sanitaria**, en el marco de la Seguridad social y ayuda social y así establece:

- «1. La Unión reconoce y respeta el derecho de acceso a las prestaciones de seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos como la maternidad, la enfermedad, los accidentes laborales, la dependencia o la vejez, así como en caso de pérdida de empleo, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y las legislaciones y prácticas nacionales.
 2. Toda persona que resida y se desplace legalmente dentro de la Unión tiene derecho a las prestaciones de seguridad social y a las ventajas sociales de conformidad con el Derecho de la Unión y con las legislaciones y prácticas nacionales.
 3. Con el fin de combatir la exclusión social y la pobreza, la Unión reconoce y respeta el derecho a una ayuda social y a una ayuda de vivienda para garantizar una existencia digna a todos aquellos que no dispongan de recursos suficientes, según las modalidades establecidas por el Derecho de la Unión y por las legislaciones y prácticas nacionales.»

Además reconoce el **derecho a la salud** en los siguientes términos: «*Toda persona tiene derecho a acceder a la prevención sanitaria y a beneficiarse de la atención sanitaria en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas nacionales. Al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un nivel elevado de protección de la salud humana.*» (CDFUE art.35). El tenor de esta norma es idéntico al propio TFUE art.168. Norma que, a su vez, fundamenta jurídicamente, junto con otras disposiciones, la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza (Dir 2011/24/UE Punto 1º de su Exposición de motivos).

2. Modelos de asistencia sanitaria en la Unión Europea

180

En la UE existen diferentes modelos nacionales de asistencia sanitaria. Como se ha señalado, corresponde a los **Estados miembros** la gestión de la asistencia sanitaria de acuerdo con lo dispuesto en su propia legislación y con arreglo a sus capacidades técnicas y financieras, e incluso a su tradición jurídica; correspondiendo a la **Unión Europea** actuar en el doble plano de complementariedad de la actuación de los Estados y de coordinación de sus acciones. De este modo **no** se puede hablar de un **modelo europeo de asistencia sanitaria**, lo que sin duda provoca dificultades objetivas en la coordinación de los sistemas al objeto de garantizar la libre circulación de trabajadores y de ciudadanos en el ámbito de la UE, aún cuando sí podemos afirmar que la asistencia sanitaria se ha contemplado tradicionalmente como una prestación del sistema de Seguridad Social.

Que la asistencia sanitaria se haya enmarcado en el **ámbito de la Seguridad Social** determina diferencias sustanciales en la concepción de los sistemas en el ámbito de la protección, financiación y gestión, pues no se encuentran sistemas que responden a la configuración **Bismarckiana** de la Seguridad Social, mientras que otros se acomodan al modelo **Beveridge**, con independencia de la diferente evolución operada desde estas bases por los diferentes Estados.

En los marginales siguientes se analizan algunos **factores diferenciadores**:

- a) Catálogo de prestaciones o cartera de servicios (nº 185).
- b) Modelo de gestión (nº 190).
- c) Formulas de copago (nº 195).
- d) Sistema de financiación (nº 210).

Un **análisis más pormenorizado** de los modelos sanitarios presentes en Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia en nº 215 s.

Se realiza también una breve aproximación a los principios caracterizadores de los distintos sistemas de los Estados miembros ver nº 270.

a. Catálogo de prestaciones

185

Cada Estado miembro mantiene un **catálogo de prestaciones**^{6 7}:

1. En algunos Estados miembros existe un catálogo de prestaciones **positivo**, determinando concretamente cuáles son las atenciones sanitarias que se prestan por el sistema sanitario (España, Francia, Italia, Bélgica, Luxemburgo y Países Bajos);
2. en En otros Estados la cartera de servicios se define **de forma negativa** determinándose cuáles son las atenciones sanitarias que no se prestan por el sistema (Reino Unido, Alemania), y
3. En otros Estados en los que no existe una definición gubernamental de la cartera de servicios (Suecia, Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Portugal, Austria, Grecia).

⁶ En España la cartera de Servicios del Sistema Público de Salud se regula por el RD 1030/2006 =redacc RD 682/2014 y OM SSI/1329/2014.

⁷ Sobre las características de la asistencia sanitaria de los distintos sistemas de la Seguridad Social europeos, véase Pieters, D. *Los sistemas de Seguridad Social de los Estados miembros de la Unión Europea*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Tesorería General de la Seguridad Social. Madrid. 2004. p. 361. Ver también Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid. 2014. <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadísticas/sisInfSanSNS/tablasEstadísticas/home.htm>.

Finalmente también hay que tener en cuenta la información que se facilita en la red MISSOC de la Comisión de la UE (siglas en inglés de Sistema de Información Mutua sobre Protección Social, ofrece acceso a información detallada, comparable y periódicamente actualizada en inglés, francés y alemán sobre los sistemas nacionales de protección social) <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=815=es>.

b. Modelo de gestión

- 190** También es determinante el modelo de gestión:
- 1.** Hay Estados que gestionan **directamente** la asistencia sanitaria (Reino Unido, España, Noruega, Irlanda, Portugal o Suecia); dentro de estos sistemas se distinguen:
 - aquellos cuya gestión está territorialmente **descentralizada** en regiones CCAA (como España) o en las corporaciones locales;
 - aquellos en los que la gestión está territorialmente **centralizada** (Reino Unido).
 - 2.** También existen Estados que han preferido gestionar la asistencia sanitaria de manera **indirecta**:
 - utilizando las **técnicas de concierto** en virtud del cual el ente gestor contrata o acuerda con terceros (públicos o privados), la provisión de los servicios sanitarios a cambio de una tarifa predeterminada satisfecha directamente por la entidad gestora a proveedor (Alemania o Países Bajos), o
 - a través de la **técnica del reembolso** por la que el beneficiario satisface el coste de la prestación servida, ya sea real o tarifado, solicitando posteriormente el reintegro al ente gestor (Bélgica o Luxemburgo).
- Los **modelos** de gestión también pueden variar en función del **tipo de asistencia sanitaria** al que se haga referencia:
1. Así es predominante la **prestación de la atención primaria** por proveedores de salud públicos en España, Finlandia, Italia, Portugal, Suecia y Grecia, mientras que es predominante la provisión privada en Dinamarca, Irlanda, Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo y Países Bajos.
 2. En relación con la provisión de **servicios hospitalarios** es predominantemente pública en Dinamarca 97%, España 75%, Finlandia 89%, Italia 86%, Reino Unido 96%, Suecia 98%, Austria 72%, Francia 66%, Grecia 69%, Luxemburgo 68%, Alemania 54%; mientras que dicha atención es predominantemente prestada por operadores privados en Bélgica 66% o Países Bajos 100%⁸.

c. Fórmulas de copago

- 195** Casi todos los Estados establecen fórmulas de copago sanitario o de **participación del beneficiario** mediante una contribución financiera en el coste del servicio sanitario cuando hacen uso de la asistencia sanitaria, si bien la cuantía y formulación del copago difieren notablemente de un Estado a otro.
- 197** **Diferentes modelos de copago según la asistencia sanitaria afectada** En algunos Estados como Dinamarca, Reino Unido o España el copago únicamente alcanza a los productos **farmacéuticos**. Este tipo de copago está presente en todos los Estados miembros de la denominada Europa a 15 (nº 204); En otros Estados afecta a esa y **otras** muchas **prestaciones sanitarias**: En **Italia** alcanza a la atención especializada ambulatoria, a la medicina de urgencia y a los fármacos con receta. En **Portugal** además de a esos supuestos también la de atención primaria. En **Grecia** se extiende a la atención especializada ambulatoria, el ingreso hospitalario, las urgencias y los productos farmacéuticos con receta. En realidad sólo está libre de copago la atención primaria. En **Luxemburgo** se extiende a la atención ambulatoria, la atención especializada ambulatoria, la atención hospitalaria y los fármacos con receta. De manera que sólo está libre de copago la atención en urgencias; Finalmente **otros Estados** como Finlandia, Irlanda, Suecia, Austria, Bélgica, Francia o Países Bajos tienen copago en atención primaria, atención especializada ambulatoria, por ingreso hospitalario y por la expedición de fármacos con receta⁹.

⁸ Información extraída de Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características...* op. cit.

⁹ Información extraída de Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de...* op. cit.

Diferentes técnicas de copago 199

Las formulaciones de copago son variadas y, así se pueden distinguir varias técnicas como:

1. El **coseguro**: en este caso se comparte el pago porcentualmente entre el ente gestor y el asegurado.
2. El **copago**: en este modelo existe una cantidad fija abonada por el asegurado por el consumo de la atención médica; por ejemplo una cantidad fija por cada día de hospitalización etc.
3. La **existencia de costes o periodos deducibles**: mediante esta fórmula se establecen umbrales de tiempo –un año, un trimestre o un mes– o de cantidad a tanto alzado, o umbral de suma global por debajo de los cuales el asegurado debe pagar de su propio bolsillo las atenciones sanitarias.
4. La denominada **extrafacturación**: referida a la diferencia entre el precio de referencia y el precio real, de manera que el reembolso opera sobre un coste de referencia mientras que el proveedor es libre de fijar un precio más alto

Monto del copago 202

En cuanto a las cuantías los copagos son variados¹⁰; así en algunos casos se satisface una **cuantía fija** por atención (Alemania, Austria, Finlandia, Noruega, Portugal o Suecia que oscila entre los 5 euros por atención primaria en Portugal y los 23,5 € en Noruega) con variaciones según el tipo de paciente; y en otros Estados se establece una **tarifa adicional** para las visitas a domicilio (como Luxemburgo y Bélgica). La cuantía del copago también varía si es hospitalario o farmacéutico

El copago en atención hospitalaria 204

suele variar en función de la patología y el tratamiento, existiendo:

- Estados que establecen tarifas fijas por atención.
- Estados que establecen un porcentaje (como Noruega del 20%).
- Estados que establecen una tarifa fija y otra porcentual (como Francia).

Respecto al copago **farmacéutico** presente en todos los Estados de la Europa a 15¹¹ mantienen un sistema de copago farmacéutico adoptándose diferentes técnicas¹², así:

1. Copago fijo por receta: se utiliza en Austria, Irlanda, Italia y Reino Unido (por ejemplo, en Austria se abonan 3,15 € por receta y en Inglaterra 9,12 libras esterlinas).

2. Tasa de coseguro idéntica para todos los medicamentos. Se utiliza, por ejemplo, en Alemania donde se abona el 10%, con un mínimo de 5 € y un máximo de 10 por artículo recetado. El coseguro varía según el valor terapéutico del medicamento con tasas más bajas para las enfermedades graves y más altas para las enfermedades menores (Bélgica, Grecia y Portugal). En algunos Estados se combinan **distintas variables** en el Coseguro. Así sucede sí en **España** donde se combina tanto el valor terapéutico del medicamento como el nivel de renta del asegurado. Por su parte, en Bélgica se tiene en cuenta, para determinar el coseguro, el valor terapéutico del medicamento, su precio y el estado del asegurado.

Asimismo hay Estados como Francia donde se combina el **copago con el coseguro** en Francia donde se establece un copago fijo de 0,5 € y una tasa variable de coseguro del 0%, 35%, 70%, 85%. Mientras que en Finlandia se establece un copago de 3 € por receta una tasa de coseguro que oscila entre el 0%, el 28% y el 58%).

Finalmente, en otros Estados como Dinamarca o Suecia el asegurado **abona el coste total** del medicamento hasta llegar a un umbral deducible a partir del cual se establece una tasa decreciente de coseguro hasta llegar a un segundo umbral en el que los costes se cubren en su totalidad. Así (en Suecia se establece un umbral deducible de 900 coronas

¹⁰ Mas, N.; Cirera, L. y Viñolas, G. *Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: Implicaciones para el caso español*. IESE Business School– Universidad de Navarra. Documento de investigación DI 939. http://www.compromisorse.com/upload/estudios/000/187/Informe%20copago%20actualizado_tcm4-77853.pdf

¹¹ La Europa a 15 (previa a la ampliación de 1-5-2004) se componía de los siguientes 15 Estados miembros: Italia, Francia, Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Alemania, Dinamarca, Irlanda, Finlandia, España, Reino Unido, Grecia, Portugal, Austria y Suecia.

¹² Información extraída de Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de...* op. cit.

suecas, a partir del cual existe un coseguro que disminuye gradualmente del 50%, 25% y 10% con un gasto máximo limitado de 1.800 coronas.

PRECISIONES No obstante, también en casi todos los Estados se han establecido exenciones totales o parciales a favor de **colectivos vulnerables** tales como enfermos crónicos y graves, discapacitados, ancianos, población con bajos ingresos, niños, mujeres embarazadas y otros grupos como asilados, veteranos de guerra, víctimas de accidentes de trabajo, presos, etc.

d. Sistemas de financiación

- 210** Se pueden agrupar los sistemas europeos de asistencia sanitaria en grupos en los que aparecen una serie de características comunes, cuyo elemento definitorio es la fuente de financiación, elemento relevante para determinar la forma de provisión de las **prestaciones o servicios** comprendidos por el sistema y que vendrían determinados fundamentalmente en virtud de la fuente principal de financiación. De este modo se distinguen aquellos Estados cuya asistencia sanitaria se financia por vía impositiva, de aquellos otros que se financian por cotizaciones derivados de la relación jurídica de aseguramiento social¹³:

1. **Sistemas con Financiación pública de origen impositivo:** entre estos Estados, cuya Asistencia Sanitaria pública se financia por este canal se encuentran Chipre, Dinamarca, España, Estonia, Finlandia, Irlanda, Italia, Letonia, Noruega, Portugal y Reino Unido. En estos Estados los **Presupuestos Generales** suelen determinar el gasto sanitario para el ejercicio; sus servicios y prestaciones suelen ser gestionados directamente por las Administraciones Públicas, si bien el ejercicio de la competencia puede estar atribuido a distintos niveles de actuación de manera que el Estado se reserva la capacidad normativa y la determinación del gasto anual en la satisfacción de las prestaciones sanitarias, mientras que estas son servidas por las administraciones regionales o locales.

En estos sistemas la libre elección de médico suele estar más limitada, cobrando especial relevancia la planificación pública de la prestación de servicios.

2. **Sistemas financiados mediante cotizaciones sociales:** entre estos Estados se encuentran Alemania, Austria, Bélgica, Eslovenia, Francia, Hungría, Lituania, Luxemburgo, Malta y Países Bajos. Son Estados que suelen estar organizados sobre la existencia de un **seguro social** de tipo profesional con uno o varios aseguradores cuyas cotizaciones son aportadas por empresarios, trabajadores y eventualmente complementadas con aportaciones del Estado.

La prestación de los servicios no suelen ser realizadas por las cajas o entidades aseguradoras de la contingencia, sino que estas generalmente contratan con terceros proveedores la prestación, ya sea a cambio de un precio baremado unificado y predeterminado por prestación o asistencia libre conforme al coste real de la prestación, precios que son satisfechos directamente por la institución competente al proveedor autorizado o, en otros casos, es el beneficiario el que anticipa el coste de la prestación de la que posteriormente solicita el reembolso a la institución competente de la asistencia.

A diferencia de los sistemas financiados por vía impositiva, en estos sistemas el beneficiario tiene generalmente una amplia **facultad de elección** de médico o de centro sanitario.

3. Sistemas sanitarios más característicos: Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia

- 215** A continuación se exponen con mayor extensión las características de los sistemas de asistencia sanitaria de Alemania (nº 220), Francia (nº 240), Reino Unido (nº 260) y Suecia (nº 265); los dos primeros como prototípicos de los sistemas continentales de **origen bismarckiano**, de aseguramiento social financiados por cotizaciones sociales, mientras que

¹³ Véase sobre esta materia Trillo García, A.R. y Llorente Álvarez, A. «La regulación Internacional de la protección a la Salud» /en/ VV.AA. Monereo Pérez, J.L.; Molina Navarrete, C. y Moreno Vida, M.N. (Dirección) *Comentario Práctico...* op. cit.

los segundos constituirían el prototipo de **sistema nacional de salud**, universal y con financiación impositiva (ver nº 210).

a. Alemania¹⁴

La asistencia sanitaria de la Seguridad Social en Alemania se estructura a través de un seguro obligatorio de salud gestionado por una multitud de cajas, tanto públicas como privadas con una oferta plural de servicios prestado por entidades públicas y privadas. **220**

No obstante las competencias en materia normativa y de planificación se distribuyen entre un nivel central (Asamblea Federal y Ministerio de Salud y Seguridad Social) y los 16 **Länder** que también ostentan responsabilidad en la planificación de algunos servicios, en la inversión en infraestructuras sanitarias, así como las organizaciones responsables de los seguros y de profesionales sanitarios.

El **ámbito subjetivo** del seguro obligatorio alcanza al 88% de la población de manera que ciertos colectivos, de autónomos o personas con altos salarios tiene la opción de suscribir el seguro voluntariamente, si bien desde 1995 el seguro por cuidados de larga duración es obligatorio para toda la población.

Financiación La **fuerza principal** es la cotización si bien hay un copago de 10 € por paciente y día por la atención hospitalaria y un coseguro del 10% del precio de los medicamentos con un mínimo de 5 € y un máximo de 10 € con el límite del 25% de los ingresos brutos anuales y el 15% en el caso de medicamentos para enfermedades crónicas. **225**

Provisión de servicios sanitarios Se realiza de la siguiente forma: **230**

- La atención primaria se provee fundamentalmente por médicos de familia que reciben un pago por servicio (sistema de concierto).
- Los especialistas ambulatorios trabajan en forma privada y reciben un pago por servicio (sistema de concierto).
- La atención hospitalaria se provee por instituciones públicas (54%), privadas sin ánimo de lucro (38%) o privadas con ánimo de lucro (8%).

Prestaciones sanitarias Las que se la normativa alemana recoge son las siguientes: **235**

- Prevención de la enfermedad, promoción de la salud en el lugar de trabajo.
- Tratamiento de la enfermedad (atención de profesionales de la salud complementarios, prótesis y dispositivos médicos, ingreso hospitalario, atención domiciliar de enfermería, atención rehabilitadora seleccionada, socioterapia).
- Atención de urgencia, emergencia y transporte sanitario en ciertos casos.

En cuanto a la capacidad de decisión del asegurado respecto del **proveedor sanitario**:

- El beneficiario tiene libre elección en: atención primaria, psicoterapeuta, odontología y servicio de urgencias.
- Existe un filtro en la elección de especialista que es derivado por la atención primaria.

b. Francia¹⁵

El sistema sanitario se estructura dentro de la Seguridad Social gestionados por **cajas** de Seguridad Social. **240**

Las competencias normativas corresponden al Estado correspondiendo al Parlamento definir los Presupuestos y el **techo de gasto** en salud, de manera que es el sistema Nacional de la Seguridad Social el que concierne los servicios y a un nivel inferior las regiones y municipios.

En el sistema asegurativo se distinguen tres regímenes básicos:

- El general;
- El agrícola y el de autónomos agrícolas, y

¹⁴ Información extraída de Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de...* op. cit.

¹⁵ Información extraída de Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de...* op. cit.

3. Otra serie de regímenes obligatorios de pequeña entidad.

245 Financiación Procede fundamentalmente de **cotizaciones sociales** complementadas por financiación impositiva y contribuciones complementarias.

Así el 60% de la financiación procede de:

- cotizaciones sociales sobre los **salarios** de los empleados y los **ingresos** de los trabajadores por cuenta propia;
- los **impuestos y tasas** sobre el capital, productos de inversión, tabaco, alcohol, juego, etc., y
- las **transferencias** de organismos como el Fondo de Solidaridad de Vejez o el Fondo Nacional de Solidaridad para la Autonomía y otros productos,
- asimismo la **industria farmacéutica** contribuye con un impuesto del 1% sobre sus beneficios y tasas por publicidad.

Los asegurados **pagan directamente** por servicios y recetas, y después recuperan parte de lo abonado de la caja aseguradora, excepto los asegurados con enfermedades crónicas o con bajos recursos (**sistema** de reembolso), siendo generalmente los **médicos de atención primaria y los especialistas** extrahospitalarios, médicos privados.

El **reembolso** alcanza:

Servicios	Porcentaje
Ingresos hospitalarios	80%
Visitas al médico	70%
Salud dental	70%
Servicios auxiliares	60%
Laboratorios	60%

250 A diferencia de la atención primaria y especializada, los **hospitales** pueden ser:

- públicos,
- privados sin ánimo de lucro y
- privados con ánimo de lucro.

Los públicos constituyen una cuarta parte de los hospitales pero en cambio gestionan dos tercios de las camas; los **médicos hospitalarios** cobran por salario y están sometidos al ámbito organizativo del hospital (en este caso no existe libre elección de facultativo pero sí de hospital).

Además los **asegurados** abonan 1 € por visita médica, que se resta del reembolso hasta un máximo de 4 € al día o 50 al año, por prueba de laboratorio o de radiología con un tope anual, existiendo en los hospitales una tasa fija de 18 € por catering y en la farmacia se paga una tasa de 0,5 euros por receta con un tope anual de 50 €.

La tasa de **reembolso** en farmacia varía entre un 65% y un 15% en función de la gravedad de la enfermedad y del beneficio terapéutico del tratamiento; existen además **listas de medicamentos** no cubiertos y otros que se cubren al 10%.

La cobertura es completa en **30 procesos de larga duración**: en algunos tratamientos hospitalarios cuando concurren ciertas circunstancias (como accidente de trabajo, embarazo de más de 5 meses, niños discapacitados y pensionistas), así como algunas exenciones parciales por razones económicas.

255 Prestaciones Están definidas en una **lista positiva** y comprendiendo los actos profesionales como diagnósticos biopatológicos, especialidades farmacéuticas reembolsables, dispositivos y materiales.

En cambio se **excluyen** del seguro obligatorio:

- la cirugía cosmética,
- la mayor parte de los tratamientos termales, y
- otras prestaciones sin base en evidencias.

Igualmente existen ciertas **limitaciones** para la utilización de algunos procedimientos como la densimetría de cribado o la mamografía de cribado fuera de los periodos estipu-