

**ELS DRETS DELS PACIENTS A L'ASSISTÈNCIA  
SANITÀRIA TRANSFRONTERERA**

AÏDA GUZMAN BRAVO

Tutora: FRANCINA ESTEVE

GARCIA

UNIVERSITAT DE GIRONA

FACULTAT DE DRET

GRAU EN DRET

CURS 2014/2015

PRIMERA CONVOCATÒRIA

## ÍNDIX

Abreviatures .....	3
Presentació.....	4

### **CAPÍTOL I. ELS MODELS SANITARIS A EUROPA**

1. Introducció.....	6
2. Sistemes de Seguretat Social: Model Bismark.....	7
3. Sistemes Nacionals de Salut: Model Beveridge.....	10
4. El sistema sanitari espanyol.....	13
5. Sistema competencial europeu en referència a la salut.....	19

### **CAPÍTOL II. LA LLIURE PRESTACIÓ DE SERVEIS SANITARIS A EUROPA**

1. Introducció.....	25
2. La Directiva 2003/123, de serveis.....	28
3. Prestació de serveis extrahospitalaris.....	32
4. Prestació de serveis hospitalaris.....	37

### **CAPÍTOL III. ANÀLISI DE LA TRANSPOSICIÓ A ESPANYA DE LA DIRECTIVA 2011/24/UE RELATIVA ALS DRETS DELS PACIENTS A L'ASSISTÈNCIA SANITARIA TRANSFRONTERERA A TRAVÉS DEL REIAL DECRET 81/2014**

1. Introducció i nocions bàsiques.....	46
2. Àmbit d'aplicació.....	48
2.1. Àmbit objectiu d'aplicació.....	49
2.1.1. Prestacions excloses.....	49
2.2. Àmbit subjectiu d'aplicació.....	50
3. Responsabilitats dels Estats Membres: garanties i deures.....	51
3.1. Punts Nacionals de Contacte.....	51
3.2. Dret d'informació i garanties.....	54
3.2.1. Respecte l'Estat Membre de tractament.....	54
3.2.2. Respecte l'Estat Membre d'afiliació.....	55
4. Reemborsament de despeses i autorització prèvia.....	56
4.1. Assistència sanitària que requereix autorització prèvia.....	59
4.2. Procediment de l'autorització prèvia.....	60
4.3. Denegació de l'autorització prèvia.....	60
5. Cooperació en matèria d'assistència sanitària.....	61
Conclusions.....	64
Bibliografia.....	69

## ABREVIATURES

AST	Assistència Sanitària Transfronterera
CDFUE	Carta de Drets Fonamentals de la Unió Europea
CCAA	Comunitats Autònomes
CEEA	Comunitat Europea de l'Energia Atòmica
CECA	Comunitat Europea del Carbó i l'Acer
CISNS	Consell Interterritorial del Sistema Nacional de Salut
EEE	Espai Econòmic Europeu
EEMM	Estats Membres
INP	Institut Nacional de Previsió
LGS	Llei General Sanitària
LO	Llei Orgànica
PNC	Punts Nacionals de Contacte
SNS	Sistema Nacional de Salut
SSS	Sistema de Seguretat Social
TCE	Tractat de la Comunitat Europea
TCEE	Tractat de la Comunitat Econòmica Europea
TFUE	Tractat de Funcionament de la Unió Europea
TJUE	Tribunal de Justícia de la Unió Europea
TUE	Tractat de la Unió Europea
UE	Unió Europea

## PRESENTACIÓ

El present estudi tracta sobre els drets dels pacients a l'assistència sanitària transfronterera, àmbit relatiu al mercat interior.

El motiu d'elecció d'aquest tema és degut a la rabiosa actualitat que presenta i el gran desconeixement que hi ha envers el, col·loquialment conegut com, “turisme sanitari”. La curiositat per conèixer els drets vinculats a l'estatut de ciutadania, entès en aquest àmbit com a pacient o usuari de l'assistència sanitària, en una vessant tan transcendental com és la salut i la sanitat; juntament amb la recent entrada en vigor de la Directiva 2011/24/UE, relativa als drets dels pacients a l'assistència sanitària transfronterera, m'han animat a escollir el tema que, tot i estar al punt de mira d'Europa, se'ns presenta, a la gran majoria de ciutadans, com un gran desconegut degut a la manca d'informació que l'envolta.

Un altre aspecte que m'ha motivat també en l'elecció d'aquesta matèria, és la perspectiva pràctica que presenta en l'actualitat. Personalment, després d'haver viatjat i residit durant una temporada a varis països europeus, em van sorgir en alguna ocasió petits problemes en relació a temes d'assistència sanitària, que em van generar una sèrie de dubtes que, en el seu moment, no vaig saber com resoldre. Conseqüentment, és un àmbit que m'ha despertat l'interès, i en el qual tenia ganes d'aprofundir, de manera que quan se'm va presentar l'oportunitat de fer un estudi en relació als drets que tenen els pacients en assistència sanitària transfronterera, vaig tenir clar que aquest seria l'objecte del treball.

La recerca realitzada s'ha estructurat de la següent manera. El Capítol Primer, titulat “Els models sanitaris a Europa” es divideix, en un primer moment, en l'estudi dels sistemes sanitaris principals a Europa i les seves característiques i, tot seguit, es fa una ullada al sistema sanitari espanyol actual, realitzant alhora un breu estudi evolutiu al llarg de la seva història, incloent les últimes regulacions en matèria de sanitat dutes a terme pel Govern. Finalment, es conclou el capítol amb l'anàlisi del sistema competencial entre la Unió Europea i els seus Estats membres, analitzant els instruments dels quals disposa la UE per regular l'àmbit d'assistència sanitària que, tot i no ser una competència que se li hagi atribuït exclusivament, li permet coordinar o harmonitzar, segons el tema que es tracti.

El Capítol Segon, titulat “La lliure prestació de serveis sanitaris a Europa”, té per estudi la jurisprudència del Tribunal de Justícia en referència a la lliure prestació de serveis, entesa des del prestador de serveis i analitzant concisament la Directiva 206/123 de serveis, relacionada amb la Directiva 2011/24, relativa als drets dels pacients en l'assistència sanitària transfrontera; i per una altra banda, s'analitzen les sentències que van ser pioneres en reconèixer com a “servei” la prestació de serveis sanitaris, en un primer moment, extrahospitalaris, i després l'assistència sanitària hospitalària, des de la visió de l'usuari dels serveis.

El Capítol Tercer, es titula “Anàlisi de la transposició a Espanya de la Directiva 2011/24/UE relativa als drets dels pacients a l’assistència sanitària transfronterera a través del Reial Decret 81/2014”. La missió en aquest apartat, és observar les novetats que inclou la Directiva, respecte del Reglament 883/2004, sobre la coordinació dels sistemes de seguretat social, i esbrinar de quina manera l’Estat espanyol n’ha dut a terme la seva aplicació en àmbit nacional, ressaltant també els aspectes en que hi hagi insuficiències.

El que es pretén en aquest estudi és veure si la Directiva 2011/24/UE inclou en la seva regulació tots els aspectes que, al llarg de la integració europea, es trobaven escassament regulats i que han sigut objecte de qüestions prejudicials plantejades al TJUE per part dels governs nacionals. També es persegueix veure com, a través del RD 81/2014, Espanya transposa la Directiva i si els mètodes que utilitza són els adequats.

S’acaba l’estudi amb una reflexió final, destacant els aspectes més importants de l’anàlisi realitzat al llarg del treball i extraient-ne algunes consideracions personals en referència a la Directiva 2011/24/UE, a mode de conclusió.

Per a la realització de la recerca, s’ha hagut d’acudir a la doctrina especialitzada europea, així com també d’altres àmbits com la història, per tal de fer un anàlisi cronològic dels esdeveniments. Alhora, s’ha recorregut a la jurisprudència del TJUE, a la legislació europea i la legislació nacional espanyola, i als Tractats constitutius de la UE.

## CAPÍTOL I. ELS MODELS SANITARIS A EUROPA

### 1. INTRODUCCIÓ

La Unió Europea (UE) és una comunitat formada per vint-i-vuit països que mantenen entre si especials relacions econòmiques i polítiques de cooperació i d'integració, de manera que els Estats membres li atribueixen competències per tal d'aconseguir uns objectius comuns<sup>1</sup>. Tot i això, els Estats membres continuen tenint sobirania en aquells àmbits on no han cedit competències, i per tant ho estructuren i gestionen de la forma que ells consideren convenient a nivell nacional. L'art. 6 del TFUE<sup>2</sup> estableix que la sanitat no és una competència atribuïda a la UE, sinó que la competència és principalment dels Estats. Així doncs, l'organització i la prestació de l'assistència sanitària és competència dels governs nacionals i el paper de la UE consisteix en complementar, coordinar i recolzar les polítiques nacionals ajudant a aconseguir objectius i reptes conjunts, així com posar en comú els recursos; conseqüentment, no existeix un sistema uniformitzat a nivell europeu i hi trobem diferents sistemes sanitaris. En referència al concepte de sistema sanitari s'entén que és aquell *“conjunt d'estructures organitzatives, centres, serveis i activitats del sector públic i privat d'un país, dirigides a donar resposta a les necessitats de la població en matèria de salut”* i també el *“conjunt d'elements interrelacionats que contribueixen a la salut de les llars, els llocs de treball, els llocs públics i les comunitats, així com en el medi ambient físic i psicosocial en el sector de la salut i altres sectors afíns”*<sup>3</sup>.

Abans d'entrar a analitzar les formes que té la UE per intentar influir en els seus Estats membres, és convenient veure els models sanitaris que existeixen a Europa i també, en quin d'aquests sistemes s'engloba Espanya.

De forma general, podem dir que en l'entorn europeu existeixen dues formes de finançament sanitari que serveixen per a classificar els sistemes sanitaris: l'anomenat model Bismarck, o Sistema de Seguretat Social (SSS), basat principalment en contribucions fetes per treballadors, empresaris i el mateix Estat, on aquest garanteix les prestacions sanitàries mitjançant quotes obligatòries; i el model Beveridge, també dit Sistema Nacional de Salut (SNS), on el finançament de la sanitat pública procedeix dels pressupostos generals de l'Estat, és a dir, dels impostos.

---

<sup>1</sup> Art. 1 TUE: *“Por el presente Tratado, las ALTAS PARTES CONTRATANTES constituyen entre sí una UNIÓN EUROPEA, en lo sucesivo denominada «Unión», a la que los Estados miembros atribuyen competencias para alcanzar sus objetivos comunes”*.

<sup>2</sup> Art. 6 TFUE: *“La Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros. Los ámbitos de estas acciones serán, en su finalidad europea: la protección y mejora de la salud humana [...]”*.

<sup>3</sup> Definició donada per la Organització Mundial de la Salut (OMS).

## 2. SISTEMES DE SEGURETAT SOCIALS: MODEL BISMARCK

Per entendre el primer model sanitari que va sorgir a Europa, ens hem de remuntar a finals del segle XIX. Així doncs, al 1883, a pocs anys de la unificació i constitució d'Alemanya com a nació a causa de la guerra franco-prusiana, amb Otto van Bismarck com a canceller, es va instituir un sistema d'assegurances socials degut a que el país es trobava immers en un intens procés d'industrialització, urbanització i creixement de la població<sup>4</sup>. Conseqüentment l'estructura de la societat era canviant, de manera que el proletariat cada cop era més nombrós i es trobava en condicions precàries: salaris baixos, jornades de treball extenses i condicions de treball i habitatge que generaven accidents i malalties. El descontentament social i el moviment obrer no va tardar a arribar, i per tal de que la situació no es descontrolés, es va anunciar una iniciativa legislativa en matèria de seguretat social.

Bismarck sostenia que l'Estat havia de reconèixer la seva missió de promoure positivament el benestar de tots els membres de la societat, i particularment el dels més dèbils i necessitats, utilitzant els mitjans amb el que disposa la col·lectivitat. D'aquesta manera, entre 1883 i 1889 es van adoptar una sèrie de lleis sobre les assegurances contra malalties, accidents de treball, invalidesa i jubilació<sup>5</sup>.

La primera de les lleis en entrar en vigor<sup>6</sup> va ser la que versava sobre l'assegurança de malaltia dels treballadors (*Krankenversicherungsgesetz*), amb la qual es va crear la primera assegurança mèdica pels obrers industrials amb caràcter obligatori i finançat per les quotes aportades pel treballador i l'empresa. Aquesta contribució es repartia entre dues terceres parts per els obrers i un terç pels empresaris. D'aquesta manera, el treballador quedava assegurat independentment del seu lloc de treball i tenia dret a obtenir un subsidi estatal per malaltia durant les primeres 13 setmanes a partir del tercer dia de baixa i cobertura de l'assistència mèdica, inclosos els medicaments necessaris.

Seguidament, la Llei de 1884 sobre Accidents de Treball (*Unfallversicherungsgesetz-UVG*) establí que els patrons havien de cotitzar de manera obligatòria a les caixes per tal de cobrir la invalidesa permanent dels seus treballadors provocada pels accidents de treball. El subsidi que rebia el treballador depenia del grau d'incapacitat, i també s'hi preveia una prestació en cas de defunció per la viuda i els fills. Per tant, les despeses d'aquestes assegurances eren costejades completament per l'empresari.

La llei de 1889 (*Gesetz betreffend die Invaliditäts-und Altersversicherung-IAVG*) va establir el primer sistema obligatori de jubilació, tot i que aquest caràcter obligatori es va

---

<sup>4</sup> PANCET, M.: *El sistema sanitario alemán*. Panacea@. Vol. XII, n.o 34. Segundo semestre, 2011. pàg. 286. Disponible a: [<http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tribuna-parcet.pdf>]

<sup>5</sup> SÁNCHEZ-CASTAÑEDA, A.: *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización*. "Capítol I. Principales modelos de seguridad social y protección social." UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas. Juny 2012. pàg. 6 i ss.

Disponible a: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3120/4.pdf>

<sup>6</sup> L'1 de desembre de 1884, després d'haver estat aprovada al Parlament Alemany el 15 de juny de 1883.

instaurar pels obrers el salari dels quals no superés una quantitat determinada. La pensió es rebia a partir dels setanta anys i la seva quantia era proporcional al nombre de cotitzacions de l'assegurat.

Tot i que aquesta idea de protecció social no era nova, ja que existien abans asseguradores a nivell gremial i institucions de protecció caritativa, cal dir que la institució a escala nacional d'un sistema de protecció social obligatori supervisat per l'Estat, va suposar un gran avenç qualitatiu i va establir les bases de l'Estat del benestar. Tant és així, que les línies de Bismarck continuen essent les bases del sistema actual alemany i constitueixen un dels grans models de la seguretat social; model que va ser imitat seguidament per tots els països europeus industrialitzats, entre els quals, en un primer moment, s'hi incloïa Espanya.

En paraules de ALCALÁ i CABANELLAS<sup>7</sup> *“l'Assegurança social és cada un dels sistemes (previsionals i econòmics) que cobreixen els riscos als quals es troben exposats principalment els treballadors, amb la finalitat de mitigar al menys, o de reparar essent factible, els danys, perjudicis i desgràcies de les que poden ser víctimes involuntàries, o sense mala fe en tot cas”*. En la mateixa línia, GÓNZALEZ POSADA<sup>8</sup> ho defineix com *“el conjunt de disposicions legals de caràcter assistencial que, inspirant-se més o menys en la institució de l'assegurança privada, han sigut dictades per a procurar als treballadors econòmicament dèbils i als seus familiars una protecció, una seguretat contra els trastorns que suposen la pèrdua o disminució sensible de la capacitat laboral o l'augment de les seves necessitats”*.

Podem dir doncs que inicialment, l'objectiu d'aquest model era cobrir el risc de malaltia dels treballadors i estava basat en una relació bilateral la qual, a través de la contribució realitzada per l'assegurat i l'empresari, se li atorgava una indemnització en cas de patir algun dels perjudicis pel qual queda assegurat. Actualment, el punt clau d'aquest model d'Assegurances Socials, a diferència de les assegurances privades, és que les primeres es basen en cotitzacions socials obligatòries que inclouen tant al treballador com a l'empresari, de manera que són corresponsables del finançament de la seguretat social; això però, no exclou que una part pugui ser finançada mitjançant impostos, de manera que aquesta no correspon exclusivament als presumptes beneficiaris, sinó que també hi participen altres subjectes. Per tant, per finançar aquestes Assegurances Socials, intervenen tres subjectes<sup>9</sup>: per un cantó, s'obliga als propis beneficiaris, és a dir, als treballadors, a pagar una quota que, com és obvi no serà suficient per fer front als costos de l'assegurament que es pretén, i és per això que també hi col·laboren, en segon

---

<sup>7</sup> ALCALÁ, L. y CABANELLAS, G.: *Tratado de Política Laboral y Social*, Tomo III. Ed: Heliasta 1976. Pàg. 439.

<sup>8</sup> GÓNZALEZ POSADA, C.: *Los Seguros Sociales obligatorios en España*. Madrid: Revista de Derecho Privado 1946. Pàg. 243.

<sup>9</sup> MARTINEZ-GIJON MACHUCA, M.A.: *La formación histórica de la Seguridad Social en Europa y en España*. Universidad de Sevilla. Repositorio de Objetos de Aprendizaje de la Universidad de Sevilla (RODAS). Disponible a :

[http://rodas.us.es/items/a65815a2-75b5-4c1f-17e1-cfc1062a5e9f/1/viewcontent?\\_sl.t=true](http://rodas.us.es/items/a65815a2-75b5-4c1f-17e1-cfc1062a5e9f/1/viewcontent?_sl.t=true)



lloc, els empresaris de dits treballadors. Per últim, intervé el propi Estat a través d'impostos, que s'encarreguen de finançar les primes de les assegurances dels sectors desfavorits i sense cobertura o certs tipus d'assistència bàsica pública, com podrien ser les vacunacions o els serveis de salut maternals. Tot i que aquesta fórmula tripartida és una característica d'aquest sistema, com és evident, cada país que segueix aquest model fixa les contribucions en un percentatge determinat. En el que sí que es coincideix en aquesta assegurança mèdica pública, és que s'entén com una comunitat solidària en la que els seus membres cotitzen en funció de la seva capacitat econòmica i tenen dret a les mateixes prestacions, independentment de les contribucions que hagin realitzat i del seu estat de salut en el moment de l'afiliació; és a dir, les prestacions s'atorguen en funció de les seves necessitats mèdiques. Per tant, el valor central que predomina en aquest sistema és el de solidaritat, ja que implica que els participants de l'assegurança contribueixen en la mesura de les seves possibilitats, de manera que cada persona pot rebre atenció quan ho necessita<sup>10</sup>.

En quant a la cobertura sanitària en aquest model, cal remarcar que de manera inicial<sup>11</sup>, només gaudien de les prestacions els treballador afiliats a l'assegurança i els seus familiars, tot i que en els darrers anys aquesta tendeix a la universalitat per a la majoria de països europeus que segueixen aquest model, i per tant es pot dir que la cobertura actualment és pràcticament total o similar, o si més no, que aquest és l'objectiu<sup>12</sup>.

Pel que fa a la gestió, cal dir com a punt de partida que l'Estat no hi té una influència directa, sinó que es delega a les principals parts implicades, que són les entitats asseguradores i els proveïdors, per tal de que s'encarreguin d'organitzar i administrar el sistema de forma conjunta<sup>13</sup>. És a dir, que aquestes cotitzacions van a parar a uns fons o caixes que són entitats governamentals regulades per llei i que s'encarreguen de la gestió d'aquests recursos. Amb aquests fons o caixes, es realitzen les contractacions de personal mèdic i instal·lacions necessàries per tal de que proveeixin els serveis als assegurats mitjançant contractes basats en un pressupòsit o mitjançant pagament per acte. A més, en aquest model és molt freqüent que les prestacions sanitàries estiguin subjectes a copagament, és a dir, que el pacient hagi de pagar a l'instant per rebre una prestació mèdica i posteriorment, sigui reemborsat parcialment per la seva caixa

---

<sup>10</sup> ZERDA, Á.: *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos – Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala*. Pan American Health Organization, 2001. [Portal de Información – Medicamentos Esenciales y Productos de Salud] Disponible a: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/>

<sup>11</sup> Per exemple a Alemanya, amb la reforma sanitària del 2007 es va estendre l'obligació a la totalitat de la població i es va establir que a partir de l'1 de gener de 2009 sigui obligatori que tota persona resident a Alemanya tingui una assegurança de malaltia que cobreixi tant l'assistència ambulatoria com la hospitalària.

<sup>12</sup> Msssi.gob.es [pàgina a Internet]. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2014. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013*. Disponible a: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf)

<sup>13</sup> PANCET, M.: *El sistema sanitario alemán...* op. cit. Pàg. 288.

d'assegurança, tot i que aquesta figura del copagament també es troba sovint en els Sistemes Nacionals de Salut<sup>14</sup>.

Finalment, tot i que en un inici Itàlia, Portugal i Espanya van adoptar aquest model<sup>15</sup>, actualment els països que segueixen aquest sistema són Alemanya, Àustria, Bèlgica, França, Luxemburg, Holanda, Suïssa, Grècia, així com la majoria dels Estats membres de l'est que s'han adherit a la UE en els últims anys. De totes maneres, és possible que en molts dels casos, amb el pas del temps, s'hagi establert un sistema mix entre els dos models; i es pot dir que tot i les línies comunes que presenta aquest model, a la pràctica, les diferències entre els Estats poden ser molt diverses.

### 3. SISTEMES NACIONALS DE SALUT: MODEL BEVERIDGE

Com s'ha vist, al llarg de la primera meitat del segle XX el model instaurat pel canceller alemany Bismarck va predominar a Europa, i van ser molts els països que van adoptar aquest sistema per tal de resoldre els problemes que els sistemes inicials de previsió van deixar pendents de solució.

Anglaterra no es va quedar enrere tampoc, de manera que des de finals del segle XIX ja es legislava en matèria de seguretat social. Al 1897 es va establir una Llei d'Indemnització de Treballadors, que tot i que inicialment s'aplicava a un nombre reduït de treballadors, anys més tard, al 1906 la seva aplicació es va generalitzar. Dos anys més tard, al 1908 es va legislar en matèria de pensions no contributives subjectes a investigació de recursos per a persones de setanta anys i al 1912 es va establir la assegurança sanitària obligatòria i es va iniciar també el de desocupació per algunes indústries, generalitzant-se al 1920. Al 1925 va sorgir la llei que va iniciar les pensions contribuents per a gent gran, viudes i orfes; i una dècada més tard, va aparèixer la Llei de Desocupació de 1934, amb la seva assegurança corresponent, que també contemplava un Servei Nacional d'Ajuda a la Desocupació<sup>16</sup>.

Però va ser al juny del 1941 quan, sota la permanent amenaça dels bombardejos de l'aviació nazi sobre la població civil, el ministre britànic encarregat de liderar el procés de reconstrucció bèl·lica va sol·licitar a Sir William Beveridge que s'encarregués de la tasca de coordinació de la comissió interdepartamental que havia estat creada per tal de revisar els programes de protecció social i formular una proposta que conduís a la seva unificació<sup>17</sup>. Així va ser que a finals de novembre de 1942, es va presentar al Parlament britànic l'informe titulat

---

<sup>14</sup> THOMSON, S; OSBORN, R; SQUIRES, D, JUN, M,: *International Profiles of Health Care Systems 2013*. The Commonwealth Fund. Novembre 2013. Pàg. 6

<sup>15</sup> Fins l'any 1977, 1978 i 1985 respectivament.

<sup>16</sup> SÁNCHEZ-CASTAÑEDA, A.: *La seguridad y la protección social en México...* op. cit. Pàgs. 9 i ss.

<sup>17</sup> LÓPEZ DEL PASO, R.: *William H. Beveridge y su influencia en los sistemas públicos de previsión social*. Revista electrònica Extroikos n° 2. 2011, pàg. 96-97

Assegurances Socials i Serveis Afins<sup>18</sup>, també conegut com Informe Beveridge, on a més d'examinar la situació socioeconòmica que vivia el país i analitzar les tècniques que hi havia fins a llavors per a l'auxili de la població, es proposava un pla d'actuació basat en l'establiment d'un sistema de seguretat social unitari de cobertura universal, finançat a través de les contribucions de l'Estat, els treballadors i empresaris. Aquest pla contenia tres previsions<sup>19</sup> que l'autor considerava necessàries per tal de que el sistema de seguretat social fos satisfactori. En primer lloc, advocava per la creació d'un servei nacional de salut, d'atenció mèdica gratuïta amb cobertura universal, amb serveis complets de salubritat i convalescència per tal de prevenir i curar les malalties. La idea era que gaudissin d'aquest benefici totes les persones sense distinció, ja que Beveridge considerava que el restabliment d'una persona malalta era un deure de l'Estat i del mateix malalt. L'objectiu doncs era aconseguir un servei de salut que assegurés plenament tots els tractaments preventius i curatius a la totalitat dels ciutadans, deixant de banda els seus ingressos i situació econòmica. El segon precepte, era la creació d'un sistema d'assistència nacional, per tal de completar el subsidi de la seguretat social quan aquesta resultés insuficient, en els casos d'atur o incapacitat; es veu doncs, que la intenció aquí era d'utilitzar l'Estat en la mesura que resultés necessari per assegurar una absoluta continuïtat en el treball o, al menys, una possibilitat raonable d'ocupació remunerada. El tercer punt clau del seu discurs era l'extensió dels beneficis socials en l'àmbit d'educació, vivenda, atenció especialitzada a nens i altres serveis socials de caràcter assistencial. En aquest àmbit, pretenia atorgar assignacions familiars o bonificacions a les persones que s'ocupaven dels nens fins a quinze anys i en cas de que s'ampliés l'edat escolar, fins els setze anys, amb la finalitat de donar-los tota l'assistència possible, ajudant d'aquesta manera als pares a afrontar les seves obligacions i acceptar els deures per part de la societat; aquestes assignacions sorgirien dels tributs de l'Estat.

El Pla s'integrava també de sis principis fonamentals<sup>20</sup>, que són encara les línies que conformen el Sistema Nacional de Salut actualment. En primer lloc, l'establiment d'una taxa fixa de benefici de subsistència, de manera que no es tingués en compte el total dels ingressos, interromputs per l'atur o la incapacitat, o acabats per la jubilació. El segon punt era la constitució d'una taxa fixa de contribució; és a dir, que aquesta contribució obligatòria requerida a cada assegurat fos fixa sense tenir-se en compte els seus recursos. Aquesta reflexió parteix de la base de que es paga el mateix import per la mateixa seguretat; tot i això, en el Pla es preveia que els que disposessin de més recursos paguessin més a la Tresoreria Nacional. En tercer lloc, es pretenia aconseguir una unificació de la responsabilitat administrativa per tal de que cada persona fes una única contribució setmanal vinculada als beneficis, i que aquestes es dipositessin en un únic Fons de Seguretat Social on tots els beneficis i pagaments d'assegurances es trobessin en el

---

<sup>18</sup> Títol original "Social Insurance and Allied Services"

<sup>19</sup> BEVERIDGE, W.: *Seguridad social y servicios afines. Informe presentado al Parlamento de Gran Bretaña el 22 de noviembre de 1942* (versió traduïda al castellà per Vicente Peris). Pàgs 10 i 11.

<sup>20</sup> BEVERIDGE, W.: *Seguridad social y servicios afines...op cit.* Pàgs 16 i ss.

mateix fons. El quart principi, era l'adequació de beneficis en quantitat i temps, de manera que la taxa fixa de benefici proposada fos suficient, sense necessitat de recórrer a altres recursos, per tal de promoure l'ingrés mínim necessari per la subsistència, i que aquests beneficis continuessin durant tot el temps que es prolongués la necessitat. El següent pilar clau, es basava en l'extensió o abast de l'assegurança, de manera que l'objectiu era aconseguir una cobertura vertical i horitzontal, és a dir, que s'ampliés l'àmbit d'aplicació tant de les persones cobertes com dels riscos dels quals s'han de protegir. L'últim principi que plasma Beveridge en el seu informe és que la seguretat social s'hauria d'aplicar tenint en compte els diferents modes de vida dels assegurats, de manera que es fes una classificació de persones.

La gran acceptació i èxit d'aquest model es va veure reflectit tant en la població anglesa, com en l'àmbit internacional, aportant idees en la construcció dels sistemes públics de previsió social de la resta de països europeus i en la Declaració Universal de Drets Humans de 1946, així com en la concreció de les normes mínimes de seguretat social dictades per l'Organització Internacional del Treball al 1952. Es pot dir doncs, que és a través d'aquesta justificació i acceptació de la intervenció pública en l'àmbit redistributiu, amb la qual es modificaven alguns aspectes del funcionament del mercat, amb la que es basa l'Estat de Benestar que coneixem avui<sup>21</sup>.

Anglaterra, Suècia, Dinamarca, Irlanda, Finlàndia, Espanya, Portugal i Grècia<sup>22</sup> son els Estats membres que utilitzen el Sistema Nacional de Salut actualment. Com hem vist, aquest model està finançat per impostos i per tant, a través dels pressupostos de l'Estat, de manera que, a diferència del model Bismarck, l'Estat hi té una influència directa i essencial; així doncs, la responsabilitat dels pressupostos, està en mans del Ministeri de Salut. Pel que fa a la seva recaptació, una part molt important dels recursos són obtinguts de les rendes de forma progressiva, de manera que qui més té més paga; la resta del finançament es complementa amb els impostos sobre el valor afegit i altres gravàmens que s'apliquen a determinats productes. En quant al nivell de cobertura és universal, per tant tots els residents tenen drets als serveis sanitaris. És un sistema basat en prestacions de servei i producció pública, i a conseqüència les instal·lacions pertanyen a l'Estat i els metges són assalariats; tot i que en les darreres dècades s'ha instaurat un cert sector privat<sup>23</sup>. De la mateixa manera que veiem que la figura del copagament està present en el model Bismarck, és també molt freqüent que països que utilitzen el Sistema Nacional de Salut recorrin a aquest mitjà, tot i que és possible que no es coincideixi en els àmbits d'aplicació. Es pot dir també, que aquest model té un caràcter equitatiu, on l'Estat estableix plans i programes atenent a les

---

<sup>21</sup> LÓPEZ DEL PASO, R.: *William H. Beveridge y su influencia en los sistemas públicos de previsión social...* op. cit. Pàg. 96-97

<sup>22</sup> VAN DER ZEE, J i KRONEMAN, M.D.: *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. BMC Health Services Research 2007. Pàg. 4 Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/94>

<sup>23</sup> Msssi.gob.es [pàgina a Internet]. Madrid: Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, 2014. *Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud, 2013*. [Citat el 2 de febrer de 2015]. Disponible a: [http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE\\_2013.pdf](http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf)

necessitats de la societat i per tant, els drets i deures dels ciutadans i els poders públics estan clarament definits.

#### 4. EL SISTEMA SANITARI ESPANYOL

En els epígrafs anteriors, hem vist una breu trajectòria dels sistemes sanitaris que regeixen a Europa i les seves principals característiques. Arribats aquí, és necessari establir en quin dels dos es troba Espanya i veure les particularitats del seu sistema.

En primer lloc cal destacar que, com en la majoria de països, la formació i evolució de la Seguretat Social a Espanya fins a arribar al model actual no s'ha fet de manera uniforme ni al mateix ritme, sinó que en aquest cas s'ha consolidat a través de tres etapes fonamentals. La primera fase d'aquesta construcció marcava una definició prestacional i institucional i atorgava un caràcter protector que fins el moment no s'havia tingut en compte, de manera que aquesta etapa es caracteritza pel naixement i generalització de les assegurances socials. Ens remuntem doncs al 1900, quan es va promulgar la primera Llei d'Accidents de treball<sup>24</sup> on, pel simple fet de desenvolupar una activitat industrial amb obtenció de beneficis, se li atribuïa a l'empresari l'obligació de respondre dels danys produïts a la seva fàbrica. Tot i això, aquesta protecció enfront als riscos laborals era reduïda degut al caràcter voluntari de l'assegurança i el seu grau d'afectació restringit a uns determinats sectors productius. Ens els anys següents, van sorgir una sèrie d'assegurances socials que si bé és cert que no seguien un pla general previ, si que sorgien de les necessitats político-socials considerades prioritàries i amb consonància de les possibilitats economico-financeres dels sistemes de previsió<sup>25</sup>. Així doncs, aquesta proliferació de normes socials i d'assegurances que va tenir lloc sobretot entre 1917 i 1923, és el reflex i prova de que Espanya va seguir l'exemple del sistema sanitari alemany en un inici, instaurant-se de mica en mica, el caràcter obligatori de les assegurances. Paral·lelament, al 1908 es va crear l'Institut Nacional de Previsió (INP) amb l'objectiu de difondre la previsió popular, en especial en la forma de pensions de jubilació i la seva estimulació i a administrar la mutualitat d'associats que es creés. Aquesta primera funció de foment es va transformar en una funció de gestió quan, al 1919 va aparèixer el Retir Obrer Obligatori amb règim de llibertat subsidiària, que protegia la vellesa per considerar-la una invalidesa per raons d'edat. Es va instaurar també una assegurança de maternitat que establia un subsidi per a la treballadora per tal de contribuir a les despeses ocasionades pel part i el període de descans obligatori.

---

<sup>24</sup> Llei d'Accidents de treball, de 30 de gener de 1900. Aquesta Llei defineix l'accident de treball com "tota lesió corporal que l'operari pateix en ocasió o a conseqüència del treball que executi per compte aliena". Es declara també, per primera vegada, la responsabilitat directa i objectiva de les empreses en els accidents patits pels treballadors i es fomenta la institució de l'assegurança, tot i que la seva obligatorietat per part de l'empresari i amb caràcter general no apareix fins el 1932.

<sup>25</sup> QUINTERO LIMA, M.G.: *La seguridad social en España. Evolución histórica*. 2008. Pàg. 2 [Citat el 2 de febrer de 2015]. Disponible a: <http://ocw.uc3m.es/derecho-social-e-internacional-privado/derecho-de-la-seguridad-social/lecturas/evolucionhistorica.pdf>.

Durant la II República es va procedir a un desenvolupament rellevant en matèria de legislació social, ampliant la protecció, i es va elaborar un projecte d'unificació i coordinació de les assegurances socials que hi havia creades fins aleshores, però aquest mai va arribar a aplicar-se a conseqüència de la Guerra Civil. Durant l'etapa franquista van anar sorgint, de manera no sistemàtica, les diferents assegurances socials, com la implantació d'una assegurança de jubilació que substituïa el Retir Obrer i que establia un sistema de pensions fixes i que vinculava la protecció de les situacions d'invalidesa derivada d'accidents no laborals i de malalties comuns; i més tard també les malalties professionals. Al 1941 es va crear l'Assegurança Obligatòria de Malaltia que cobria als treballadors, als seus cònjuges, i condicionadament als ascendents i descendents en casos de malaltia comú; així com també la institució d'un règim obligatori de subsidis familiars. Al 1946, com a conseqüència de la cobertura insuficient de les assegurances socials, es van establir formes completaries de protecció social, organitzades per branques socials, que va conduir a la publicació del Reglament General de Mutualisme General al 1954. En aquest mutualisme laboral<sup>26</sup>, es reconeixen prestacions de caràcter reglat com serien els subsidis i pensions, i de caràcter potestatiu com l'assistència social o crèdits. En aquest cas, la cotització era bilateral i estava en mans dels empresaris i els treballadors i tot i que en termes de gestió les diverses mutualitats depenien administrativament del Ministeri de Treballs, es tractaven d'entitats no estatals amb personalitat jurídica plena i autonomia administrativa, amb el qual, l'Estat no intervenia.

En la segona etapa coneguda com a configuració normativa, entre 1962 i 1978, s'aproven les bases d'un sistema integrat de Seguretat Social d'abast professional amb pretensions d'universalitat subjectiva i objectiva al intentar englobar tota la població i totes les prestacions. Amb aquesta idea, es crea la Llei de Bases de la Seguretat Social<sup>27</sup> per tal de posar solució a la precària situació financera que travessava el Mutualisme Laboral, composta per un Règim General i uns Règims Especials. L'objectiu d'aquesta Llei i els seus textos articulats I i II (1966 i 1974) era unificar i integrar les diferents assegurances socials ja existents, construint així un nou sistema de Seguretat Social<sup>28</sup> que posava ordre a l'acció protectora tant en paràmetres contributius com en el col·lectiu de treballadors per compte aliena i les seves famílies, i per altres sectors professionals de menor capacitat contributiva, tot i que en menys mesura. Una dècada més tard, va sorgir la Llei de Finançament i Perfeccionament de l'Acció Protectora de la Seguretat Social de 1972 com a resposta als problemes financers derivats del mutualisme, on es definia una estructura de cotització major, calculada en el Règim General d'acord amb els salaris reals i en la resta de Règims Especials que establia la Llei de Bases, tenint en compte la diferent naturalesa i condicions de certes activitats professionals, d'acord amb unes bases mínimes. Tot i això,

---

<sup>26</sup> *El sistema español de Seguridad Social. Antecedentes y modelo actual*. INSS, Madrid, 2008. Pàg. 9

<sup>27</sup> Llei 193/1963, de 28 de desembre.

<sup>28</sup> Que entra en vigor l'1 de gener de 1967.

aquestes normes només preveien el caràcter progressiu de l'Estat en les aportacions i que aquestes es constituïssin en un recurs ordinari de la Seguretat Social, però el cert és que a la pràctica les que suportaven la major part del finançament de serveis i prestacions de l'acció protectora eren les cotitzacions socials, de manera que la protecció social tenia molt poca rellevància en el conjunt de l'economia nacional. Aquest ordenament va continuar amb tensions fins la finalització de la dictadura franquista, i durant el canvi polític i el període de transició a partir de 1975, el Sistema de Seguretat Social va ésser sotmès a revisió, sobretot pel que fa a la seva estructura organitzativa i de gestió, ja que l'Administració de la Seguretat Social va patir una important reforma<sup>29</sup> sobre la Gestió Institucional de la Seguretat Social, la Salut i el Treball. Amb la promulgació de la Constitució Espanyola de 1978 es van incloure varis preceptes<sup>30</sup> que fan referència de forma explícita a la Seguretat Social, i de forma especial l'art. 41<sup>31</sup>, considerat clau per entendre el sistema públic de protecció a Espanya i que dissenya l'actual model de Seguretat Social, ja que considerava la protecció de la salut com a principi rector de la política social i econòmica de l'Estat i tenia com a compromís promoure l'atenció sanitària dels ciutadans, sense discriminacions o injustificades diferències de tracte. És en aquesta tercera etapa on es consolida l'Estat del benestar que ha evolucionat fins als nostres dies, i on es van crear les bases del procés de reforma sanitari Espanyol. La Llei General de Sanitat (LGS) 14/1986 de 25 d'abril va establir els criteris bàsics d'aplicació en tot el territori, que havien de ser desenvolupades per les Comunitats Autònomes<sup>32</sup>, substituint d'aquesta manera la Llei de Bases de la Sanitat Nacional de 1944 i creant el Sistema Nacional de Salut. Cal dir però que, el fet més rellevant amb anterioritat a la promulgació de la LGS, va ser l'inici del procés de descentralització sanitària<sup>33</sup>, que va tenir lloc mitjançant la transferència de les competències de Salut Pública i Higiene primer a la Generalitat de Catalunya al 1979, i al País Basc al 1981. Poc després també es va transferir la gestió i organització dels serveis assistencials de la SS, i entre 1982 i 1986 es va produir la generalització d'aquestes competències a la resta de CCAA, desplegant d'aquesta manera una

---

<sup>29</sup> S'estableix que a partir d'aquell moment les Entitats gestores de la Seguretat Social, sota els principis de solidaritat financera i unitat de caixa, serien per un cantó l'Institut Nacional de la Seguretat Social (INSS), per a la gestió i administració de les prestacions econòmiques del SSS; que substituiria el INP i absorbiria a totes les Mutualitats Laborals, que deixarien de tenir caràcter propi d'entitats gestories i perden la seva autonomia de personalitat jurídica. Per un altre cantó, l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD), per a la gestió i administració dels serveis sanitaris, que actualment s'anomena Institut Nacional de Gestió Sanitària (INGESA) en virtut de l'art. 15 del Real Decret 840/2002, de 2 d'agost. També l'Institut Nacional de Serveis Socials (INSERSO) per a la gestió dels serveis complementaris de la prestació del sistema, avui transformat en IMSERSO.

<sup>30</sup> Articles. 40, 41, 43 i 49 de la Constitució Espanyola de 1978.

<sup>31</sup> Article 41 Consitutió espanyola: "*Los poderes públicos mantendrán un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad, especialmente en caso de desempleo. La asistencia y prestaciones complementarias serán libres*"

<sup>32</sup> La configuració de l'Estat espanyol com Estat de les Autonomies, establert a l'art. 2 de la CE, va prefigurar el règim organitzatiu i institucional del servei sanitari públic, descentralitzat en les CCAA.

<sup>33</sup> RUBIA VILA, F.J (coordinador): *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*. Academia Europea De Ciencias Y Artes España. 2011- Pàg. 35 i ss.

sèrie d'administracions sanitàries autonòmiques que van facilitar la generalització d'una nova zonificació sanitària en tot l'Estat a través de la publicació dels mapes sanitaris autonòmics que posaven de relleu les delimitacions territorials sanitàries i d'assistència, concretant línies de dependència i de relació entre els diferents establiments sanitaris, permetent visualitzar les situacions de dotació i d'equipament existents en cada territori.

Així va ser com la LGS va establir un sistema sanitari públic de caràcter universal, finançat per aportacions fiscals, que oferia cobertura gratuïta a tota la població espanyola en condicions d'igualtat, integrant d'aquesta manera en un nou i únic marc institucional mitjans i estructures assistencials diferents de varies CCAA. La importància d'aquesta Llei va ser tan notòria, que aquesta es va mantenir al llarg dels anys fins aconseguir al 1996, incorporar-se en el catàleg de les lleis administratives de l'Estat que són susceptibles únicament de canvis parcials i que queden fora d'una revisió substancial o de fons. Tot i això, aquesta Llei no ha aconseguit l'articulació d'un sistema sanitari completament coordinat ja que, al establir-se terminis molt llargs per a l'entrada en funcionament del model final<sup>34</sup> del SNS dissenyat a la LGS, s'han creat situacions de gran diferència entre les autonomies. A conseqüència d'aquest fet, es va crear la Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut amb la intenció d'establir uns objectius i instruments comuns que donessin coherència a un conjunt caracteritzat per l'amplitud de la seva descentralització i diversificació, intentant complir els principis establerts en el seu art. 2.

Aquesta Llei es va elaborar per tal d'aconseguir millorar la qualitat del sistema i garantir la seva equitat tenint en compte la total transferència de serveis de les CCAA, i definint els instruments capaços de fer possible la seva cohesió i estabilitat: el Consell Interterritorial del SNS (CIS), el Fons de Cohesió i el Sistema d'Informació, a més de les xarxes de coneixement, incloent l'Observatori del Sistema Nacional de Salut. Per tant l'objectiu d'aquesta Llei de Cohesió i Qualitat era establir el marc legal per les accions de coordinació i cooperació de les Administracions públiques sanitàries en l'exercici de les seves respectives competències per tal de garantir l'equitat, la qualitat i la participació social en el SNS, així com la col·laboració activa d'aquest en la reducció de les desigualtats en salut.

Tot i aquestes iniciatives legislatives per tal de millorar el sistema, cal destacar que aquest model sanitari ha patit greus entrebancs derivats de la crisi econòmica que s'ha viscut en els darrers anys i en surt perjudicat, en part per la forma en què es finança aquest model, però també per la gran descentralització que el caracteritza i per les "retallades" que se li han aplicat. Això es tradueix en el fet de que, com ja s'ha mencionat, les CCAA de l'Estat espanyol tenen atorgades la competència de sanitat, de manera que tot i haver-hi una regulació central mínima, el finançament recau en les autonomies, cosa que pot comportar diferències entre prestacions d'una comunitat

---

<sup>34</sup> Situació que no es va produir fins l'any 2002 amb la culminació del procés de transferència sanitària a totes les CCAA.



autònoma a una altra. Pel que fa a les retallades, no es pot deixar enrere el fet de que el dret a la salut s'inclou en els anomenats drets socials, que es diferencien dels drets civils i polítics, entre d'altres coses per la seva estructura<sup>35</sup>, de manera que queden condicionats a una reserva econòmicament possible o raonable. Per tant, al igual que la resta de drets socials, el dret a la salut es pot veure afectat en contextos de crisis econòmiques, ja que es tracta d'un dret prestacional i costós.

Sota el pretext d'aquesta crisis, l'Estat espanyol va impulsar una sèrie de reformes normatives per tal de contenir la crisis a través de normativa d'urgència, i en l'àmbit sanitari, es va aprovar el Real Decret-Llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions<sup>36</sup>. També es van produir rellevants modificacions<sup>37</sup> a la Llei 16/2003 i a la LO 4/2000, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social<sup>38</sup>. A partir de la reforma del Real Decret-Llei 16/2012, es disposa que *“la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado”*. S'introdueix d'aquesta manera un canvi qualitatiu retornant a una terminologia d'assegurat i beneficiari pròpia d'un sistema de Seguretat Social<sup>39</sup>.

La condició d'assegurat<sup>40</sup> es refereix, d'acord amb aquesta normativa, als següents supòsits: a) Ser treballador per compte aliena o pròpia, afiliat a la Seguretat Social i en situació d'alta o assimilada a la d'alta; b) Ostentar la condició de pensionista del sistema de Seguretat Social; c) Ser perceptor de qualsevol altra prestació periòdica de la Seguretat Social, incloses la prestació i el subsidi per atur; d) Haver esgotat la prestació o el subsidi per atur i estar inscrit en

---

<sup>35</sup> PISARELLO, G.: *Los derechos sociales y sus garantías*. Editorial Trotta, S.A., 2007. Madrid. Pàgs. 59 i ss.

<sup>36</sup> En les disposicions generals del Real Decret-Llei 16/2012, de 20 d'abril, es disposa que són necessàries reformes que permetin reforçar la sostenibilitat, millor l'eficiència de gestió, promoure l'estalvi i les economies d'escala, introduir noves eines a través de noves tecnologies, guanyar en cohesió territorial, coordinar els serveis sanitaris i els socials i, sobretot, garantir la igualtat de tracte en tot el territori nacional amb una cartera bàsica de serveis comuns. Així doncs, les mesures que s'apliquen en aquest real decret-llei tenen com a objectiu fonamental afrontar una reforma estructural del Sistema Nacional de Salut dotant-lo de solvència, viabilitat i reforçant les mesures de cohesió per fer-lo sostenible en el temps.

<sup>37</sup> A través del RD-Llei 16/2012, es modifica l'article 12 de la LO 4/2000, que tindrà la següent redacció: *“Los extranjeros tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria”*.

<sup>38</sup> Llei Orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social.

<sup>39</sup> AGUADO CUDOLÀ, V. i PRADO PÉREZ, R.: *Derecho a la protección de la salud y exclusión de la asistencia sanitaria: la crisis económica como pretexto para la limitación del acceso a los servicios y prestaciones del estado del bienestar*. R.V.A.P. núm. especial 99-100. Mayo-Diciembre 2014. Págs. 87-110

<sup>40</sup> Article 1 del Real Decret-Llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per a garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions.

l'oficina corresponent com demandant de treball, no acreditant la condició d'assegurat per qualsevol altre títol<sup>41</sup>.

La utilització de la noció d'assegurat enllaça, conseqüentment, amb la persona que està donada d'alta i aporta unes quotes a la Seguretat Social com a conseqüència d'una relació de treball. Aquest règim és extensiu doncs, a altres persones que estan assimilades i que reben prestacions o que han esgotat les mateixes però compleixen determinades condicions.

Per la seva part, tindran la condició de beneficiaris d'un assegurat, sempre que resideixen a Espanya, el cònjuge o persona amb anàloga relació d'afectivitat, que haurà d'acreditar la inscripció oficial corresponent, l'ex cònjuge a càrrec de l'assegurat, així com els descendents a càrrec del mateix que siguin menors de 26 anys o que tinguin una discapacitat en grau igual o superior al 65%.

En el seu art. 1.3 també s'estableix que: *“En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente*<sup>42</sup>”.

Un dels conceptes claus als que recórrer la reforma de la legislació sanitària per a determinar la condició d'assegurat o beneficiari és el de residència. Aquesta exigència es configura en alguns casos com una situació administrativa en la que s'exigeix la corresponent autorització, com és el cas dels estrangers extracomunitaris. En el cas dels ciutadans europeus d'altres EEMM i assimilats es distingeix entre una estància inferior a tres mesos o una residència superior a aquest període, requerint-se en aquest últim supòsit la inscripció en el Registre General d'Estrangers.

En el cas dels ciutadans estrangers de tercers Estats, s'exclou a tots aquells que no tinguin la situació administrativa de residència, d'acord amb la Llei orgànica 4/2000, d'11 de gener, de drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social. Si bé abans el requisit era l'empadronament, a partir d'ara i en virtut de l'art. 3 ter de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del SNS: *“Los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en*

---

<sup>41</sup> Aquest últim apartat ha sigut objecte de modificació per la Disposició Final Onzena de la Llei 22/2013, de 23 de desembre, de Presupostos Generals de l'Estat per l'any 2014. Amb aquesta modificació s'ha introduït el requisit de “residir a Espanya” en els supòsits de *“haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo u otras prestaciones de similar naturaleza, encontrarse en situación de desempleo, no acreditar la condición de asegurado por cualquier otro título”*. Amb això, s'exclou el col·lectiu dels emigrants espanyols que es troben en aquestes circumstàncies i que estan fora del país més de noranta dies.

<sup>42</sup> Aquesta remissió al reglamentari ha estat concretada pel RD 1192/2012, de 3 d'agost, pel que es regula la condició d'assegurat i beneficiari a efectes de l'assistència sanitària a Espanya, amb càrrec a fons públics, a través del Sistema Nacional de Salut. El límit es fixa en *“no teniendo ingresos superiores en cómputo anual a cien mil euros ni cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía”*. També s'afegeix que sense cobertura legal precisa, els nacionals d'algun Estat membre de la UE de l'Espai Econòmic o de Suïssa *“deben estar inscritos en el Registro Central de Extranjeros”*.

*España, recibirán asistencia sanitaria en las siguientes modalidades: a) De urgencia por enfermedad grave o accidente, cualquiera que sea su causa, hasta la situación de alta medic; b) De asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso, los extranjeros menores de dieciocho años recibirán asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles”*

Per tant, la residència efectiva en el territori espanyol és una exigència per tal d'accedir a l'assistència sanitària un cop esgotada la prestació o el subsidi per atur, a més de figurar inscrit en l'oficina corresponent com a sol·licitant de treball, no acreditant la condició d'assegurat per qualsevol altre títol. La fixació dels ingressos en cent mil euros permet arribar a amplis sectors de la població, quedant excloses les rentes amb uns ingressos elevats. El tema de l'edat, ha set també utilitzat per regular l'accés a l'assistència sanitària ja que es senyala que, en qualsevol cas, els estrangers menors de divuit anys rebran assistència sanitària en les mateixes condicions que els espanyols.

Així doncs, l'àmbit d'aplicació<sup>43</sup> de les persones protegides o titulars dels drets a la protecció de la salut i a l'assistència sanitària a Espanya són: a) totes les persones espanyoles; b) les persones estrangeres que es trobin en el territori nacional segons les previsions de l'art. 12 de la Llei Orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social; c) nacionals dels EEMM de la UE en funció dels drets que resultin d'aplicació del Dret Comunitari i dels Tractats i Convenis que es subscriguin i que resultin d'aplicació; d) nacionals d'Estats no pertanyents a la UE, que tindran els mateixos drets que els hi siguin reconeguts per les Lleis, els Tractats i els Convenis d'aplicació; e) espanyols d'origen residents a l'exterior i retornats a Espanya i pensionistes espanyols residents a l'exterior en els seus desplaçaments temporals a Espanya, quan així ho prevegin les normes d'aplicació.

Dins d'aquest repàs de la legislació espanyola en matèria de sanitat i assistència sanitària, no es pot deixar de banda tampoc, la recent adopció del RD 81/2014, de 7 de febrer, pel que s'estableixen normes per a garantir l'assistència sanitària transfronterera, i pel que es modifica el RD 1718/2010, de 17 de desembre, sobre recepta mèdica i ordres de dispensació. Aquest RD, que transposa la Directiva 2011/24/UE, relativa als drets dels pacients a l'assistència sanitària transfronterera, adopta una sèrie de mesures per tal d'aconseguir l'objectiu establert en aquesta; tema que serà tractat amb més deteniment en el capítol tercer del present estudi.

En conseqüència, la prestació d'assistència sanitària de la Seguretat Social s'ha d'entendre no com un simple mecanisme d'assegurament, sinó com un servei públic essencial que els poders públics es veuen obligats a proporcionar, amb el material i personal que precisin les Lleis que desenvolupen el text constitucional.

---

<sup>43</sup> Article 1 de la Llei Orgànica 14/1985, de 25 de d'abril, General de Sanitat.

## 5. SISTEMA COMPETENCIAL EUROPEU EN REFÈRENCIA A LA SALUT

Les competències de la UE, ja des de les inicialment previstes pel Tractat CECA de 1951, es regeixen pel principi d'atribució<sup>44</sup>, fet que suposa que la UE no disposa de poders generals sinó específics, concretats cas per cas en els Tractats constitutius. Això vol dir que la UE no té competències pròpies originalment, sinó que les que posseeix són fruit d'una atribució voluntària de cada EM per tal d'aconseguir els objectius que aquets determinen i per tant, només podran actuar dins dels límits de les competències que li atribueixen aquest en el Tractat<sup>45</sup>. Es tracta doncs, d'una cessió de sobirania dels EEMM respecte a la UE, on els Estats renuncien a exercir determinades competències concretes i traslladen l'exercici de la competència a les Institucions de la UE<sup>46</sup>; de manera que tota competència no atribuïda a la UE en el Tractat correspon als EEMM, i tot allò no regulat en aquest roman sota plena sobirania nacional. Per tant, el principi d'atribució de competència és el principi que delimita la competència comunitària respecte de les competències dels EEMM.

El TFUE distingeix tres tipus de competència i conté una llista no exhaustiva dels àmbit d'aplicació de cada un d'ells, catalogant-se entre exclusives, compartides, i de recolzament, coordinació i complement. En les competències exclusives<sup>47</sup> la UE és la única que pot legislar i adoptar actes vinculants en els àmbits establerts com a tal, i el paper dels EEMM es limita a la seva aplicació, excepte que la Unió els autoritzi per a adoptar sols determinats actes. És a dir, que els Estats perden immediata i irreversiblement tota possibilitat d'intervenció en l'àmbit competencial de que es tracti, i l'atribució resulta total, definitiva i absoluta. Aquesta categoria de competències, forçosament escassa, pertany a la política monetària, la política comercial comú, la unió duanera i la conservació dels recursos marins.

Les competències compartides<sup>48</sup>, fan referència als casos en que en una determinada matèria tant els EEMM com la UE són competents per legislar i adoptar actes jurídicament vinculants, però els Estats estan habilitats per exercir aquestes competències únicament si la Unió

---

<sup>44</sup> Article 5.1 TUE: “*La delimitación de las competencias de la Unión se rige por el principio de atribución. El ejercicio de las competencias de la Unión se rige por los principios de subsidiariedad y proporcionalidad*”.

<sup>45</sup> Article 5.2 TUE: “*En virtud del principio de atribución, la Unión actúa dentro de los límites de las competencias que le atribuyen los Estados miembros en los Tratados para lograr los objetivos que éstos determinan. Toda competencia no atribuida a la Unión en los Tratados corresponde a los Estados miembros*”.

<sup>46</sup> MANGAS MARTIN, A.: *La distribución de competencias en la Unión Europea y el principio de subsidiariedad*. Catedràtica de Dret Internacional Públic. Universidad de Salamanca. Pàg. 3. Disponible a: [http://idpbarcelona.net/docs/actividades/seminarioue/distribucion\\_competencias\\_mangas\\_martin.pdf](http://idpbarcelona.net/docs/actividades/seminarioue/distribucion_competencias_mangas_martin.pdf)

<sup>47</sup> Article 3 del TFUE: “*La Unión dispondrá de competencia exclusiva en los ámbitos siguientes: a) la unión aduanera; b) el establecimiento de las normas sobre competencia necesarias para el funcionamiento del mercado interior; c) la política monetaria de los Estados miembros cuya moneda es el euro; d) la conservación de los recursos biológicos marinos dentro de la política pesquera común; e) la política comercial común*”.

<sup>48</sup> Article 4 TFUE.

no ha exercit la seva<sup>49</sup>. En aquesta categoria s'hi estableixen la major part de les competències comunitàries, i entre elles trobem el mercat interior; agricultura i pesca; medi ambient; transports; protecció dels consumidors; energia; l'espai de llibertat, seguretat i justícia; els assumptes comuns de seguretat en matèria de salut pública, entre d'altres. Els àmbits de competència compartida són els expressament escollits pel Tractat, ja des de 1992, en que s'ha d'aplicar el principi de subsidiarietat. Aquest principi, consagrat a l'art. 5 del TUE pretén determinar el nivell d'intervenció més pertinent en els àmbits mencionats. Per tant, en els àmbits que no siguin de competència exclusiva de la UE, el principi de subsidiarietat persegueix protegir la capacitat de decisió i actuació dels EEMM i legitima la intervenció de la UE quan els Estats no puguin aconseguir de manera suficients els objectius d'una acció “*deguda a la dimensió o els efectes de l'acció pretesa*”<sup>50</sup>. Es pot tractar d'una acció a escala europea, nacional o local. En qualsevol cas, la UE només pot intervenir quan la seva actuació sigui més eficaç que la dels EEMM.

Per últim trobem les anomenades competències de recolzament, coordinació i complement<sup>51</sup>. En aquests àmbits l'acció comunitària és simplement de recolzament (o complement) de la competència estatal, i per tant no desplaça la dels EEMM, i queda exclosa expressament la competència d'harmonització de les disposicions legislatives i reglamentàries dels EEMM. En aquest cas es tracten de competències comunitàries en matèria d'educació, formació professional, turisme, cultura i salut pública.

Així, tal i com s'ha mencionat a l'inici del capítol, la sanitat no és una competència atribuïda exclusivament a la UE, sinó que la competència és principalment dels Estats, de manera que el rol de la Unió es basa en complementar, coordinar i recolzar les polítiques nacionals, ja que com s'ha vist, no existeix un sistema sanitari únic europeu, sinó varis, i entre cada un hi ha també les seves diferències, degut a que la seguretat social i la seva gestió és un àmbit que recau en els governs nacionals de cada EM. Tot i això, mentre que la UE té limitada la seva competència en moltes àrees de la salut en l'àmbit europeu, i té la obligació de respectar les responsabilitats de cada EM a l'hora de definir la seva pròpia política, organització i gestió dels serveis sanitaris<sup>52</sup>, hi ha unes altres àrees on la UE té competència per involucrar-se en aspectes sanitaris.

---

<sup>49</sup> DE NANCLARES, JMYP.: *La delimitación de competencias entre la Unión Europea y los Estados Miembros: sobre el difícil equilibrio entre la flexibilidad, la eficacia y la transparencia*. Revista de Derecho Comunitario Europeo, Año nº6, Nº12, 2002. Pàgs. 355 i ss.

<sup>50</sup> Article 5.3 TUE.

<sup>51</sup> Art. 6 TFUE: “*La Unión dispondrá de competencia para llevar a cabo acciones con el fin de apoyar, coordinar o complementar la acción de los Estados miembros. Los ámbitos de estas acciones serán, en su finalidad europea: la protección y mejora de la salud humana [...]*”.

<sup>52</sup> Article 168.7 TFUE: “*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*

La regulació al dret a la salut en el marc europeu ha anat evolucionat des dels inicis de la integració europea<sup>53</sup>. Ja des de l'establiment de la Comunitat europea de l'Energia Atòmica (CEEA) es contenia un conjunt de disposicions lligades a la protecció sanitària<sup>54</sup> dins del prolongament del seu Preàmbul on s'indicava que els Estats Membres (EEMM) estaven “*preocupados por establecer condiciones de seguridad que eviten todo riesgo para la vida y la salud de las poblaciones*”. En el tractat constitutiu de la Comunitat econòmica europea (CEE) es troba una única menció de “la protecció contra els accidents i les malalties professionals” a l'art. 118 CEE dedicat als treballadors. L'Acta Única, encara que confirmi el vincle entre la dimensió econòmica d'acord amb la construcció i la salut de la UE, la separa irresistiblement en la mesura en què li transfereix una nova competència a la CEE, el medi ambient, implica una “protecció de la salut de les persones” desvinculades del tractament d'actors econòmics o socials.

La salut pública va ser introduïda de manera expressa en l'àrea de competències de la UE per primer cop amb el Tractat de Maastricht, regulat actualment a l'art. 168 del TFUE. La importància de la salut està reconeguda en el seu apartat primer que estableix que “*al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Unión se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana*”. Aquest objectiu recau també a l'art. 9 TFUE (nivell elevat “de protecció de la salut humana”). Tot i això, la protecció i la millora de la salut humana és una àrea on la UE està generalment limitada a la categoria de competència de recolzar, coordinar i complementar. L'art. 168.7 TFUE reconeix expressament que tots els EEMM són responsables de definir la política de salut, la gestió dels serveis de salut i l'atenció mèdica i l'assignació dels recursos assignats a ells. No obstant, en alguns aspectes relacionats amb la salut, la UE comparteix la competència amb els EEMM. Un grup de competències compartides relatives a assumptes de seguretat comuna van ser introduïts pel Tractat d'Amsterdam i ampliadés pel Tractat de Lisboa; l'art. 168.4 TFUE preveu que la Unió adoptarà mesures relatives a: la qualitat i seguretat dels òrgans i la sang; certes mesures en l'àmbit veterinari i fitosanitari. Similarment, l'art. 168.5 TFUE proporciona a la UE competències per adoptar mesures de foment destinades a protegir i a millorar la salut humana.

No es pot deixar al marge tampoc la protecció a la salut establerta a la Carta de Drets Fonamentals de la Unió Europea (CDFUE)<sup>55</sup> en el seu art. 35 que preveu que “*tota persona té dret a la prevenció sanitària i a beneficiar-se de l'atenció sanitària en les condicions establertes per les legislacions i pràctiques nacionals. Al definir-se i executar-se totes les polítiques i accions de la Unió es garantirà un alt nivell de protecció de la salut humana*”. Cal recordar que la

---

*apartado 4 se entenderán sin perjuicio de las disposiciones nacionales en materia de donaciones o uso médico de órganos y sangre*”

<sup>53</sup> BLANC, D.: *La planification des services de santé et le droit de l'Union européenne. Vers la reconnaissance d'une "exception sanitaire" ou l'intégration de la santé au marché?* Université Perpignan, 2013. Pàgs. 218 i ss.

<sup>54</sup> El capítol 3 del títol I del tractat està dedicat a “La protecció sanitària” (arts. 30 a 39 Euratom).

<sup>55</sup> De 7 de desembre de 2000, adaptada el 12 de desembre de 2007 a Estrasburg.

CDFUE, tot i no reproduir-se en els Tractats Constitutius vigents, té idèntic valor jurídic que aquests conforme a l'art. 6 TUE, des de l'entrada en vigor del Tractat de Lisboa.

L'art. 114 TFUE s'utilitza com la base legal per adoptar mesures en l'àmbit dels medicaments i productes medicinals, la seguretat alimentària i l'etiquetatge, l'assistència sanitària transfronterera, i el tabac. El seu apartat tercer estableix que les propostes de la Comissió es basaran en un nivell de protecció elevat de la salut.

L'art. 48 TFUE és rellevant per a la coordinació de prestacions sanitàries entre EEMM; l'art. 56 afecta al dret dels pacients a obtenir assistència sanitària a l'estranger; l'art. 53 i 153 relatius als treballadors sanitaris i la prestació de serveis de salut.

A nivell internacional, l'art. 168.3 estableix que la Unió té competència per fomentar la cooperació amb tercers països i organitzacions internacionals en l'esfera de la salut pública.

Per tant, actualment, el rol de la UE en relació als sistemes sanitaris i les seves polítiques té una doble vessant<sup>56</sup>. En primer lloc, i com ja s'ha vist, l'art. 168 TFUE proporciona una base a la UE perquè promogui polítiques de salut públiques i és el punt més arrelat pel que fa a l'activitat de polítiques sanitàries, remuntant-se en els programes verticals inicials sobre SIDA i càncer, així com l'activitat en l'àmbit de la informació de la salut. El segon aspecte es refereix al paper del mercat interior en la política europea d'atenció mèdica. És a dir, tot i que la major part del paper de la UE en polítiques sanitàries es limita a recolzar i complementar les polítiques nacionals i fomentar la cooperació entre els EEMM, i els quals són responsables dels seus propis sistemes sanitaris, la Unió comparteix competència per legislar en el camp de la salut quan es tracta d'aspectes i matèries que estan relacionades amb el mercat interior.

No obstant això, la definició de les polítiques nacionals sanitàries continuen essent competència exclusiva dels EEMM<sup>57</sup>. És a dir, que correspondrà als governs nacionals de cada EM definir, organitzar i regular el seu sistema de seguretat social; definir les seves polítiques sanitàries i assistencials; aprovar el pressupost destinat a la sanitat, tant en termes de prestacions com de personal mèdic i instal·lacions; l'organització o subministrament de serveis sanitaris i d'atenció sanitària; establir l'àmbit d'aplicació i els requisits necessàries per tal de beneficiar-se d'aquesta, etc. Tal i com s'ha dit, no existeix un sistema de Seguretat Social únic europeu, ni els Estats li han atribuït a la UE aquesta competència<sup>58</sup>, de manera que la regulació dels sistemes sanitaris, la seva gestió i finançament, l'organització interna i legislació recau en els EEMM i en els seus governs nacionals, limitant la competència de la Unió a la coordinació. Aquesta coordinació no implica en cap moment la unificació dels sistemes de seguretat social, sinó que el

---

<sup>56</sup> AZZOPARDI-MUSCAT, N; CLEMENS, T; STONER, D; BRAND, H.: *EU Country Specific Recommendations for Health Systems in the European Semester process: Trends, discourse and predictors*. Article actualitzat el 9 de gener de 2015. Pàg. 2. Disponible a: [www.elsevier.com/locate/healthpol](http://www.elsevier.com/locate/healthpol)

<sup>57</sup> Europa.eu [pàgina web] Web Oficial de la Unió Europea. Disponible a: [http://europa.eu/legislation\\_summaries/public\\_health/index\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/index_es.htm)

<sup>58</sup> HERVEY, T; i VANHERCKE, B.: Chapter 2: *Health care and the EU: the law and policy patchwork*. Health Systems Governance in Europe. Cambridge 2010. Pàgs. 92 i ss.

que es pretén, és establir uns mecanismes per tal de que un ciutadà europeu que vulgui fer ús del seu dret de lliure circulació i que es traslladi, treballi i resideixi en un altre EM, i que per tant, cotitzi allà, quedant subjecte a l'afiliació d'aquell país; i en el moment en que vulgui tornar al seu EM d'origen, se li acumuli el període de cotització generat a l'altre EM. És a dir, que a part de gaudir dels avantatges que aporta la lliure circulació de treballadors, en termes de no discriminació per raó de nacionalitat i igualtat de tractament, se'ls hi tinguin en compte també els anys cotitzats en un altre EM, per beneficiar-se dels pagaments i prestacions que se'n deriven.

En aquest sentit, la Unió Europea va adoptar per primer cop a l'any 1971 el Reglament (CEE) 1408/71 del Consell, de 14 de juny de 1971, relatiu a l'aplicació dels règims de seguretat social als treballadors per compte aliè, als treballadors per compte propi i als membres de les seves famílies que es desplacen dins de la Comunitat, i que després de varies reformes al llarg dels anys, va ser finalment modificat pel Reglament (CE) n°883/2004 del Parlament Europeu i del Consell de 29 d'abril de 2004, sobre la coordinació dels sistemes de seguretat social. El que es pretenia amb aquest Reglament era crear unes normes sobre coordinació dels sistemes nacionals de seguretat social, degut a que formen part del marc de la lliure circulació de les persones, per tal de contribuir a millorar el nivell de vida i les condicions de treball d'aquests, respectant sempre les característiques especials de les legislacions nacionals en aquesta matèria. L'objectiu doncs, era establir una coordinació entre tots els sistemes de seguretat social per tal de que els ciutadans, a l'hora de desplaçar-se entre els EEMM, gaudissin d'igualtat de tracte dins de la UE conforme a les diverses legislacions nacionals. És a dir, el Reglament estableix unes mesures comunes per tots els EEMM en referència als sistemes de seguretat social, per tal de que els treballadors que vulguin fer efectiva la seva llibertat de circulació no es trobin en situacions desfavorables ni en diferenciació de tracte en comparació als nacionals d'aquell EM; i per tant, que pugin rebre prestacions mèdiques i subsidis.

L'altre mecanisme regulador<sup>59</sup> que ha utilitzat la UE en aquest àmbit, i que a diferència del Reglament esmentat no pretén coordinar, sinó harmonitzar, és la Directiva. A través d'aquestes, s'obliga als EEMM a aconseguir un "resultat" en un termini de temps, deixant a les autoritats nacionals l'elecció de la forma i dels mitjans per dur-lo a terme. És a dir, l'harmonització no pretén unificar; simplement marca uns objectius o resultat a obtenir, atorgant així la discrecionalitat als EEMM per tal de que cada un d'ells l'adopti de la manera que precisi convenient. Per tant, aquesta no pretén establir les mesures ni ser obligatòria en tots els seus elements, sinó que intenta aproximar les legislacions nacionals respectant, alhora, les particularitats nacionals; i eliminar de mica en mica les contradiccions entre el dret europeu i el dret nacional, a mesura que els EM s'imposin els mateixos resultats. Aquesta harmonització la veurem en els següents capítols a través de les dues Directives en relació al mercat únic.

---

<sup>59</sup> MANGAS MARTÍN, A. i LIÑÁN NOGUERAS, D.J.: *Instituciones y derecho de la Unión Europea*. Sisena Edició. Ed: Tecnos. Pàg. 351.



## CAPÍTOL II. LA LLIURE PRESTACIÓ DE SERVEIS SANITARIS A EUROPA

### 1. INTRODUCCIÓ

Queda reflectit que, al 1957, el Tractat de Roma no preveia ni regulava els pacients ni els ciutadans, sinó que a l'època de la construcció comunitària, s'inspirava en el seu conjunt de valors de lliure comerç. L'objectiu que es perseguia era l'establiment d'un mercat comú fundat en les quatre grans llibertats "fonamentals" que són la lliure circulació de mercaderies, treballadors, serveis i capitals, per una banda, i la lliure competència entre empreses per una altra. La Comunitat pretenia garantir la mobilitat de les persones dins del seu territori<sup>60</sup> eliminant els obstacles i, al mateix temps, fent tot el possible per promoure i facilitar-la, ja que si una persona es traslladava a un altre EM i l'interessat perdia tots o una part dels seus drets en matèria de seguretat social (pensions, aturs, prestacions per malaltia o familiars), la lliure circulació de treballadors assegurada pel tractat hauria estat fortament travada<sup>61</sup>. Així doncs, el principi de lliure circulació i residència, amb la finalitat de dur a terme una activitat econòmica, era l'eix essencial en un procés d'integració basat en la lliure circulació i residència per accedir a un treball assalariat o per compte pròpia, per prestar o rebre un servei, exercir de manera estable una professió o obrir un negoci<sup>62</sup>. A conseqüència, residir en un Estat membre per realitzar aquestes activitats econòmiques havia quedat ja, des de mitjans dels anys setanta, al marge de tot poder discrecional dels EEMM. En un principi, i a tenor de l'art. 48 del TCEE<sup>63</sup>, la lliure circulació només comprenia el dret a desplaçar-se pel territori de la Comunitat per ocupar un lloc de treball prèviament pactat, és a dir, per realitzar una activitat econòmica i per a respondre a una "oferta de treball efectiva". S'excloïa per tant, la lliure circulació per buscar feina, i el dret a desplaçar-se pel territori de la CEE i a residir i romandre en qualsevol país de la Comunitat, un cop finalitzada la relació laboral<sup>64</sup>. En conseqüència, hi havia una restricció al terme de persones, que eren considerades com agents econòmics, limitant així l'àmbit objectiu de la lliure circulació de persones a aquells nacionals comunitaris que es desplaressin a l'interior de la Comunitat, amb el

---

<sup>60</sup> Articles 39-42, 43 i 49-50 TCE.(actualment articles 45-48, 49 i 56 i 57 TFUE)

<sup>61</sup> MAVRIDIS, P.: *La libre circulation des patients: la boucle est-elle bouclée?* Petites affiches, n° 119, 13 juin 2008. Pàg. 2 i 3. Disponible a: [https://www.courdecassation.fr/IMG/File/pdf\\_2007/02\\_04\\_2007/02-04-2007\\_mavridis.pdf](https://www.courdecassation.fr/IMG/File/pdf_2007/02_04_2007/02-04-2007_mavridis.pdf)

<sup>62</sup> MANGAS MARTÍN, A. i LIÑÁN NOGUERAS, D.J.: *Instituciones y derecho de la Unión Europea...* op. cit. Pàgs. 147 i ss.

<sup>63</sup> Article 48.3 TCEE: "*Sin perjuicio de las limitaciones justificadas por razones de orden público, seguridad y salud públicas, la libre circulación de los trabajadores implicará el derecho: a) de responder a ofertas efectivas de trabajo; b) de desplazarse libremente para este fin en el territorio de los Estados miembros; c) de residir en uno de los Estado miembros con el objeto de ejercer en él un empleo, de conformidad con las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas aplicables al empleo de los trabajadores nacionales; d) de permanecer en el territorio de un Estado miembro después de haber ejercido en él un empleo, en las condiciones previstas en los reglamentos de aplicación establecidos por la Comisión*".

<sup>64</sup> ALCODEA LUZARRAGA. F.: *La integración Europea. Análisis histórico-institucional con textos y documentos. II Génesis y desarrollo de la Unión Europea (1979-2002)*. Ed: Tecnos, 2000 Pàgs. 117 i ss.

fi de dur a terme una activitat laboral per compte pròpia o aliena. Tot i això, la jurisprudència del TJ va anar desconnectant aquest vincle, donant així una virtualitat pròpia a la lliure circulació de persones a través de les seves interpretacions, tant del propi principi com de la prohibició de no discriminació per raó de nacionalitat i de les seves excepcions<sup>65</sup>.

Una de les grans aportacions del Tractat de Maastricht va ser el concepte de ciutadania de la Unió europea per tota persona que tingués la nacionalitat d'un dels EEMM. Es va crear doncs, per reforçar els drets i interessos dels nacionals dels seus EEMM i potenciar la identitat europea, fent d'aquesta un complement i no un substitut de la nacionalitat pròpia. A conseqüència, els ciutadans europeus també són titulars dels drets i deures previstos al TUE. Actualment, és l'art. 21.1 del TFUE el que reconeix que *“todo ciudadano de la Unión tendrá derecho a circular y residir libremente en el territorio de los Estados miembros, con sujeción a las limitaciones y condiciones previstas en los Tratados y en las disposiciones adoptadas para su aplicación”*. Els principis de lliure circulació i de ciutadania europea permeten als ciutadans que es trobin en la mateixa situació obtenir el mateix tracte jurídic, independentment de la seva nacionalitat i sense perjudici de les exempcions previstes. D'aquesta manera, seria incompatible amb el Dret de la UE que un ciutadà europeu que es traslladés en un altre EM, rebés un tractament menys favorable en comparació a un nacional d'aquell Estat, quan es trobessin en les mateixes circumstàncies.

És per això que des del inici de la construcció europea, el legislador comunitari va establir, conforme a l'art. 42 TCE<sup>66</sup> les mesures necessàries per establir aquesta llibertat, adoptant el Reglament n°3/58 relatiu a la seguretat social dels treballadors emigrants, transformat posteriorment en el Reglament n°1408/71 relatiu als règims de seguretat socials als treballadors per compte d'aliena i els seus familiars que es desplacin dins de la Comunitat<sup>67</sup>. Aquest Reglament, que va ser el primer text de dret derivat de caràcter social, no intentava instaurar una harmonització, sinó una coordinació dels règims nacionals de seguretat social per tal de garantir una protecció completa i continuada dels treballadors que feien ús del seu dret a la lliure circulació.

---

<sup>65</sup> DÍEZ MORENO, F.: *Manual de derecho de la Unión Europea*. Cinquena edició. Thomson Reuters, 2009. Ed: Aranzadi SA. Pàgs 504 i ss.

<sup>66</sup> Article 42 TCE (actualment article 48 TFUE): *“El Parlamento Europeo y el Consejo, con arreglo al procedimiento legislativo ordinario, adoptarán, en materia de seguridad social, las medidas necesarias para el establecimiento de la libre circulación de los trabajadores, creando, en especial, un sistema que permita garantizar a los trabajadores migrantes por cuenta ajena y por cuenta propia, así como a sus derechohabientes: a) la acumulación de todos los períodos tomados en consideración por las distintas legislaciones nacionales para adquirir y conservar el derecho a las prestaciones sociales, así como para el cálculo de éstas; b) el pago de las prestaciones a las personas que residan en los territorios de los Estados miembros”*

<sup>67</sup> Reglament (CEE) n° 1408/71 relatiu als règims de seguretat socials als treballadors per compte d'aliena i els seus familiars que es desplacin dins de la Comunitat, actualment derogat pel Reglament (CE) n° 883/2004 del Parlament Europeu i del Consell, de 29 d'abril de 2004, sobre la coordinació dels sistemes de seguretat social; tot i que el primer Reglament segueix estant en vigor, i els seus efectes jurídics són vàlids, en els actes com el Reglament (CE) n°859/2003; Reglament (CEE) n° 1661/85; la Directiva 98/49/ CE.

Aquesta coordinació comunitària mantenia els sistemes de seguretat social, que continuaven essent competència nacional i que es caracteritzaven per la seva territorialitat. Per tal d'intentar posar remei als inconvenients que podia causar aquesta territorialitat i protegir així el treballador desplaçat, la normativa comunitària preveia un mecanisme, encara present, basat en els quatre principis següents: a) igualtat de tractament entre nacionals i no nacionals; b) unitat de legislació aplicable; c) totalització dels períodes d'assegurança (o la conservació dels drets en curs d'adquisició); d) l'exportació de beneficis dins de la Comunitat (eliminació de les clàusules de residència o el manteniment dels drets adquirits).

Tal i com diu MAVRIDIS<sup>68</sup>, tot i la seva territorialitat, els sistemes sanitaris i de seguretat social es troben des de l'assoliment del mercat interior en una constant recerca de l'equilibri entre les llibertats econòmiques i la protecció social. És a dir, que el desafiament és el de conciliar, per una part, les regles de mercat previstes pel TFUE (les quatre llibertats i la competència), i, d'una altra, la voluntat natural dels EEMM de mantenir a favor dels seus nacionals, estructures socials financerament viables, accessibles a tothom i organitzades de tal manera que puguin constantment garantir una oferta de serveis sanitaris ampli i de qualitat<sup>69</sup>. Es va adoptar també la Directiva 2004/38/CE<sup>70</sup> relativa al drets dels ciutadans de la Unió i dels membres de les seves famílies a circular i residir lliurement en el territori dels EEMM que va modernitzar i codificar el règim jurídic d'entrada, estada i residència dels ciutadans, a desenvolupar el principi d'unitat familiar i a concretar alguns dels seus drets essencials, com la igualtat de tracte. Igualment es va aprovar el Reglament (CE) n° 883/2004<sup>71</sup>, sobre coordinació dels Sistemes de Seguretat Social on, tal i com el mateix títol indica, s'intenten coordinar els sistemes de Seguretat Social i es regulen aspectes tan importants com les prestacions de vellesa, de supervivència, accidents de treball i malaltia professional, subsidis de defunció, prestacions d'atur i familiars i prestacions de malaltia. Aquestes normatives constitueixen també un marc jurídic pel reemborsament dels costos de l'assistència sanitària rebuda en un EM diferent d'aquell del que està assegurat el pacient. Per tant, en matèria d'assistència sanitària, la UE ha intentat establir normes de coordinació que assegurin als treballadors que es desplacen dins de la UE i als seus drethavents i als seus supervivents, el manteniment dels drets i beneficis adquirits, i intentant garantir una protecció que reguli la situació de les persones amb residència o estància en un EM diferent a l'Estat d'origen.

Per tant, veiem que per un cantó la UE estableix mesures de coordinació entre els EEMM per tal de que els ciutadans que es desplacen, resideixen i treballen en un altre EM puguin rebre la mateixa assistència sanitària que un nacional d'aquell Estat, supeditat als requisits

---

<sup>68</sup> MAVRIDIS, P.: *La libre circulation des patients: la boucle est-elle bouclée?*...op. cit. Pàg. 2 i 3.

<sup>69</sup> Confrontació que es veurà a continuació amb les sentències Kohll i Decker.

<sup>70</sup> Directiva 2004/38/CE del Parlament Europeu i del Consell, de 29 d'abril, relativa al dret dels ciutadans de la Unió i els membres de les seves famílies a circular i residir lliurement en el territori dels Estats membres.

<sup>71</sup> Reglament (CE) n° 883/2004 del Parlament Europeu i del Consell de 29 d'abril de 2004, sobre la coordinació dels sistemes de seguretat social.

administratius<sup>72</sup> que pugui imposar el país d'acollida, ja que s'ha de recordar que la regulació del SSS recau sobre els governs nacionals, de manera que la UE només intenta coordinar i garantir uns mínims.

D'una altra banda també, existeix la possibilitat de que un nacional d'un EM decideixi rebre assistència sanitària en un altre EM. En aquest cas, s'ha de vincular la sanitat amb la lliure prestació de serveis. L'apartat d) de l'art. 57 TFUE<sup>73</sup> enumera entre els serveis als que s'aplica el principi de lliure prestació, les activitats professionals. Aquesta llibertat té una doble vessant: la de professionals de prestar serveis a qualsevol EM, i la llibertat dels usuaris a desplaçar-se a altres Estats per buscar aquests serveis.

La regulació en la primera vessant és complexa per tractar-se de professions titulades, cosa que comporta en si mateix un obstacle a la llibertat de prestació de serveis<sup>74</sup>. Intentant conciliar aquest problema, es van dictar durant els anys setanta i vuitanta varies Directives en les que es contemplaven una sèrie de mesures dirigides al reconeixement de títols, certificats i diplomes, amb la finalitat de facilitar l'aplicació del Tractat<sup>75</sup>

Tot i que al llarg dels anys, des del inici de la integració europea es va intentar aconseguir una liberalització total dels serveis, pel que fa als serveis sanitaris, la regulació normativa va ser precària. És per això que, en els supòsits en que és l'usuari qui es desplaça a un altre EM amb la finalitat de rebre el servei sanitari, ha sigut el TJUE qui en varies ocasions ha intervingut en aquest tema, tal i com s'analitzarà a continuació.

## 2. LA DIRECTIVA 2006/123, DE SERVEIS

Tenint en compte allò explicat anteriorment, i amb el fi d'aconseguir un autèntic mercat interior amb la plena efectivitat de la prestació de serveis, es va aprovar la Directiva 2006/123<sup>76</sup> de serveis (DS), que va ser un dels textos que, des de la seva proposta inicial, va generar més expectació degut a la seva transcendència i ambició d'impulsar una àmplia obertura i una major

---

<sup>72</sup> Requisits que poden ser la inscripció a un Registre, o la contractació d'una assegurança mèdica.

<sup>73</sup> L'article 57 TFUE estableix que: "*con arreglo al presente Tratado, se considerarán como servicios las prestaciones realizadas normalmente a cambio de una remuneración, en la medida en que no se rijan por las disposiciones relativas a la libre circulación de mercancías, capitales y personas. Los servicios comprenderán en particular: [...] d) actividades propias de las profesiones liberales*".

<sup>74</sup> PEMÁN GAVÍN, J.: *Asistencia sanitaria pública y libre prestación de servicios. Sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo*. Revista de Administración Pública. Núm. 160. Enero-abril 2003. Pàg. 142.

<sup>75</sup> Directiva 78/686/CEE de 25 de juliol de 1978, sobre reconeixement recíproc dels diplomes, certificats i altres títols odontològics; Directiva 78/687/CEE de 25 de juliol de 1978 sobre la coordinació de les disposicions legals, reglamentaries i administratives relatives a les activitats dels odontòlegs; Directiva 93/16/CEE, de 5 d'abril de 1993, sobre lliure circulació de metges i el reconeixement mutu dels seus diplomes, certificats i altres títols.

<sup>76</sup> Directiva 2006/123/CE del Parlament Europeu i del Consell de 12 de desembre de 2006, relativa als serveis del mercat interior.

competitivitat del sector de serveis<sup>77</sup>, tot i que el text adoptat l'any 2006 difereix considerablement de la proposta inicial<sup>78</sup>. La DS estableix les disposicions generals necessàries per a facilitar l'exercici de la llibertat d'establiment dels prestadors de serveis i la lliure circulació de serveis, mantenint, al mateix temps, un nivell elevat de qualitat en els serveis<sup>79</sup>. Aquesta normativa, es basa en quatre pilars fonamentals que són facilitar la llibertat d'establiment i la llibertat de prestació de serveis a la UE; reforçar els drets dels destinataris i dels serveis en la seva qualitat d'usuaris; fomentar la qualitat dels serveis; establir una cooperació administrativa entre els EEMM. És a dir, s'intenten reduir els obstacles i barreres administratives que dificulten la lliure prestació de serveis.

Pel que fa a l'àmbit d'aplicació, la DS estableix un marc jurídic general per qualsevol servei prestat a canvi d'una remuneració econòmica tenint en compte, al mateix temps, l'especificitat de determinades activitats o professions. Per tant, s'aplicarà als serveis prestats per prestadors establerts en un EM. Tot i això, no fa una llista extensiva dels serveis als qual s'aplica la directiva sinó que, tal i com el seu art. 2.2 indica, seran aquells que no queden excloses expressament del seu àmbit d'aplicació. La DS contempla serveis com la construcció i l'artesania; el comerç al detall; la majoria de les professions regulades, com per exemple advocats, arquitectes o enginyers; els serveis relacionats amb es empreses; turisme; serveis immobiliaris; l'educació privada.

Però, tal i com s'ha anunciat, la directiva recull importants excepcions de serveis, delimitant així l'àmbit d'aplicació material. En el seu art. 2.2.a) s'exclouen els "*serveis no econòmics d'interès general*" i a continuació es fa un llistat d'exclusions específiques de serveis. Queden fora de l'aplicació de la DS els serveis financers, comunicacions electròniques, transports, empreses de treball temporal, serveis audiovisuals, les activitats de joc per diner que impliquin apostes de valor monetari, serveis relatius a la seguretat privada, els serveis prestats per notaris i agents judicials designats per un acte oficial de l'Administració. L'art. 2.2.f) exclou també "*los servicios sanitarios, prestados o no en establecimientos sanitarios, independientemente de su modo de organización y de financiación a escala nacional y de su carácter público o privado*" de manera que es deixa fora del seu àmbit d'aplicació les prestacions de caràcter sanitari i assistencial.

Amb la intenció de complementar aquesta Directiva que exclouia de manera expressa, com s'ha vist, les prestacions de caràcter sanitari, i tenint en compte que era el TJ qui s'havia encarregat durant un llarg període de temps de clarificar les controvèrsies sorgides en aquest

---

<sup>77</sup> ESTEVE GARCIA, F.: *Els diferents instruments de liberalització inclosos en la Directiva 2006/123 de Serveis*. Revista catalana de dret públic, núm. 42, 2011.

<sup>78</sup> La proposta volia per una banda, impulsar la consolidació del mercat interior a nivell de serveis degut a les nombroses traves administratives que hi havia, i per un altra, facilitar el procés de liberalització multilateral.

<sup>79</sup> Article 1.1 de la Directiva 2006/123.

àmbit, es va aprovar la Directiva 2011/24/UE, relativa als drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera, ja que els Estats van considerar que la lliure circulació de pacients mereixia una regulació apart degut a la seva especificitat.

Tot i això, recentment han continuat sorgint dubtes que el TJ ha hagut de resoldre. Un d'aquest casos, i que s'analitzarà a continuació, és l'assumpte *Femarbel*<sup>80</sup> que planteja una qüestió prejudicial en relació a la compatibilitat de la normativa nacional belga i la interpretació de l'art. 2.2.f) i j) de la Directiva 2006/123/CE.

Cal esmentar primer, que en el territori de la Région de Bruxelles-Capitale, la COCOM<sup>81</sup> està facultada per exercitar les seves pròpies competències en matèries "personalitzables", com la política relativa a la tercera edat, amb respecte a particular i a institucions, centres i serveis que, degut a la seva organització, no pot considerar-se que pertanyin exclusivament a les comunitats flamenca o francesa<sup>82</sup>. L'abril de 2008 l'Assemblea conjunta de la COCOM va adoptar el Reglament de 2008 per tal de promoure un marc legal a tots els establiments per persones d'edat avançada. L'art. 4 d'aquest Reglament sostenia que les residències de serveis, els centres d'acollida diürna i els centres d'acollida nocturna podien ser objecte d'una programació, i un cop adoptada aquesta, estaria prohibit obrir o explotar un d'aquests establiments sense comptar amb l'autorització pertinent del Consell conjunt de la COCOM. És a dir, que per desenvolupar la seva activitat, aquests establiments necessitaven obtenir una autorització de funcionament provisional i posteriorment una homologació<sup>83</sup>. En base això, el Consell conjunt de la COCOM va adoptar la Resolució de 2009 per tal d'establir les normes relatives a la homologació a les que tenien que ajustar-se els establiments d'acollida o d'acolliment per persones d'edat avançada.

La *Fédération des maisons de repos privées de Belgique (Femarbel)* va sol·licitar al *Conseil d'État* l'anul·lació d'aquesta Resolució, al·legant el caràcter inconstitucional de les disposicions que formaven la seva base jurídica, és a dir, les del Reglament 2008 relatives, per una part, als procediments d'autorització d'homologació, així com de programació, i per altra banda, a les normes sobre la fixació dels preus facturats.

El *Conseil d'État* va plantejar a la *Cour constitutionnelle* dues qüestions prejudicials sobre la compatibilitat amb els arts. 10 i 11 de la Constitució, en relació a la Directiva 2006/123, dels règims d'homologació i de programació establerts per la Resolució citada per tal que els centres mencionats anteriorment poguessin desenvolupar les seves activitats. La *Cour constitutionnelle*, al seu torn, va suspendre el procediment i va plantejar al TJ qüestió prejudicial,

---

<sup>80</sup> Sentència del Tribunal de Justícia d'11 de juliol de 2013, en l'assumpte C-57/12.

<sup>81</sup> Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale.

<sup>82</sup> Bèlgica és un Estat federal que té diferents nivells d'organització. Apart del Govern federal, compta amb tres Regions (Valònia, la Regió Flamenca i la Regió de Brussel·les-Capital) que són les entitats federals principalment competents en matèria territorial; i compta també amb les Comunitats (francesa, flamenca i germanòfona) que són responsables dels assumptes lligats a la persona i la llengua.

<sup>83</sup> Arts. 11 a 19 del Reglament sobre establiment d'acollida o d'acolliment a persones grans, de 24 d'abril de 2008.

ja que tenia dubtes respecte a si els establiments citats podien estar compresos en l'àmbit d'aplicació de l'art. 2, apartat 2, lletres f) i j) de la Directiva 2006/123, i les disposicions internes pertinents als escrits presentats per les parts tampoc no li aclarien la situació.

El Tribunal determina que, per saber si els “serveis sanitaris” i els “serveis socials” es troben exclosos o no, l'òrgan jurisdiccional *“ha de precisar els elements constitutius d'aquests conceptes, de manera que aquest òrgan pugui determinar si, i en el seu cas, en quina mesura”* aquests centres d'acollida tan diürna com nocturna realitzen activitats excloses de l'àmbit d'aplicació de la Directiva, i estableix que *“només en el supòsit de que aquests centres duguin a terme amb caràcter principal aquestes activitats quedaran al marge de les normes establertes per la Directiva”<sup>84</sup>*.

Recorda també que el concepte de “serveis sanitaris” adoptat pel legislador europeu és bastant ampli, ja que inclou els serveis relatius a la salut humana tan si es presten en establiments sanitaris com si no i independentment del seu mètode d'organització, de finançament, i de la seva naturalesa. Assenyala també que l'apartat 22 de la DS estableix que *“la exclusión de los servicios sanitarios del ámbito de aplicación de la presente Directiva debe abarcar los servicios sanitarios y farmacéuticos prestados por profesionales de la salud a sus pacientes con objeto de evaluar, mantener o restaurar su estado de salud cuando estas actividades están reservadas a profesiones reguladas en el Estado miembro en que se presta el servicio”*.

El Tribunal recorda també el concepte d'“assistència sanitària” donat per l'art. 3, lletra a) de la Directiva 2011/24 que la defineix com *“los servicios relacionados con la salud prestados por un profesional sanitario a pacientes para evaluar, mantener o restablecer su estado de salud, incluidos la receta, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios”*. Aquesta definició doncs, amplia el concepte de “serveis sanitaris” i per tant l'abast de l'exclusió de l'àmbit d'aplicació de la Directiva 2006/123<sup>85</sup>.

A l'apartat 39 de la Sentència, el Tribunal menciona que, tal i com queda establert en el considerant setè de la DS, aquesta estableix un marc jurídic general que beneficia una àmplia gama de serveis, tenint en compte, no obstant, peculiaritats de cada tipus d'activitat i dels seus respectius sistemes de regulació, així com altres objectius d'interès general, inclosa la protecció de la salut pública. D'això es dedueix que el legislador va pretendre expressament *“garantizar el respeto de un equilibrio entre, por una parte, el objetivo de eliminar los obstáculos a la libertad de establecimiento de los prestadores y a la libre circulación de servicios y, por otra, la exigencia de salvaguardar las especificidades de determinadas actividades sensibles, en particular las relacionadas con la protección de la salud humana”*.

El Tribunal considera doncs que, l'art. 2.2.f) de la Directiva 2006/123 s'ha d'interpretar en el sentit de que l'exclusió de serveis sanitaris de l'àmbit d'aplicació d'aquesta Directiva

---

<sup>84</sup> Apartat 33 de la Sentència.

<sup>85</sup> Apartat 38 de la Sentència.

engloba “tota activitat destinada a avaluar, mantenir o restablir l’estat de salut dels pacients, sempre que aquesta activitat sigui exercitada per professionals reconeguts com a tal segons allò disposat a la legislació de l’Estat membre que es tracti, i independentment de l’organització, la forma de finançament i la naturalesa pública o privada de l’establiment en el que es dispensin les cures” i afegeix que “correspon al jutge nacional comprovar si els centres d’acollida diürna i els centres d’acollida nocturna estan exclosos de l’àmbit d’aplicació de la referida Directiva tenint en compte la naturalesa de les activitats que realitzin allà els professionals de la salut i el fet de que tals activitats constitueixin una part principal dels serveis oferts per aquests centres<sup>86</sup>”. És a dir, que en cas de que aquests serveis sanitaris i socials no constitueixin l’activitat principal dels serveis que s’ofereixen en el centre, no quedaran exclosos de l’àmbit d’aplicació de la Directiva; pel contrari, si aquests suposen la prestació de serveis principals, quedarà exclosa.

Pel que fa a l’art. 2.2.j) de la Directiva, en fa una interpretació similar a l’anterior, en el sentit de que l’exclusió dels serveis socials de l’àmbit d’aplicació de la Directiva s’estenen a “tota activitat relativa, en particular, a l’ajuda i a l’assistència a les persones d’edat avançada, sempre que la realitzi un prestador de serveis privat per mandat de l’Estat mitjançant un acte que atribueixi de manera clara i transparent una vertadera obligació de prestar tal serveis complint determinats requisits específics de l’exercici”. Correspondrà, igualment, al jutge nacional comprovar si aquests centres queden exclosos o no de l’àmbit d’aplicació de la Directiva.

D’aquesta Sentència se’n desprèn el gran marge de discrecionalitat donat als EM en la regulació del seus sistemes de Seguretat Social i la seva provisió en el territori nacional, i la no intervenció respecte aquest àmbit per part de la UE. Així doncs, i com es veurà a continuació, a falta d’harmonització, correspon a cada EM determinar els requisits i deures de la seva Seguretat Social; i en aquest últim assumpte, s’atorga el poder al jutge nacional per poder determinar els elements i l’abast que tenen els serveis prestats en els centres citats, per saber si es consideren inclosos o no en l’àmbit d’aplicació de la DS.

Mentre que la Directiva 2006/123, implica la primera vessant de la lliure prestació de serveis i llibertat d’establiment, entesa des de la concepció del prestador europeu, els següents epígrafs versaran sobre assumptes en els quals ha hagut d’intervenir el TJUE en relació als usuaris de serveis, és a dir, aquells ciutadans que es beneficien de la prestació de serveis.

## 2. PRESTACIÓ DE SERVEIS EXTRAHOSPITALARIS

Des de l’1 de gener de 2006 es va expedir i reconèixer pels EEMM la Targeta Sanitària Europea (TSE), que permet accedir a l’atenció sanitària pública, necessària per motius mèdics, durant l’estància temporal d’un ciutadà europeu en qualsevol EEMM, a més d’Islàndia, Liechtenstein, Noruega i Suïssa, en les mateixes condicions i al mateix cost que les persones

---

<sup>86</sup> Apartat 53 de la Sentència.



assegurades en aquell EM. És a dir, que una persona que exercix la lliure circulació en un altre EM durant una estància temporal, ja sigui per turisme, activitat professional o estudis, pot sol·licitar la TSE a les oficines de la seguretat social del seu país, que li permet, en cas d'urgència mèdica, rebre assistència sanitària en aquell EM on s'ha desplaçat. Per tant, tot i que la TSE no és una alternativa a l'assegurança de viatge, ni garanteix la gratuïtat del servei, si que et permet accedir a l'atenció sanitària. En cap cas, aquesta TSE cobreix les despeses si es viatja amb la finalitat expressa de rebre un tractament mèdic.

És a dir que, mentre la prestació d'assistència sanitària per motius sobrevinguts i d'urgència durant l'exercici de la lliure circulació de persones si que es trobava previst, la liberalització de serveis sanitaris en els casos en que és la persona, com a ciutadà europeu i usuari, qui es desplaça per tal de beneficiar-se d'un servei sanitari, va ser escassament regulada i va necessitar en múltiples ocasions la intervenció del TJUE.

El primer cas en que el TJ va estimar favorablement l'aplicació de les regles comunitàries sobre lliure prestació de serveis a les regulacions nacionals de l'assistència sanitària va ser en la Sentència *Kohll*<sup>87</sup>, de 28 de d'abril de 1998, que va ser dictada el mateix dia que una altra sentència relativa a un cas proper, l'assumpte *Decker*<sup>88</sup>. Ambdós casos, versen sobre tractaments aplicats en un altre EM, fora de qualsevol infraestructura hospitalària, i es tracta doncs de prestacions de serveis extrahospitalaris.

En el primer cas, el Sr. Kohll, de nacionalitat luxemburguesa, i afiliat a Luxemburg, va sol·licitar una autorització perquè la seva filla menor pogués seguir un tractament aplicat per un ortodontista establert a Alemanya. La *Union des Caisses de Maladie* (UCM) luxemburguesa va refusar l'autorització perquè va considerar que aquest tractament no era urgent i que per tant, podia ser dispensat a Luxemburg. El Sr. Kohll va recórrer aquesta resolució que li va ser desestimada, igual que el recurs d'apel·lació que va interposar davant el *Conseil supérieur des assurances sociales*, ja que es va establir que l'art. 20 del *Code des assurances sociales* luxemburguès, així com els arts. 25 a 27 dels Estatuts de la UCM eren conformes al Reglament n°1408/71. Seguidament, va interposar recurs de cassació contra la sentència dictada al·legant que l'òrgan només havia examinat la conformitat de la normativa nacional amb respecte al Reglament n° 1408/71 i no amb relació als arts. 59 i 60 del TCEE, i que per tant, l'art. 22.1.c) del Reglament<sup>89</sup> no era d'aplicació. La *Cour de cassation* va decidir plantejar al TJ dues qüestions prejudicials perquè aquest es pronunciés sobre la compatibilitat amb el Tractat (lliure prestació de

---

<sup>87</sup> Sentència del Tribunal de Justícia de 28 d'abril de 1998, en l'assumpte C-158/96. Raymond Kohll contra Union des Caisses de maladie.

<sup>88</sup> Sentència del Tribunal de Justícia de 28 d'abril de 1998, en l'assumpte C-120/95. Nicolas Decker contra Caisse de Maladie des Employés Privés.

<sup>89</sup> "1. El trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia que satisfaga las condiciones exigidas por la legislación del Estado competente para tener derecho a las prestaciones, teniendo en cuenta, en su caso, las disposiciones del artículo 18 y: [...] c) que sea autorizado por la institución competente a desplazarse al territorio de otro Estado miembro para recibir en el mismo la asistencia apropiada a su estado"

serveis dels arts. 59 i 60<sup>90</sup>) d'una normativa nacional que supedita l'assumpció de prestacions reemborsables a una autorització prèvia de l'organisme de SS si les prestacions es realitzen a un altre EM diferent de l'Estat de residència de l'assegurat.

En el segon cas, el Sr. Decker, nacional luxemburguès també, va sol·licitar el reemborsament d'unes ulleres amb lents correctores que havia comprat a una òptica belga, presentant una recepta mèdica estesa per un oftalmòleg establert a Luxemburg. La *Caisse de Maladie des employés privés* li va denegar el reemborsament de les ulleres perquè havien estat comprades a l'estranger, sense prèvia autorització. Tot i que el Sr. Decker va impugnar la resolució invocant les normes del Tractat relatives a la lliure circulació de mercaderies, se li va denegar la sol·licitud, i posteriorment se li va desestimar<sup>91</sup> també la demanda presentada davant el *Conseil*, basant-se en que l'assumpte no tenia cap relació amb la lliure circulació de mercaderies, sinó amb el dret de la Seguretat Social, és a dir, amb el Reglament n°1408/71 del Consell. L'art. 60 del *Code des assurances sociales luxembougeois*, estableix que “*els assegurats únicament podran rebre tractament a l'estranger amb el consentiment de la seva Assegurança de Malaltia, a no ser que es tracti d'una prestació de primers auxilis en cas d'accident o de malaltia esdevinguda a l'estranger*”. Arrel de la controvèrsia, el *Conseil arbitral des assurances sociales* va plantejar qüestió prejudicial al TJ en referència a si la normativa nacional era compatible amb els arts. 30 i 36 TCEE, en la mesura en que es penalitzava amb caràcter general la importació per part de particulars de medicament o, com en aquest cas, ulleres procedents d'altres EEMM.

Ambdós casos es van plantejar en relació amb la legislació de Luxemburg reguladora de l'assistència sanitària als beneficiaris del seu sistema de Seguretat Social. Com s'ha vist en el primer capítol, Luxemburg no disposa d'un SNS sinó que el seu model es basa en un sistema de provisió d'atenció mèdica fonamentalment privada, on el pacient en un primer moment paga, i després és reemborsat per la Caixa de Malalties corresponent<sup>92</sup>. Però aquest sistema es limita, en principi, a centres i professionals establerts a Luxemburg, ja que els assegurats només poden rebre tractament en un centre estranger si disposen de la prèvia autorització de l'organisme corresponent de Seguretat Social, excepte, com s'ha indicat, en supòsits d'assistència urgent per accident o malaltia sobrevinguda. La legislació luxemburguesa exigia per a l'atorgament de l'autorització, per un cantó, que es tractés de prestacions no excloses en el reemborsament segons la normativa nacional i, per altra banda, que es presentés una sol·licitud firmada per un metge establert a Luxemburg en la que s'indiqués el metge concret o el centre sanitari aconsellat a

---

<sup>90</sup> L'article 59 TCEE (actualment article 56 TFUE) estableix que “*en el marco de las disposiciones siguientes, quedarán prohibidas las restricciones a la libre prestación de servicios dentro de la Comunidad que no sea el del destinatario de la prestación*”. La noció comunitària de servei a aquest efectes queda determinada a l'article 60 TCEE (actualment article 57 TFUE) que estableix que “*se considerarán como servicios las prestaciones realizadas normalmente a cambio de una remuneración, en la medida en que no se rijan por las disposiciones relativas a la libre circulación de mercancías, capitales y personas*”.

<sup>91</sup> Apartat 6 de la sentència dictada a l'assumpte C-120/95.

<sup>92</sup> GÓMEZ MARTÍN, M.: *La libre prestación de servicios sanitarios en Europa. A propósito de las sentencias del Tribunal de Justicia de 12 de julio de 2001*. Universidad de la Laguna. Pàg. 169.

l'assegurat i que s'exposessin les circumstàncies en virtut de les quals resultava impossible dispensar el tractament a Luxemburg<sup>93</sup>.

En l'assumpte *Kohll*, el Tribunal dicta sentència en la qual s'examinen successivament les qüestions relatives a: a) a l'aplicació del principi de lliure circulació en l'àmbit de la Seguretat Social, és a dir, si les disposicions comunitàries sobre lliure prestació de serveis son aplicables a la normativa controvertida, tenint en compte de la que mateixa s'integra dins de la matèria de Seguretat Social; b) l'aplicació de les disposicions relatives a la lliure prestació de serveis, és a dir, per veure si la normativa controvertida introdueix una restricció a la lliure prestació de serveis a l'exigir l'autorització prèvia pels tractaments sanitaris a l'estranger, i c) si existeixen raons que puguin justificar l'efecte restrictiu que l'exigència d'autorització prèvia introdueix sobre la lliure prestació de serveis.

Pel que fa al primer aspecte sobre l'aplicació del principi fonamental de lliure circulació a la matèria de Seguretat Social<sup>94</sup>, el Tribunal subratlla segons la seva reiterada jurisprudència que *“el Dret comunitari no restringeix la competència dels Estats membres per organitzar els seus sistemes de Seguretat Social”* i conseqüentment *“a falta d'una harmonització a escala comunitària correspon a la legislació de cada Estat determinat, per una part, els requisits del dret o de l'obligació a afiliar-se a un règim de Seguretat Social i, per altra part, els requisits que confereixen dret a les prestacions”*. Però tot això no priva als EEMM, al exercir aquesta competència, respectar el Dret comunitari, concloent que *“el fet de que la normativa nacional controvertida es trobi dins de l'àmbit de la Seguretat Social no és suficient per excloure l'aplicació dels articles 59 i 60 del Tractat”*.

Abans de desenvolupar el segon aspecte plantejat, el Tribunal considera<sup>95</sup> que el litigi, es tracta d'un servei en el sentit de l'art. 60 del TCEE, ja que es dur a terme una activitat professional realitzada contra retribució. La definició contemplada a l'apartat d) de l'art. 60, en que l'activitat professional d'un sanitari haurà de ser retribuïda, serà un requisit perquè aquesta es consideri un “servei” a efectes de l'aplicació del TCEE.

En referència al caràcter restrictiu que la mesura controvertida té per a la lliure prestació de serveis, la resposta del Tribunal és afirmativa, per una banda per la consideració de que el tractament prestat per l'ortodontista s'ha de considerar un servei, i per l'altre, perquè la normativa dissuadeix als beneficiaris de la Seguretat Social de dirigir-se als prestadors de serveis mèdics establerts en un altre Estat membre, constituint així un obstacle a la lliure prestació de serveis. El Tribunal recorda que, conforme a la seva jurisprudència, *“l'art. 59 del Tractat s'oposa a l'aplicació de tota normativa nacional que dificulti més la prestació de serveis entre Estats membres que la purament interna en un Estat membre”*, i recalca que si bé la normativa nacional

---

<sup>93</sup> Article 20 del Code des assurances sociales de Luxemburg.

<sup>94</sup> Apartats 17 a 19 de la sentència dictada sobre l'assumpte C-158/96, on s'inclouen les corresponents referències a anteriors pronunciaments del Tribunal.

<sup>95</sup> Apartat 29 de la sentència dictada en relació a l'assumpte C-158/96.

controvertida no priva als assegurats de la possibilitat d'acudir a un prestador de serveis establert en un altre EM, no és menys cert que *“es supedita a una autorització prèvia el reemborsament de les despeses efectuades en dit Estat i denega aquest reemborsament als assegurats que no posseeixin aquesta autorització”*. Per tant, hi ha una efectiva restricció.

Pel que fa als motius que justifiquen l'efecte restrictiu que l'exigència d'autorització prèvia introdueix sobre la lliure prestació de serveis, el Tribunal els va refusant un a un. La primera justificació donada per la UMC era que l'exigència d'una autorització prèvia constituïa un mitjà necessari per controlar les despeses sanitàries i per mantenir l'equilibri pressupostari del sistema de Seguretat Social. El Tribunal determina al respecte que *“no es pot excloure que un risc de perjudici greu per l'equilibri financer del sistema de Seguretat Social constitueixi una raó imperiosa d'interès general que pugui justificar un obstacle d'aquesta naturalesa”*<sup>96</sup> però considera precís constatar que el reemborsament del tractament odontològic dispensat en altres EM d'acord amb les tarifes de l'Estat d'afiliació no té una incidència significativa sobre el finançament del sistema de Seguretat Social, de manera que el Tribunal entén que en aquest supòsit el risc no existia, ja que el Sr. Kohll sol·licitava el reemborsament de les despeses conforme a les tarifes aplicables a Luxemburg, cosa que significa que la càrrega financera per a la Seguretat Social era la mateixa que si hagués acudit a un ortodontista establert a Luxemburg.

El Govern luxemburguès invocava també justificacions basades en la protecció de la salut pública afirmant que l'autorització prèvia resultava necessària per a garantir la qualitat de les prestacions mèdiques. Aquest argument no és acceptat pel Tribunal que recorda que els requisits d'accés i d'exercici de les activitats de metge i dentista han set objecte de varies Directives de coordinació o d'harmonització i destaca que *“se'ls hi ha de reconèixer als metges i dentistes establerts en altres Estats membres totes les garanties equivalents a les concedides als metges i dentistes establerts en el territori nacional”*<sup>97</sup>.

La tercera justificació de la restricció a la lliure prestació de serveis aportada pel Govern luxemburguès consistia en l'objectiu de mantenir *“un servei mèdic i hospitalari equilibrat i accessible a tots els afiliats”*. Respecte aquest objectiu, el Tribunal considera que es relaciona amb la qüestió del finançament de la Seguretat Social, però també amb les raons de salut pública contemplades a l'art. 56 TCEE *“en la mesura que contribueixen a la consecució d'un elevat grau de protecció de la salut”*<sup>98</sup>. Destaca també que l'art. 56<sup>99</sup> faculta als EEMM per restringir la lliure prestació de serveis mèdics i hospitalaris *“en la mesura que el manteniment d'una capacitat d'assistència o d'una competència mèdica en el territori nacional és essencial per a la salut pública, i inclús per a la supervivència de la seva població”*. El Tribunal, en l'apartat 52 de la sentència remarca que ni la UMC ni els Governos que havien presentat observacions, havien

---

<sup>96</sup> Apartats 41 i 42 de la sentència dictada en relació a l'assumpte C-158/96.

<sup>97</sup> Apartat 48 de la sentència dictada en l'assumpte C-158/96.

<sup>98</sup> Apartat 50 de la sentència dictada en l'assumpte C-158/96.

<sup>99</sup> Actualment article 52TFUE.

demonstrat que la normativa controvertia fos necessària per a garantir un servei mèdic i hospitalari equilibrat i accessible a tots, i que per tant la normativa objecte de controvèrsia no està justificada per raons de salut pública.

D'acord a tot això, conclou que els arts. 59 i 60 TCEE s'oposen a una normativa nacional com la aplicada al litigi principal, que supedita a una autorització prèvia el reemborsament, d'acord amb el barem de l'Estat d'afiliació, del tractament dental dispensat per un ortodontista en un altre EM.

La sentència *Decker*, que com s'ha dit, es va dictar el mateix dia que el cas *Kohll*, i tot i tractar-se d'un assumpte relacionat a la lliure circulació de mercaderies i tenint en compte les petites variants que poden haver-hi entre aquesta i la lliure prestació de serveis, el Tribunal va coincidir i va arribar a la mateixa conclusió, desautoritzant així la normativa luxemburguesa controvertida<sup>100</sup>. Aquest fet va suposar, sens dubte, un avanç en el reconeixement del dret dels ciutadans europeus a rebre assistència sanitària a l'estranger i a obtenir posteriorment el reemborsament de les despeses conforme a les tarifes vigents a l'Estat d'afiliació.

Però tot i el pas endavant que van suposar aquestes sentències, el cert era que no es tancava definitivament el tema i no afirmava, ni molt menys, tal i com diu PEMÁN<sup>101</sup>, “*que dels Tractats se'n dedueixi un dret incondicionat dels beneficiaris dels sistemes de Seguretat Social a obtenir l'assistència sanitària en el país europeu que esculli*”. A més, el Tribunal admet expressament, tal i com s'ha mencionat anteriorment, la possibilitat de que les mesures nacionals restrictives dels tractaments a l'estranger es justifiquin en l'objectiu del manteniment de l'equilibri financer dels sistemes sanitaris nacionals<sup>102</sup> o, també, en l'objectiu de garantir un servei sanitari equilibrat i accessible a tots<sup>103</sup>, encara que en el litigi esmentat no concorrien aquestes raons justificatives.

Per altra banda, les sentències analitzades versaven sobre tractaments dispensats en consulta sense necessitat d'hospitalització, i es plantejaven en un país on el sistema d'atenció sanitària es basa en el reemborsament de les despeses pagades pel pacient a qualsevol professional de la seva elecció. Per tant, quedava oberta la qüestió de si el Tribunal seguiria en la mateixa línia si les circumstàncies fossin diferents, és a dir, si consideraria justificables els motius en base les restriccions a tractaments a l'estranger en supòsits d'assistència hospitalària, i en relació amb sistemes sanitaris basats en la provisió directa de l'atenció mèdica a través d'una xarxa d'establiments propis del sistema sanitari públic, és a dir SNS.

---

<sup>100</sup> Apartat 56 de la sentència dictada en l'assumpte C-120/95.

<sup>101</sup> PEMÁN GAVÍN, J.: *Asistencia sanitaria pública y libre prestación de servicios. Sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo*. Revista de Administración Pública. Núm. 160. Enero-abril 2003. Pàg. 25.

<sup>102</sup> Apartat 41 de la sentència dictada en l'assumpte C-158/96.

<sup>103</sup> Apartats 50 a 52.

### 3. PRESTACIÓ DE SERVEIS HOSPITALARIS

La hipòtesi realitzada anteriorment es planteja per primer cop en l'assumpte *Smits i Peerbooms*, i té el seu origen en una qüestió prejudicial plantejada per *Arrondissemensrechtbank te Roermond* (òrgan judicial holandès) el 28 d'abril de 1999, resolta pel Tribunal en la sentència de 12 de juliol de 2001<sup>104</sup>. Ambdós casos tenen a veure amb l'assistència sanitària prestada a l'estranger, però aquest cop, es tracta d'assistència sanitària hospitalària dispensada a un altre EM a ciutadans dels Països Baixos.

En el primer dels litigis principals, la Sra. Smits que patia la malaltia de Parkinson, es va sotmetre a un tractament de dita malaltia<sup>105</sup> a una clínica situada a Alemanya, i va sol·licitar al *Stichting VGZ* (Caixa de Malaltia holandesa) el reemborsament de les despeses corresponents, petició que li va ser denegada al·legant, en primer lloc, que el mètode clínic per categories no es considerava un tractament habitual en medis professionals i que per tant, no constituïa una prestació a afectes de la normativa holandesa; i en segon lloc, en cas de que el tractament es considerés l'habitual, en els Països Baixos es disposava d'un tractament satisfactori i adequat d'aquesta malaltia, i que el tractament clínic per categories efectuat a alemanya no implicava cap avantatge addicional, de manera que no hi havia cap necessitat mèdica que justificués un tractament en aquella clínica. La Sra. Smits va recórrer aquesta denegació per via judicial, al·legant que el tractament dispensat a Alemanya era més eficaç que el que s'aplicava als Països Baixos.

Va presentar recurs davant del mateix òrgan judicial i pràcticament en el mateix període de temps, el Sr. Peerbooms, demandant de l'altre litigi principal. El Sr. Peerbooms havia entrat en coma a conseqüència d'un accident de trànsit el desembre de 1996. Va estar hospitalitzat en els Països Baixos fins que se'l va traslladar, en estat vegetatiu, a la Clínica Universitària de Innsbruck (Àustria) el febrer de 1997, on es va sotmetre a una teràpia intensiva especial mitjançant neuroestimulació. Als Països Baixos, s'aplicava aquesta tècnica només amb caràcter experimental en dos centres mèdics i els pacients majors de 25 no eren acceptats, de manera que, en cas de que el Sr. Peersboom s'hagués quedat a Holanda, no s'hagués pogut beneficiar de la teràpia per la seva edat (35 anys). Paral·lelament a aquest trasllat, el neuròleg del Sr. Peerbooms va sol·licitar al *Stichting CZ* (Caixa de Malaltia) que es fes càrrec de les despeses de tractament causades a la Clínica Universitària d'Innsbruck, sol·licitud que li va ser denegada al·legant que era possible obtenir una assistència adequada als Països Baixos dispensada per un professional i/o en un establiment sanitari concertat amb la Caixa de Malaltia; i tot i que el neuròleg va reiterar la sol·licitud, se li va tornar a denegar. Mentrestant, el Sr. Peerbooms va ser sotmès al tractament, va

---

<sup>104</sup> Sentència del Tribunal de Justícia de 12 de juliol de 2001 en l'assumpte C-157/99. *Smits i Peerbooms* contra *Stichting Ziekenfonds VGZ i Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*.

<sup>105</sup> Tractament per categories i multidisciplinari, en què el mètode implica la realització d'exàmens i cuures amb la finalitat de determinar la medicació ideal, tractaments fisioterapèutics i ergoterapèutics, així com assistència sociopsicològica (apartat 25 de la sentència dictada en l'assumpte C-157/99).

sortir del coma, essent donat d'alta el juny de 1997 per continuar amb la seva rehabilitació a una clínica dels Països Baixos, i va recórrer per via judicial la denegació de la sol·licitud d'autorització del seu trasllat a Innsbruck. Cal precisar que la denegació del *Stichting CZ* es fonamentava en primer lloc, pel fet de que el tractament de caràcter experimental de la teràpia no estava eficaçment provat i no era considerat habitual segons la normativa holandesa; i en segon lloc, en cas de que el tractament fos considerat com habitual, argumentava que al disposar-se de temps oportú pel tractament satisfactori i adequat en els Països Baixos en un establiment concertat, el tractament seguit a Àustria no era considerat necessari.

Com s'ha vist en les dues sentències analitzades prèviament, el sistema luxemburguès paga per compte del pacient o el reemborsa en tot o en part de l'assistència rebuda. En canvi, el neerlandès es basa en un sistema de concertació de Caixes de Malaltia amb els prestadors de l'assistència sanitària<sup>106</sup>. Els supòsits que analitza el Tribunal es troben compresos dins de l'àmbit de la Llei de Caixes de Malaltia (ZFW), on són les caixes de malaltia les que han de prestar l'assistència sanitària, i ho fan recorrent a la concertació; i en el Decret sobre prestacions en espècie de l'Assegurança de Malaltia (*Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering*).

Abans d'entrar a analitzar el pronunciament del Tribunal, cal fer menció a que aquest Decret utilitza, per determinar el contingut de les prestacions a les quals tenen drets els assegurats, un sistema de clàusula general i oberta que remet als estàndards habituals en l'exercici de la medicina: "l'assistència mèdica i quirúrgica" compren, en virtut del seu art. 3, els serveis d'atenció primària i d'especialista "*amb l'amplitud establerta d'acord amb allò que és habitual en el mitjà professional de que es tracti*<sup>107</sup>". D'altra banda, la provisió de l'assistència sanitària s'organitza sobre la base d'un sistema de concertació amb professionals i establiments sanitaris, que atenen als assegurats segons allò firmat en el concert amb les Caixes de Malaltia (art. 9.1 de la ZFW). Per tant, el assegurats que necessitin assistència sanitària s'han de dirigir a un professional o establiment que estigui concertat amb la Caixa de Malaltia a la que es troba afiliat. No obstant, conforme l'art. 9.1 d'aquesta Llei, "*la caixa de malaltia podrà autoritzar a l'assegurat perquè es dirigeixi a una altra persona o institució dels Països Baixos amb objecte d'exercir el seu dret si fos necessari per a la seva assistència mèdica. Mitjançant reglament es determinarà en quins casos i sota quines condicions es pot autoritzar a l'assegurat a dirigir-se a una persona o institució fora dels Països Baixos, amb objecte d'exercir el seu dret d'assistència*".

---

<sup>106</sup> Als Països Baixos el Règim de l'assegurança per malaltia es basa en tres lleis: la Llei sobre caixes de malaltia (ZFW) de 15 d'octubre de 1964; la Llei General sobre despeses especials de malaltia (AWBZ) de 14 de desembre de 1967; i en la Llei sobre l'afiliació a l'assegurança de malaltia (WTZ). Les dues primeres estableixen un sistema de prestació en espècies, basat en la concertació de les caixes de malalties amb els prestadors de serveis, essent l'assistència gratuïta per l'assegurat i sense que existeixi el dret a reintegrament de les despeses. La WTZ, en canvi, estableix un sistema de reintegrament als assegurats. (Apartat 3 de la sentència dictada en l'assumpte C-157/99).

<sup>107</sup> Apartat 10 de la sentència.

L'art. 1 del Reglament<sup>108</sup> contempla doncs, la possibilitat de que la Caixa de Malaltia ho autoritzi quan “*s’hagi comprovat que és necessari pel tractament mèdic de l’assegurat*”.

L’òrgan jurisdiccional neerlandès exposa en la resolució del Tribunal que va plantejar la qüestió prejudicial, que la seva jurisprudència relativa a les sol·licituds d’autorització per sotmetre’s a tractament mèdic a l’estranger coberts per l’Assegurança es despenia del compliment de dos requisits. En primer lloc, s’havia de comprovar que el tractament en qüestió era una prestació coberta per l’Assegurança, aplicant el criteri general ja mencionat del caràcter “*habitual en el mitjà professional*” del tractament que es pretenia realitzar; és a dir, que es prenia com a referència l’opinió que preval en els mitjans professionals neerlandesos per a determinar si un tractament pot ésser considerat habitual i no experimental. En segon lloc, s’havia de determinar si aquest tractament era necessari pel tractament mèdic de l’assegurat, cosa que exigia tenir en compte els tractaments disponibles en els Països Baixos i comprovar que no es podia dispensar a temps un tractament adequat en els Països Baixos<sup>109</sup>.

El Tribunal remitent, en base a la normativa holandesa exposada, planteja tres qüestions prejudicials per saber la compatibilitat entre aquestes i la lliure prestació de serveis dels arts. 59 i 60 TCEE: a) la necessitat d’autorització prèvia de la Caixa de Malaltia perquè els assegurats puguin dirigir-se als establiments sanitaris estrangers; b) la submissió de l’autorització al requisit de que el tractament tingui caràcter habitual en el mitjà professional, si es tenen en consideració les opinions de professionals neerlandesos; i c) la submissió de l’autorització al fet de que el tractament sigui necessari per a l’assistència mèdica de l’assegurat i, a conseqüència, es pugi prestar assistència adequada i a temps per una entitat concertada als Països Baixos, i que el tractament a l’estranger no sigui necessari<sup>110</sup>.

La sentència comença el seu desenvolupament en referència a si l’assistència hospitalària es troba inclosa en la lliure prestació de serveis, és a dir, en comprovar si les situacions controvertides en els litigis principals estan compreses en l’àmbit d’aplicació de la lliure prestació de serveis a efectes dels arts. 59 i 60 TCEE. En aquest sentit, diversos Govern<sup>111</sup> van presentar observacions escrites<sup>112</sup> davant del TJ negant que els serveis hospitalaris, en particular, quan es dispensen en espècies gratuïtament en virtut del règim de l’assegurança mèdica aplicable, pugin constituir una activitat econòmica a efectes de l’art. 60 TCEE, i invocaven sentències que consideraven que “*no existeix cap retribució a efectes de l’art. 60 TCEE quan el pacient es*

---

<sup>108</sup> Reglament sobre l’assistència sanitària mèdica a l’estranger coberta per una assegurança de 30 de juny de 1988 (*Nederlandse Staatscourant* 1988, n°123).

<sup>109</sup> Apartats 22 a 24 de la sentència dictada en l’assumpte C-157/99.

<sup>110</sup> Apartat 40 de la sentència.

<sup>111</sup> Apartat 29 de les Conclusions de l’Advocat General Sr. Dámaso Ruiz-Jarabo Colomer, presentades el 18 de maig de 2001, en referència a l’assumpte C-157/99: van presentar oralment les seves al·legacions els representats de les dues caixes de malaltia demandades en el litigi principal, els agents del Govern danès, de l’alemany, del francès, del dels Països Baixos, de l’austriac, del finlandès, del suec, del britànic, de l’islandès, i el de la Comissió.

<sup>112</sup> Vegeu els apartats 47 a 51 de la sentència.



*beneficia de l'assistència dispensada per una infraestructura hospitalària sense tindre de pagar-la ell mateix o quan se li reintegra la totalitat o una part de la quantitat que hagi abonat*". Cal remarcar també que, tal i com recull l'Advocat General a l'apartat 32 de les seves conclusions respecte a l'assumpte C-157/99, les postures entre els Estats es divideixen en dos grans grup. Per un cantó, Bèlgica, França i Àustria, consideraven que l'assistència sanitària prestada en el marc d'un règim de seguretat social públic era un servei en el sentit de l'art. 60. En canvi, Alemanya, Irlanda, Països Baixos, Regne Unit, Dinamarca, Suècia, Finlàndia i Islàndia, opinaven que l'assistència sanitària per malaltia, dispensada per un sistema de seguretat social organitzat en forma de prestacions en espècie, no constituïa un servei en el sentit del precepte citat. Tot i això, ambdós grups estaven d'acord en l'exigència d'autorització prèvia per part de la institució de l'Estat d'afiliació per rebre assistència en un altre EM, ja que tot i ser un obstacle a la lliure prestació de serveis, estaria justificat.

Es veu doncs que les diferències fonamentals entre l'assumpte *Kohll* i els assumptes *Smits i Peerbooms*, es deuen al caràcter hospitalari o extrahospitalari de la prestació i pel règim d'organització de l'assegurança en quant a la provisió de les prestacions. S'ha vist que s'ha de considerar servei, en el marc de l'art. 60 TCEE, l'assistència sanitària sempre i quan es compleixi el requisit de la retribució. L'Advocat General, es planteja doncs, si la diferència fonamental que estableix l'organització dels serveis, és a dir, el fet de que l'assegurat neerlandès tingui dret a obtenir gratuïtament assistència després d'haver-se dirigit a un centre concertat, priva a la prestació del seu caràcter de "retribuïda" i per tant també, a l'assistència sanitària prestada en tals condicions, de la seva consideració com a "servei"<sup>113</sup>.

L'Advocat General assenyala que "*les entitats gestores de l'assegurança de malaltia i les organitzacions que participen en la gestió del servei públic se seguretat social exerceixen una funció de caràcter exclusivament social, ja que tal activitat es basa en el principi de solidaritat nacional i manca de total finalitat lucrativa, i les seves prestacions estan determinades per llei i són independents de la quantia de les cotitzacions*", i considera que les prestacions en espècie d'assistència sanitària que concedeixen als seus assegurats no tenen l'element de la retribució i no son, per tant, serveis en el sentit de l'art. 60 TCEE.

El Tribunal, en canvi, en la sentència no estima cap dels arguments presentats i recorda que, després d'una jurisprudència reiterada, les activitats mèdiques estan compreses en l'àmbit d'aplicació de l'art. 60 TCEE sense que "*s'hagi de distingir entre l'assistència dispensada en un marc hospitalari o fora d'aquest*". Entén també que "*la circumstància de que un tractament mèdic hospitalari sigui finançat directament per les caixes d'assegurances de malaltia basant-se en concerts i tarifes preestablertes, en cap cas pot excloure a dit tractament de l'àmbit dels*

---

<sup>113</sup> Apartat 42 de les conclusions citades.

*serveis a efectes de l'art. 60 TCEE<sup>114</sup>*. Recorda també que l'art. 60 TCEE no exigeix que el servei sigui pagat pels seus beneficiaris i que la característica essencial de la remuneració resideix en el fet de que aquesta constitueix la contrapartida econòmica de la prestació controvertida. Continua dient que *"en els presents assumptes, els pagaments efectuats per les caixes de malaltia en el marc del sistema de concertació organitzat per la ZFW, tot i ser a tant alçat, constitueixen la contrapartida econòmica de les prestacions hospitalàries i presenten indubtablement un caràcter remuneratori per l'establiment hospitalari que es beneficia d'ells i que efectua una activitat de tipus econòmic<sup>115</sup>"*.

El Tribunal conclou, i es desmarca per tant de les conclusions de l'Advocat General, que *"les prestacions controvertides en els litigis principals estan compreses en l'àmbit d'aplicació de la lliure prestació de serveis a efectes dels arts. 59 i 60 TCEE"*.

El segon punt que tracta el Tribunal són els efectes restrictius sobre la lliure prestació de serveis de la normativa nacional controvertida en els litigis principals. Comença per recordar que, segons jurisprudència reiterada, l'art. 59 TCEE s'oposa a l'aplicació de tota normativa nacional que dificulti més la prestació de serveis entre EEMM que la purament interna en un EM. Afegeix que *"si bé és cert que la ZFW no priva als assegurats de la possibilitat d'acudir a un prestador de serveis establert en un altre Estat membre, no és menys cert que aquesta normativa supedita el reintegrament de les despeses efectuades a l'obtenció d'una autorització prèvia, i que aquesta podrà ser denegada quan no es compleixin els requisits establerts"*. El Tribunal considera que l'exigència d'autorització prèvia continguda en la normativa controvertida posseeix efectes restrictius<sup>116</sup>. Aquests arguments, molt similars als de l'assumpte *Kohll*, conclouen que la normativa controvertida *"dissuadeix, i inclús impedeix, als beneficiaris de la Seguretat Social de dirigir-se als prestadors de serveis mèdics establerts en Estats membres diferents del Estat membre d'afiliació i constitueix, tant pels assegurats com pels prestadors, un obstacle a la lliure prestació de serveis"*, i examina a continuació la possible justificació de la norma controvertida a la vista de *"raons imperioses d'interès general"* a les que es va referir a la Sentència *Kohll* i a la vista de les exigències del principi de proporcionalitat, cosa que fa de forma separada.

Respecte a l'exigència d'autorització prèvia, el Tribunal admet que, de la mateixa manera que havien sostingut la totalitat dels Governos que van presentar observacions, les *"particularitats indiscutibles"* que presenten les prestacions mèdiques dispensades en establiments hospitalaris, respecte a les efectuades per metges en les seves consultes o domicili, necessiten la planificació en matèria d'assistència hospitalària: *"és notori que el número d'infraestructures hospitalàries, el seu repartiment geogràfic, la seva organització i l'equipament del que disposen, o inclús la classe de serveis mèdics que poden oferir, s'han de poder planificar"*, aquesta planificació, diu,

---

<sup>114</sup> Apartats 53 i 56 de la sentència dictada en l'assumpte C-157/99.

<sup>115</sup> Apartat 58 de la sentència dictada en l'assumpte C-157/99.

<sup>116</sup> Vegeu apartat 65 i 66 de la sentència.

persegueix dos objectius: per un cantó el de garantir en el territori de l'EM que es tracti un accés suficient i permanent a una gama equilibrada de prestacions hospitalàries de qualitat i, per altra banda, a la voluntat d'aconseguir un control de les despeses i evitar el malbaratament de mitjans financers, tècnics i humans. Vist això, el Tribunal considera que el requisit de subjectar a autorització prèvia la cobertura financera per part del sistema nacional de seguretat social de l'assistència sanitària hospitalària dispensada en un altre EM és una mesura *“a la vegada necessària i raonable”*<sup>117</sup>. Dins d'aquest sistema, assenyala que si els assegurats poguessin acudir lliurement a qualsevol hospital amb el qual les caixes de malaltia no tenen cap concert, tant sen els Països Baixos com en un altre EM *“qualsevol esforç de planificació efectuat a través del sistema de concertació amb el fi de contribuir a garantir una oferta d'assistència hospitalària racionalitzada, estable, equilibrada i accessible, resultaria immediatament compromesa”*. El Tribunal resol aquesta qüestió establint que el Dret comunitari no s'oposa en principi a un sistema d'autorització prèvia, sempre que els requisits per a la concessió d'aquesta autorització es justifiquin a la vista de les raons imperioses d'interès general i compleixin amb el requisit de proporcionalitat.

Respecte al requisit relatiu al “caràcter habitual en el mitjà professional” del tractament previst, el TJ recorda que correspon a la legislació de cada EM organitzar el sistema de seguretat social nacional i determinar els requisits que donen dret a les prestacions, així com també establir llistes limitadores que excloguin determinats medicaments del sistema de reemborsament de la seguretat social<sup>118</sup>; i és per això que *“el Dret comunitari no pot en principi produir l'efecte d'obligar a un Estat membre a ampliar la llista de prestacions mèdiques de les que es fa càrrec el seu sistema de protecció social i que el fet de que un tractament mèdic estigui cobert o no pels règims de l'assegurança de malaltia d'altres Estats membres és indiferent en aquest respecte”*. Però recorda també la observació feta en la Sentència *Duphar*<sup>119</sup> de que les llistes limitadores de medicaments s'havien de confeccionar amb criteris objectius, amb independència de l'origen dels productes, així com els límits que la jurisprudència del Tribunal ha anat imposant a les autoritzacions administratives que introdueixen restriccions a les llibertats fonamentals comunitàries (l'atorgament de les autoritzacions s'ha de basar en *“criteris objectius, no discriminatòries i coneguts amb antelació, de manera que quedin establerts els límits de l'exercici de la facultat d'apreciació de les autoritats nacionals, amb el fi de que aquesta no pugui es utilitzar de manera arbitrària”* i basar-se també en *“un sistema procedimental suficientment accessible i adequat per garantir als interessats que les seves sol·licituds siguin tramitades en un termini raonable i amb objectivitat i imparcialitat”*. Per tant, la concessió de les autoritzacions exigides per sotmetre's al tractament hospitalari en un altre EM s'han de basar en

---

<sup>117</sup> Apartat 80 de la sentència.

<sup>118</sup> Apartats 85 i 85 de la sentència.

<sup>119</sup> Sentència del Tribunal de Justícia de 7 de febrer de 1984, en l'assumpte 238/82. *Duphar BV* i altres contra *Staat der Nederlanden*.

críteris de *“caràcter objectiu”* i que siguin *“independents del lloc d’establiment dels prestadors de l’assistència”*<sup>120</sup>.

El sistema de Seguretat Social neerlandès no es basa en una llista de prestacions preestablerta, sinó que com s’ha vist, deixa en mans dels organismes competents i dels tribunals la tasca de determinar els tractaments que responen al requisit del caràcter *“habitual en els mitjans professionals”*. El tribunal estableix que aquesta expressió pot tenir varies interpretacions, depenen del que si es té en compte el que sigui considerat habitual en els mitjans professionals neerlandesos o, si pel contrari, el que sigui considerat habitual en funció de l’estat de la ciència mèdica internacional. Considera que el requisit del caràcter habitual en un tractament ha sigut *“provat i validat per la ciència mèdica internacional”* no s’oposaria a l’art. 59 TCEE; però en canvi, creu que tenir en compte només els tractaments que es practiquen en el territori nacional i les opinions científiques de l’àmbit mèdic nacional *“comportaria un risc de privilegiar, de fet, als prestadors d’assistència neerlandesa”*<sup>121</sup>.

Respecte al requisit relatiu al caràcter necessari del tractament mèdic l’autorització del qual es sol·licita, el Tribunal en va realitzar també un pronunciament interpretatiu i considera que aquest requisit s’ha d’entendre en el sentit de que l’autorització per sotmetre’s a un tractament a un altre EM només pot ser denegada per aquest motiu quan *“un tractament idèntic o que presenti el mateix grau d’eficàcia pel pacient es pugui considerar en temps oportú acudint a un establiment concertat amb la Caixa de Malaltia”*<sup>122</sup> i per apreciar-ho *“les autoritats nacionals tenen l’obligació de prendre en consideració totes les circumstàncies que caracteritzen en cada cas concret, tenint en compte degudament no només la situació mèdica del pacient en el moment en què sol·licita l’autorització, sinó també els seus antecedents”*. Remarca també el fet de que quan consti que l’assistència coberta pel sistema d’Assegurança de Malaltia no pugui ser dispensada per un establiment concertat, *“no es pot admetre que se li doni prioritats als establiments hospitalaris nacionals amb els que la caixa de malaltia no hagi celebrat cap concert, en perjudici dels establiments hospitalaris situats en altres Estats membres”*.

El Tribunal, després d’analitzar la concreta legislació neerlandesa sobre la prestació d’assistència hospitalària amb la seva compatibilitat amb el Dret comunitari, estableix que els requisits als que es sotmet l’autorització prèvia no s’oposen als arts. 59 i 60 TCEE, de manera que no exigeix la modificació de les normes nacionals qüestionades, però si que estima l’adopció d’unes pautes interpretatives diferents a les que utilitzaven les entitats gestores de l’Assegurança Mèdica i els Tribunals neerlandesos. És a dir, que tot i que es requereixi una autorització prèvia, les pautes interpretatives que dona la Sentència, són favorables a la Sra. Smits i al Sr. Peerbooms per tal de que se’ls hi reconegui el dret a rebre assistència sanitària en un altre EM.

---

<sup>120</sup> Vegeu els apartats 89, 90, 94 i 95 de la Sentència.

<sup>121</sup> Apartats 96 a 98 de la Sentència.

<sup>122</sup> Apartat 103 de la Sentència.

Després d'analitzar aquesta sentència, se'n poden extraure varies conclusions. En primer lloc, el Tribunal deixa clar que tant si es tracta d'activitats sanitàries extrahospitalàries com de prestacions sanitàries hospitalàries, les dues tenen consideració de servei d'acord amb allò establert a l'art. 60 TCEE, fet que complementa els pronunciaments dictats a la Sentència *Kohll.*, tot i les consideracions en contra de l'Advocat General en l'assumpte *Smits i Peersboom*. I en segon lloc, i aquí és on es diferencien els pronunciaments entre les primeres sentències i aquesta segona, és que mentre que el requisit d'autorització prèvia establerta pel sistema luxemburguès és contrària al Dret comunitari sobre la lliure prestació de serveis, el mateix requisit en el cas del dret intern neerlandès està justificat, ja que resulten rellevants les diferències entre l'assistència hospitalària, on es necessita una planificació, i l'assistència mèdica dispensada en consultes.

Aquestes sentències estudiades, són d'important rellevància ja que van ser les primeres dictades en aquest àmbit, tenint en compte que no hi havia cap normativa comunitària que desenvolupés els preceptes del Tractat.

### **CAPÍTOL III. ANÀLISI DE LA TRANSPOSICIÓ A ESPANYA DE LA DIRECTIVA 2011/24/UE RELATIVA ALS DRETS DELS PACIENTS A L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA TRANSFRONTERERA A TRAVÉS DEL REIAL DECRET 81/2014**

#### **1. INTRODUCCIÓ I NOCIONS BÀSIQUES**

L'evolució del dret europeu en matèria de lliure prestació de serveis, establerta ja des del Tractat de Roma de 1957, fins a la consideració de les prestacions sanitàries com a serveis, s'ha anat desenvolupant al llarg dels anys, on el rol del TJUE ha sigut d'especial importància. Mentre que el reconeixement de la lliure circulació de persones i treballadors a la UE permetia als seus ciutadans viatjar, estudiar o treballar amb gran facilitat en els EEMM, el dret dels pacients a rebre tractament en un altre EM tenia un caràcter més tèrbol.

L'accés a l'assistència sanitària en altres EEMM es va basar, durant molts anys, en el Reglament CEE n° 1408/71 relatiu a l'aplicació dels règims de seguretat socials als treballadors per compte aliena i a les seves famílies que es desplaçin dins de la Comunitat i el Reglament d'aplicació n°574/72, que van ser derogats a través del Reglament (CE) n°883/2004 sobre coordinació de sistemes de seguretat social amb la intenció de clarificar les seves disposicions.

Així doncs, abans de l'aprovació d'aquest Reglament, el marc jurídic es limitava al de 1971, i els nacionals d'un EM que buscaven assistència sanitària en un altre EM, exigien després als seus Estats d'afiliació que se'ls hi reemborsessin les despeses ocasionades pel tractament rebut. Certament, el paper del Tribunal va contribuir a aclarir i a reformular la interpretació de conceptes en referència als serveis sanitaris, així com l'abast de les restriccions aplicades per les entitats nacionals dels diferents Estats i, actualment les prestacions sanitàries, tant les activitats en centres hospitalaris com fora, tenen la consideració de servei, fet que va suposar una extensió del concepte, malgrat quedar fora de l'àmbit d'aplicació de la DS.

Després d'un llarg període d'anàlisi i negociacions<sup>123</sup> i de propostes fallides<sup>124</sup>, el 9 de març de 2011, el Parlament Europeu i el Consell van adoptar la Directiva 2011/24/UE, relativa

---

<sup>123</sup> Vegeu CERVELL HORTAL, M.J.: *Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada*. Cuadernos de Derecho Transnacional (Octubre 2011), Vol. 3, n°2, pàgs. 51-70, en concret pags.59 i ss.

<sup>124</sup> La Directiva naixia per proporcionar un "marc clar i transparent per la prestació d'assistència sanitària transfronterera a Europa" en el qual "no hi d'haver obstacles injustificats". Tampoc pretenia aparcar el marc existent en aquell moment de Reglament 1488/71, sinó crear un mecanisme alternatiu, basat en el principi de lliure circulació i que reflectís la jurisprudència del TJUE. En línies generals, la proposta clarificava el que el Tribunal havia anat defensant des de 1998: la lliure prestació de serveis inclou el tractament mèdic, inclús quan el pacient s'hagi desplaçat expressament a un altre EM perquè es dispensés, ja que seria considerada una restricció de l'antic art. 59 TCEE tota legislació de l'Estat d'afiliació que no garantís al pacient un nivell de reemborsament equivalent al que hagués tingut dret si hagués rebut atenció sanitària en el seu Estat d'origen. I per tant, el reemborsament de les despeses d'assistència no hospitalària no podria supeditar-se a una autorització prèvia si aquesta assistència, en cas de dispensar-se en el seu territori, hagués sigut sufragada pel seu sistema de seguretat social. La Directiva contemplava en gran mesura allò que el TJUE portava anys defensant, i eliminava qualsevol circumstància d'autorització prèvia tan en assistència hospitalària com no hospitalària. La Comissió, sabent que una proposta en aquest sentit no aconseguiria el suport necessari, va suavitzar de manera considerable el sistema.

als drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera, la qual cosa responia a la necessitat de regular aquesta matèria amb l'objectiu de facilitar l'accés a una assistència sanitària transfronterera segura i d'elevada qualitat, així com garantir la mobilitat dels pacients de conformitat amb els principis establerts pel TJUE i promoure la cooperació en matèria d'assistència sanitària entre els EEMM.

Aquesta Directiva té molta importància per la codificació que aporta, ja que incorpora la jurisprudència del TJUE, alhora que introdueix algunes novetats destacables. Així doncs, és una normativa que procedeix a modernitzar, actualitzar, i formalitzar el dret dels pacients a sol·licitar l'assistència sanitària en un altre EM diferent a l'Estat d'afiliació, i el dret a recuperar els imports que s'haguessin desemborsat fins el nivell de reemborsament aplicable en els seus sistemes nacionals en tractaments iguals o similars, si a aquests estiguessin previstos en el seu país d'afiliació. De la mateixa manera, la Directiva intenta aclarir la seva relació amb el marc existent per la coordinació dels sistemes de seguretat social, Reglament (CE) n°883/2004, amb vistes a l'aplicació dels drets dels pacients<sup>125</sup>, i facilitar la informació necessària al pacient.

Pel que fa a les novetats, en primer lloc trobem la liberalització de la prestació de l'assistència sanitària, de manera que aquesta assistència pugui ser duta a terme per proveïdors del servei sanitari tan públic com privats. Intenta també reduir les barreres administratives de l'autorització prèvia, de manera que aquesta no serà precisa excepte en els casos excepcionals que preveu la mateixa Directiva. També, i a diferència del sistema previst al Reglament, el pacient haurà d'anticipar el pagament de l'assistència sanitària rebuda que, posteriorment, li serà reemborsada.

La Directiva aprovada opta per una doble base jurídica<sup>126</sup>: l'art. 14 del TFUE, sobre mesures d'harmonització en matèria de salut, seguretat, protecció del medi ambient i protecció dels consumidors, i l'art. 168 TFUE, sobre salut pública. D'aquesta manera es desvinculava, formalment, de la lliure circulació de serveis establerta als arts. 56 i ss del TFUE, tot i que es deixa clar que la Directiva té per objecte millorar el funcionament del mercat interior i la lliure circulació de mercaderies, persones i serveis. És a dir, no es desmarca completament de la línia jurisprudencial del TJ però busca un suport més acord amb el que oferia la lliure prestació de serveis.

A través del Reial Decret 81/2014/UE, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen les normes per garantir l'assistència sanitària transfronterera<sup>127</sup>, s'ha procedit a adaptar l'ordenament espanyol a les obligacions derivades de la Directiva 2011/24/UE, tot i que amb un cert retard, ja que havia d'estar incorporada abans del 25 d'octubre de 2013 però no va entrar en vigor fins el 8

---

<sup>125</sup> Article 1.1 de la Directiva 2011/24/UE..

<sup>126</sup> Considerant 1 i 2 de la Directiva 2011/24/UE.

<sup>127</sup> RD 81/2014, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen normes per garantir l'assistència sanitària transfronterera, i pel que es modifica el RD 1718/2010, de 7 de desembre, sobre recepta mèdica i ordres de dispensació.

de febrer de 2014<sup>128</sup>, modificant el RD 1718/2010, de 17 de desembre, sobre recepta mèdica i ordres de dispensació.

## 2. ÀMBIT D'APLICACIÓ

La Directiva 2011/24/UE estableix formes per facilitar l'accés a una AST segura i d'alta qualitat i promou la cooperació en l'assistència sanitària entre EEMM, respectant sempre les competències nacionals en l'organització i la prestació d'aquesta.

Aquesta normativa no pretén desplaçar el marc existent regulat al Reglament (CE) n°883/2004, sobre la coordinació dels sistemes de seguretat social, ni afectar els drets dels pacients establertes en ell, sinó que té per objecte aclarir la seva relació amb aquest pel que fa a l'aplicació dels drets als pacient, sobretot en la qüestió de l'autorització prèvia. Mentre que per un cantó, els Reglaments de coordinació dels sistemes de seguretat social segueixen exigent l'autorització prèvia en determinats supòsits, la Directiva, quan regula el sistema de reemborsament de despeses d'assistència sanitària, parteix del principi general de dret al mateix<sup>129</sup>. Així doncs, pel que fa als pacients, els dos sistemes han de ser coherents; o bé s'aplica la Directiva, o bé s'apliquen els Reglaments de la Unió sobre els sistemes de seguretat socials, de manera que no es poden invocar les dues normatives de dret derivat alhora.

És a dir, el RD 81/2014, reproduceix la coexistència dels dos models jurídics sobre els quals gira el dret a l'assistència sanitària en el territori de la UE. Aquell pacient que sol·liciti autorització per rebre en un altre EM un tractament apropiat pel seu estat de salut, se li concedirà l'autorització conforme les condicions establertes en el Reglament 883/2004, sempre que el tractament en qüestió figuri entre les prestacions previstes per la legislació d'un EM en que el pacient resideix, i quan al pacient no se li pugui prestar aquest tractament en un termini justificable des del punt de vista mèdic, tenint en compte el seu estat actual de salut i 'evolució probable del mateix. No obstant, si un pacient sol·licita expressament que se li apliqui un tractament en virtut de la Directiva 2011/24/UE, els beneficis que se li apliquin al reemborsament quedaran limitats als aplicables en virtut de la Directiva. S'ha de tenir en compte també que *“cuando el paciente tenga derecho a asistencia sanitaria transfronteriza en virtud tanto de la Directiva como del Reglamento, y la aplicación de dicho Reglamento sea más ventajosa para el paciente, el Estado miembro de afiliación le señalará este hecho”*<sup>130</sup>, cosa que es tradueix en que el Reglament 883/2004 tindrà una aplicació preferent, a no ser que el pacient sol·liciti expressament l'aplicació de la Directiva.

---

<sup>128</sup> Article 21 de la Directiva 2011/24/UE i disposició final Cinquera del RD 81/2014 de 7 de febrer.

<sup>129</sup> Vegeu FOTINOPOULOU BASURKO, O.: *El reembolso de gastos médicos y la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza*. Lan Harremanak/25: Revista de relaciones laborales (2012) UPV/EHU. Pàg. 346.

<sup>130</sup> Considerant 31 de la Directiva 2011/24/UE.



## 2.1. ÀMBIT OBJECTIU D'APLICACIÓ

L'objecte de la Directiva és la prestació de l'AST als pacients, i s'aplicarà “*con independencia de cómo se organice, se preste y se financie*”, tal i com estableix el mateix art. 1.2. S'entén per “assistència sanitària” els serveis relacionats amb la salut prestats per un professional sanitari a pacients per avaluar, mantenir o restablir el seu estat de salut, inclosos la recepta, dispensació i provisió de medicaments i productes sanitaris; i aquesta assistència sanitària serà transfronterera quan es presti o recepti a un EM diferent de l'EM d'afiliació.

Es codifica doncs, per primer cop l'assistència sanitària, sense tenir en compte si aquesta és prestada en centres hospitalaris o en consultes extrahospitalàries; si aquesta és duta a terme per proveïdors de serveis públics o privats; i sense importar el sistema de finançament de la seguretat social que cada EM tingui establert, tal i com havia vingut dient la jurisprudència del TJ al llarg dels anys.

El RD d'AST remarca i determina que únicament es reemborsaran les despeses si l'assistència sanitària figura entre les prestacions a les que té dret l'assegurat segons la cartera comú de la SNS, de manera que no hi ha l'obligació de reemborsar als pacients de les despeses derivades de l'assistència sanitària que li sigui prestada per proveïdor sanitari establert en el territori nacional, que es trobin fora del marc normatiu de planificació i de drets del SNS; és a dir, que l'AST no és absoluta sinó que té uns límits.

Juntament amb això, el considerant nº12 de la Directiva, assenyala que pel que fa al reemborsament de les despeses per assistència sanitària, es concedeix la possibilitat de que els EEMM el limitin, quan això pugui justificar-se per “*razones imperiosas de interés general*” relacionades amb la salut pública.

### 2.1.1. PRESTACIONS EXCLOSES

Aquest enunciat<sup>131</sup> o concepte d'assistència sanitària donat per la pròpia Directiva implica una definició molt àmplia on s'hi encabeixen un gran nombre de prestacions i cures diferents, que a continuació, l'apartat 3 de l'art. 1 delimita, excloent així una sèrie de prestacions.

No s'inclouen aquells serveis que tenen com a finalitat primordial ajudar a persones que requereixen d'assistència a l'hora de realitzar les tasques rutinàries i de la vida diària, és a dir, aquelles cures de llarga duració considerades necessàries per viure una vida el més plena i autònoma possible. Per tant, no s'aplicarà aquesta Directiva als serveis i cures de llarga duració prestats per serveis d'atenció a domicili, en residències de vàlids, residències assistides o a altres serveis d'atenció assistida.

Es troben també fora de l'àmbit d'aplicació, l'assignació d'òrgans i l'accés als mateixos amb finalitats de transplantament d'òrgan, degut al seu caràcter específic.

---

<sup>131</sup> Article 3, lletra a) i e) de la Directiva 2011/24/UE.

La tercera exclusió fa referència als programes de vacunació pública, excepte aquelles contra les malalties infeccioses, que tinguin com a finalitat exclusiva la protecció de la salut de la població en el territori d'un EM i que estiguin subjectes a mesures específiques de planificació i execució.

Són prestacions que, per la seva especificitat o per les circumstàncies que les envolten, no es poden incloure en l'àmbit d'aplicació de la Directiva, i que per tant, al no estar-hi compreses, la seva regulació recau als governs del EEMM i als seus sistemes de seguretat social.

## 2.2. ÀMBIT SUBJECTIU D'APLICACIÓ

La Directiva es dirigeix als pacients d'un EM al qual estiguin afiliats, a sol·licitar l'assistència sanitària en un altre EM. És a dir, *“toda persona física que reciba o desee recibir asistencia sanitaria en un Estado miembro”* haurà de tenir la condició d'afiliat o assegurat per tal de que puguin rebre l'AST.

Conforme el RD 81/2014, qualsevol ciutadà que tingui la condició d'assegurat o beneficiari del SNS podrà desplaçar-se al territori d'un altre EM per rebre l'assistència sanitària que precisi, sempre que aquesta figuri entre les prestacions a les que tingui dret segons la cartera de serveis del SNS, o en el seu cas, la cartera complementària de la CA corresponent, ni es tracti dels serveis detallats a l'art. 2.2 del RD AST, citats a l'apartat anterior.

Cal destacar, tal i com ho fa la Directiva, que aquesta no reconeix el dret a les persones a entrar, romandre o residir en un EM amb el fi de rebre assistència sanitària en aquest EM. Així doncs, *“en caso de que la estancia de una persona en territorio de un Estado miembro no sea conforme a la legislación de dicho Estado miembro relativa al derecho de entrada de estancia en su territorio, dicha persona no será considerada asegurado”*, ja que corresponen als EEMM determinar en la seva legislació nacional la definició de persona que es considera assegurada a efectes del seu règim sanitària públic i legislació en matèria de seguretat social, sempre que es salvaguardin els drets dels pacients establerts a la Directiva.

Per tant, els nacionals dels EEMM de la UE, de l'EEE o de Suïssa que es trobin en la situació d'estància inferior als tres mesos regulada a l'art. 6 del RD 240/2007, de 16 de febrer sobre l'entrada, lliure circulació i residència a Espanya de ciutadans dels Estats membre de la Unió Europea i dels altres Estats part en l'Acord de l'Espai Econòmic Europeu, en cap cas tindran la consideració d'estrangers no registrats ni autoritzats com a residents a Espanya<sup>132</sup>, i podran beneficiar-se de la Directiva i del RD.

D'aquesta manera, reuneixen les condicions d'assegurat<sup>133</sup>, les persones que siguin nacionals d'un EM, apàtrides o refugiats residents en un EM, que estiguin o hagin estat subjectes

---

<sup>132</sup> Article 3 de la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut.

<sup>133</sup> Article 2 del Reglament (CE) n°883/2004 del Parlament Europeu i del Consell, de 29 d'abril de 2004, sobre la coordinació dels sistemes de seguretat social.

a la legislació d'un o varis EM, així com els membres de la família i els supervivents dels anteriors, i els supervivents de les persones que hagin estat subjectes a la legislació d'un o varis EM, sense tenir en compte la nacionalitat de tals persones, quant dits supervivents siguin nacionals d'un dels EM o apàtrides o refugiats que resideixin un dels EM; sempre que reuneixin les condicions requerides del l'EM competent per tenir dret a les prestacions d'assistència sanitària. També són considerats assegurats els nacionals d'un tercer país i els seus familiars residents en qualsevol dels seus EM<sup>134</sup>.

### 3. RESPONSABILITATS DELS ESTATS MEMBRES: GARANTIES I DEURES

L'AST es prestarà de conformitat amb la legislació de l'EM de tractament; amb les normes i directrius sobre qualitat i seguretat establertes per l'EM del tractament, i seguint la legislació de la UE en matèria de normes de seguretat, tenint en compte els principis d'universalitat, accés a una atenció d'elevada qualitat, equitat i solidaritat; de manera que s'estableixen així, uns principis generals que han de conformar l'AST.

El Capítol II de la Directiva regula la responsabilitat dels EEMM en relació amb l'AST, i estableix allò que ha de garantir als seus ciutadans; deures que s'apliquen tant l'EM de tractament com a l'EM d'afiliació. Per la seva part, aquesta matèria queda regulada als Capítols II i III del RD AST, que s'aniran desglossant a continuació.

#### 3.1. PUNTS NACIONALS DE CONTACTE

Tenint en compte la complexitat i la desinformació per part dels pacients de rebre assistència sanitària en un altre EM, i amb l'objectiu d'ajudar-los a escollir amb ple coneixement de causa, una de les novetats que incorpora la Directiva, és l'obligació per parts dels EM a establir un sistema d'informació dirigit tant als pacients com als professionals implicats com els organismes d'assegurances sanitàries. Aquestes obligacions es dirigeixen tant a l'EM d'afiliació com a l'Estat de tractament. Es creen per primer cop els Punts Nacionals de Contacte (PNC), on se'ls hi explicarà als pacients sol·licitants d'AST quines normes li seran aplicables, evitant així concepcions errònies i malentesos. Al mateix temps, es considera que això afavorirà a establir un nivell elevat de confiança entre el pacient i el prestador de servei.

En aquest sentit, els EEMM designaran un o varis PNC per a l'AST, que facilitaran l'intercanvi d'informació i la cooperació entre la Comissió Europea i altres PNS d'altres EEMM, facilitant als ciutadans que sol·licitin les dades de contacte d'aquests.

El RD AST estableix que l'activitat del PNC estarà completada amb l'activitat informativa de les unitats responsables de les CCAA, de l'INGS, en l'àmbit de les seves

---

<sup>134</sup> Reglament 1231/2010 del Parlament Europeu i del Consell, de 24 de novembre de 2010, pel que s'amplia l'aplicació el Reglament (CE) n°883/2004 i el Reglament n°987/2009 als nacionals de tercers països que, degut únicament a la seva nacionalitat, no estiguin coberts pels mateixos.

competències. Aquest també podrà recollir informació de les organitzacions de pacients, les organitzacions professionals, els proveïdor d'assistència sanitària de caràcter privat i els organismes i entitats d'assegurances sanitàries. Aquesta informació serà de fàcil accés i estarà disponible a la pàgina web del Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, amb formats accessibles a les persones amb discapacitats, i es mantindrà actualitzada.

El PNC facilitarà informació a pacients afiliats a Espanya i als professionals que sol·licitin informació sobre els drets dels pacients en relació a la percepció de la AST. En particular, l'EM d'afiliació, informarà de<sup>135</sup>:

- a) Les condicions de reemborsament de les despeses.
- b) Els procediments per accedir a l'AST i per determinar els seu abast i contingut, en particular l'assistència sanitària que requereixi autorització prèvia, segons allò establert a l'annex II del RD, així com la informació relativa als sistema d'autorització prèvia.
- c) Els procediments per formular reclamacions o sol·licitar reparacions de danys, quan el pacient consideri que no se li han respectat els seus drets.
- d) Els elements que, d'acord amb allò disposat a la legislació europea, tinguin de figurar en les receptes expedides en un EM i dispensades en un altre.

El PNC facilitarà als pacients afiliats a un altre EM<sup>136</sup>, informació relativa a l'assistència sanitària a Espanya (PCN de l'EM de tractament) ; en particular sobre:

- a) Els proveïdor d'assistència sanitària, incloent, si la sol·liciten, informació sobre el dret d'un proveïdor específic a prestar assistència sanitària i de les possibles restriccions a la seva pràctica.
- b) Les normes i directrius de qualitat i seguretat establertes a Espanya incloses les disposicions sobre supervisió i avaluació dels proveïdors d'assistència sanitària, i informació sobre quins d'elles estan sotmesos a aquestes normes i directrius.
- c) Informació sobre l'accessibilitat als hospitals per les persones amb discapacitat.
- d) Informació sobre els drets dels pacients, i els procediments per presentar reclamacions, els mecanismes per sol·licitar reparacions de danys, així com les opcions jurídiques i administratives disponibles per a la resolució de litigis derivats de l'AST, de conformitat amb allò previst a l'ordenament jurídic espanyol.

Els arts 8 i 9 del RD AST sobre *informació a facilitar pels proveïdors d'assistència sanitària i responsabilitat dels proveïdors d'assistència sanitària*, respectivament, preveuen que el proveïdor d'assistència sanitària facilitarà al ciutadà, usuari i pacient, informació sobre la seva ubicació, organigrama, oferta de serveis, l'activitat anual, els indicadors de qualitat del centre, la

---

<sup>135</sup> Article 7.4 del RD 81/2014.

<sup>136</sup> Apptat 4 de l'article 7 del RD 81/2014.

seva acreditació o certificació respecte a sistemes de qualitat com el sistema de formació sanitària especialitzada. Pel que fa a l'oferta de serveis, aquesta haurà d'incloure la descripció de les característiques organitzatives dels servis i unitats, el conjunt de procediments i tècniques sanitàries i l'estat de la llista d'espera. També haurà de facilitar els aclariments que l'usuari demani sobre el procediment o tràmit d'accés, horari de funcionament, documentació o condicions administratives i/o assistencials que hagi de complir el pacient per accedir als serveis inclosos en l'oferta, condicions de visita i acompanyament al pacient, etc. És a dir, qüestions de caràcter pràctic. Aquesta informació haurà de ser facilitada al menys, en castellà i en la llengua oficial de la CA corresponent, és a dir, la llengua amb la qual es presti l'atenció sanitària. El proveïdor d'assistència sanitària també haurà d'informar al pacient les seves opcions de tractament o alternatives assistencials, així com la informació sobre els resultats coneguts d'aquestes opcions en la pràctica general i en el propi centre; i garantir al pacient la disponibilitat d'una còpia del seu historial clínic que permeti la continuïtat de la prestació de l'assistència prestada a un pacient en un altre EM i que requereixi el seguiment dins de l'àmbit de l'AST. De la mateixa manera, haurà de disposar d'una llista actualitzada de preus a disposició dels ciutadans, adaptada a la seva oferta de serveis i facilitar informació clara sobre les factures.

Pel que fa a la responsabilitat dels proveïdors d'assistència sanitària, aquest estaran obligats a subscriure una oportuna assegurança de responsabilitat, un aval o una altra garantia financera que cobreixi les indemnitzacions que es puguin derivar d'un eventual dany a les persones causat per la prestació de tal assistència o serveis<sup>137</sup>; i quan es tracti d'assistència sanitària pública, serà d'aplicació el règim de responsabilitat previst al Títol X de la Llei 30/1992, de 26 de novembre, de Règim Jurídic de les Administracions Públiques i del Procediment Administratiu Comú; tot i que l'administració sanitària de cada CA podrà subscriure i mantenir els oportuns contractes d'assegurances que incloguin, tant la responsabilitat civil del servei públic de salut i els seus treballadors, com la responsabilitat patrimonial d'aquest.

Resulta obvi, que la Directiva té per objectiu vetllar pel dret a la informació dels pacients, per tal de que, conforme a aquesta assessoria, pugui prendre la millor decisió a l'hora de sol·licitar l'AST. És cert també, que la informació donada pel PNC tant de l'EM d'afiliació com de l'EM de tractament resolen tots els dubtes o qüestions que els pacients es puguin plantejar en referència a aquesta assistència. Però, tot i que la Directiva només estableix la designació d'un o varis PNC en un EM, i vist que el RD només en designa un, que es troba a Madrid, i en vistes del sistema sanitària espanyol que es caracteritza per una gran descentralització on la competència recau, en la major part, a les CCAA, potser la mesura d'establir un únic PNC central no és suficient, i per tant, no resoldria i no faria efectiva aquesta obligació que tenen els EEMM

---

<sup>137</sup> D'acord amb l'article 46 de la Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'Ordenació de la Professions Sanitàries.

d'informar als pacients i usuaris, encara que puguin sol·licitar la informació a través de mitjans teleoperatius i electrònics.

### 3.2. DRET D'INFORMACIÓ I GARANTIES

Com s'ha vist, s'inclou tot un Capítol d'obligacions i responsabilitats per part dels EEMM, tant dels Estats d'afiliació com dels Estats de Tractament. A continuació es veurà en que consisteixen exactament.

#### 3.2.1. RESPECTE L'ESTAT Membre DE TRACTAMENT

L'EM de tractament haurà de garantir una sèrie de deures i obligacions<sup>138</sup>, que li són atorgats per la Directiva, a favor dels pacients i usuaris de l'AST. Al seu torn, el RD AST aplica també aquestes garanties amb relació a l'assistència sanitària prestada a pacients que no estiguin afiliats a Espanya, sinó a un altre EM.

Així doncs, haurà de garantir que<sup>139</sup>:

a) Se'ls hi faciliti la informació necessària per exercir el dret a l'assistència sanitària transfronterera a través del PNC d'Espanya i dels proveïdors d'assistència sanitària, esmentades en l'epígraf anterior.

b) Se'ls faciliti l'accés als procediments i mecanismes de reclamació establerts, per sol·licitar reparació de danys com a conseqüència de l'assistència sanitària rebuda, d'acord amb l'ordenament jurídic espanyol.

c) Per tal de garantir la continuïtat de l'atenció sanitària, els pacients que hagin rebut tractament tinguin dret a:

1. La disponibilitat d'una còpia dels informes clínics i dels resultats de proves diagnosticades i/o procediments terapèutics del pacient, difonent-se el procediment pel seu accés.

2. La cooperació amb altres EEMM en l'intercanvi de la informació oportuna que garanteixi la continuïtat assistencial, aplicant-se els estàndards nacionals, europeus i internacionals de comunicació de la Història Clínica Electrònica o dels seus components.

3. La protecció del dret a la intimitat amb respecte al tractament de dades personals i de salut, de conformitat amb la LO 15/1999, de 13 de novembre, de protecció de dades de caràcter personal, i la Llei 41/2002, de 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.

---

<sup>138</sup> Article 4 de la Directiva i article 6 del RD AST.

<sup>139</sup> Sense perjudici dels drets conferits pel Reglament (CE) n° 883/2004, de 29 d'abril de 2004, i el Reglament (CE) n° 987/2009, de 16 de setembre de 2009, els pacients que l'Estat d'afiliació sigui un altre EM tindran les següents garanties en relació amb l'assistència sanitària que els h sigui prestada, en aplicació al RD, a Espanya.

d) L'aplicació del principi de no discriminació per raó de nacionalitat, entre els pacients d'altres EEMM i els pacients afiliats a Espanya.

Tot i això, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, previ informe del CISNS, podrà establir condicions respecte a l'accés al tractament a Espanya dels ciutadans afiliats a un altre EM, quan siguin *“necesarias y proporcionadas para garantizar el acceso suficiente y permanente a la asistencia sanitaria oferta por los Servicios Autonómicos de Salud”*. Així mateix, hauran d'estar justificades per *“razones imperiosas de interés general, especialmente por la necesidad de planificación para garantizar una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad, o por la voluntad de asegurar un uso racional de los recursos financieros, técnicos y humanos”*<sup>140</sup>. En tot cas, les mesures adoptades seran valorades prèviament per la Comissió Europea i publicades pel PNC perquè puguin ser conegudes per endavant pels pacients d'altres Estats.

### 3.2.2. RESPECTE L'ESTAT MEMBRE D'AFILIACIÓ

De la mateixa manera que en l'EM de tractament, l'EM d'afiliació haurà de fer-se responsable per tal de garantir<sup>141</sup> una sèrie d'aspectes. El RD AST aplica aquestes garanties amb relació a l'assistència sanitària prestada en un altre EM a pacients afiliats a Espanya.

a) Les despeses derivades de l'assistència sanitària que es presti en un altre EM a un pacient afiliat a Espanya, seran costejats pel pacient i el seu reemborsament s'efectuarà d'acord amb les condicions i requisits previstos en el RD, sempre que no sigui d'aplicació el Reglament (CE) n°883/2004, o que, tot hi essent-ho, així ho sol·liciti el pacient.

b) El PNC, com ja s'ha vist, subministrarà la informació necessària perquè els pacients puguin exercir els seus drets a l'AST, i es podran dirigir també al PNC de l'EM del tractament. Així mateix, es facilitarà l'accés a la informació relativa als drets derivats del Reglament 883/2004.

c) Per tal d'afavorir la continuïtat de l'atenció sanitària, es garantirà al pacient que rebí assistència sanitària en un altre EM:

1. La disponibilitat d'una còpia dels informes clínics i dels resultats de proves diagnosticades i/o procediments terapèutics del pacient, difonent-se el procediment pel seu accés.

2. El seguiment sanitari a Espanya després de rebre l'atenció sanitària, de la mateixa forma que si l'assistència rebuda en un altre EM s'hagués prestat a Espanya.

3. La cooperació amb altres EEMM en l'intercanvi de la informació oportuna que garanteixi la continuïtat assistencial.

4. Les garanties de seguretat en el tractament de dades establertes a la legislació espanyola en matèria de protecció de dades de caràcter personal.

---

<sup>140</sup> Argument utilitzat pel TJ en la sentència dictada en l'assumpte C-157/99.

<sup>141</sup> Article 5 de la Directiva i article 5 del RD AST.

#### 4. REMBORSAMENT DE DESPESES I AUTORITZACIÓ PRÈVIA

La novetat que incorpora la Directiva 2011/24/UE, respecte del Reglament 883/2004, és que no serà precís obtenir autorització prèvia, excepte en els casos que es tractaran més endavant; i que el pacient haurà d'anticipar el pagament de l'assistència rebuda que posteriorment li serà reemborsada. Així doncs, és un canvi significatiu codificat per primer cop, i que s'analitzarà a continuació.

El Capítol III de la Directiva (arts. 7 i 8) es dedica, de manera àmplia, a la regulació del reemborsament de despeses sanitàries ocasionades per tractaments sanitaris efectuats en EEMM diferents dels d'afiliació. En aquest sentit, l'art. 7.1 fa un reconeixement general de la garantia de reemborsament de les despeses concretes per un assegurat que hagi rebut AST, *“siempre que dicha asistencia figure entre las prestaciones a que el asegurado tienen derecho en el Estado miembro de afiliación”*. Aquest precepte, transposat en el RD al seu art. 10 estableix que les despeses abonades per un assegurat afiliat a Espanya, que hagi rebut AST, seran reemborsades per l'administració sanitària competent que correspongui, de conformitat amb l'art. 14 d, sempre que dita assistència sanitària figure entre les prestacions a les que l'assegurat té dret segons la cartera comú de serveis del SNS o, en el seu cas, la cartera complementària de la CA corresponent, sense perjudici d'allò disposat al Reglament 883/2004.

No obstant això, el reemborsament estarà subjecte a les següents excepcions:

- a) En els casos dels titulars d'una pensió i dels membres de la seva família que resideixin a Espanya, si l'assistència sanitària és a càrrec d'un EM que figura a l'annex IV del Reglament 883/2004, i que hagi reconegut, de conformitat amb les prestacions sanitàries per aquestes persones, quan estiguin en el seu territori, l'Estat espanyol els hi proporcionarà l'assistència sanitària i es farà càrrec de les seves despeses corresponents, d'acord amb la seva legislació i en les mateixes condicions que si residissin en aquell EM.
- b) Si l'assistència sanitària prestada no està subjecte a autorització prèvia segons allò establert en el RD AST, ni es presta de conformitat amb el Reglament citat, i es presta en el territori de l'EM que, en virtut del mencionat Reglament és en última instància responsable del reemborsament de les despeses, les despeses seran assumides pel citat EM. Aquest EM podrà assumir les despeses de l'assistència d'acord amb els terminis, condicions, criteris d'admissibilitat i formalitats reglamentaries o administratives establertes.

La Directiva determina que *“corresponde al Estado miembro de afiliación, ya sea a nivel local, regional o nacional, determinar la asistencia sanitaria a la asunción de cuyos gastos tiene derecho un asegurado, así como el nivel de asunción de dichos gastos, con independencia de donde se preste la asistencia sanitaria”*. En el seu art. 8.4 estableix també que *“los Estados miembros de afiliación podrán decidir reembolsar el coste total de la AST, incluso si excede de la*



*quanta que habrían asumido si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio” i que “los EM podrán decidir reembolsar otros costes conexos, como los gastos de alojamiento de viaje, o los gastos adicionales en que puedan incurrir las personas con discapacidad cuando reciban AST, de conformidad con la legislación nacional y a condición de que se aporte documentación suficiente en la que se precisen estos gastos”.* En aquest sentit, el RD AST estableix que les despeses de l’AST seran reemborsades per l’administració sanitària competent, fins a la quantia que aquesta hagués assumit i en els mateixos termes i condicions que si l’assistència sanitària s’hagués prestat en territori nacional pels corresponents serveis assignats. Aquest reemborsament doncs, es farà conforme a les tarifes aprovades per l’administració sanitària competent, sense excedir del cost real de l’assistència efectivament prestada i sense considerar les despeses connexes. Per tant, com que la Directiva no obliga a que els EEMM es facin càrrec d’aquestes despeses, sinó que són d’aplicació facultativa, el RD limita el reemborsament a les seves tarifes corresponents, sense tenir en compte les altres despeses.

L’assegurat que sol·liciti el reemborsament de les despeses derivades de l’AST haurà de complir les mateixes condicions aplicables per l’accés a l’assistència sanitària en territori nacional a través dels corresponents serveis assignats. En el cas de que rebi assistència en un altre EM, la Directiva faculta als EM per incloure alguna condició, criteri d’exigibilitat o tràmit reglamentari o administratiu, sempre que això no constitueixi una discriminació ni obstacle a la lliure circulació dels pacients. El RD opta per demanar, quan sigui necessari i així sigui requerit pel SNS, una avaluació prèvia realitzada per un metge d’atenció primària, que justifiqui la indicació de la prestació sanitària que s’ha de proporcionar al pacient.

L’apartat 6 de l’art. 10 del RD remarca que, sense perjudici d’això establert, el Ministeri de Sanitat, Serveis Social i Igualtat, previ informe del CISNS, podrà limitar l’aplicació de normes de reemborsament per *“razones imperiosas de interés general, especialmente por la necesidad de planificación para garantizar una gama equilibrada de tratamientos de elevada calidad, o por la voluntad de asegurar un uso racional de los recursos financieros”.*

Pel que fa a les tarifes de reemborsament aplicables als pacients afiliats a Espanya i que sol·liciten assistència sanitària a un altre EM, l’art. 11 del RD estableix que es garantirà un procediment transparent pel càlcul de les despeses de l’AST que s’hagi de reemborsar al pacient afiliat a Espanya, ajustant-se a la normativa establerta sobre taxes i preus públics, tenint en compte, a més, el cost real de l’assistència. S’utilitzaran com a tarifes aplicables pel reemborsament de les despeses abonades en altres EEMM pels pacients que tinguin dret a aquest, els preus públics o tarifes que s’apliquen per la prestació de serveis sanitaris i aprovats per la respectiva administració competent. Quan no es disposi d’aquestes tarifes, aquestes es fixaran aplicant criteris objectius, no discriminatoris i coneguts per endavant.

En quant a les tarifes aplicables als pacients afiliats a un altre EM i que sol·licitin assistència sanitària a Espanya, els proveïdors d’assistència sanitària aplicaran les mateixes tarifes

que apliquen als pacients nacionals en situacions mèdiques comparables. Respecte a les prestacions sanitàries rebudes en centres i serveis del SNS que estiguin subjectes a facturació, s'aplicaran els mateixos preus públics previstos per els pacients afiliats a Espanya que sol·liciten AST a un altre EEMM, ja mencionats. En el cas de que s'hagi facilitat assistència per proveïdors privat, s'aplicaran les tarifes que aquets tinguin publicades.

L'art. 14 del RD contempla els requisits mínims del procediment de reemborsament:

- 1) El procediment pel reemborsament de les despeses l'establirà l'autoritat competent.
- 2) La sol·licitud de reemborsament es dirigirà a l'organisme assignat a tal efecte per l'administració sanitària competent, en un termini màxim de tres mesos a partir de la data de pagament de l'assistència rebuda i s'ajustarà al format que s'hagi establert.
- 3) Aquesta sol·licitud de reemborsament s'acompanyarà, almenys, dels documents que s'inclouen en l'annex I<sup>142</sup>, per facilitar la valoració de la procedència i quantia del reintegrament del cost real de la prestació sanitària.
- 4) Un cop rebuda la documentació requerida, l'òrgan competent realitzarà les comprovacions oportunes per tal de determinar el dret al reemborsament, el compliment de les condicions en que va ser concebuda l'autorització prèvia en el seu cas, i l'import corresponent, d'acord amb les tarifes aplicables en cada cas.
- 5) Finalitzada la instrucció del procediment, es dictarà resolució motivada que es notificarà a l'interessat, amb expressió de les reclamacions i recursos procedents, d'acord amb allò establert a la Llei 30/1992. El termini màxim per a notificar aquesta resolució serà de tres mesos, a partir de la data de recepció de la sol·licitud per l'autoritat sanitària competent; i en cas de que transcorri el termini sense resolució expressa, s'entendrà estimada per silenci administratiu.

---

<sup>142</sup> “Documentación para el procedimiento de reembolso: 1. Facturas originales, del proveedor de asistencia sanitaria o establecimiento dispensador, en las que deberá acreditarse por el expendedor que han sido abonadas. Deberá constar, al menos: a) Identificación del paciente: nombre, apellidos y número de DNI o NIE o pasaporte; b) Identificación de la persona física o jurídica que emita las facturas: nombre o denominación social y domicilio; c) Nombre del servicio o unidad clínica; d) Datos de identificación del profesional responsable de la asistencia sanitaria transfronteriza; e) Los diversos conceptos asistenciales realizados de forma detallada, en la forma en que especifique la autoridad sanitaria competente, el importe de cada uno y la fecha de realización; f) En su caso, la denominación del medicamento, producto sanitario o alimento dietético de usos médicos especiales dispensado, el número de envases dispensados, la cuantía abonada por el paciente y la fecha de dispensación. 2. Copia de la prescripción médica o el informe clínico de la atención prestada en el que deberá incluir inexcusablemente: a) Razón clínica por la que se presta la asistencia sanitaria transfronteriza; b) Procedimientos diagnósticos o procedimientos terapéuticos principales y secundarios realizados con motivo de la asistencia sanitaria transfronteriza (indicando siempre que sea posible código de identificación homologado, tal como CIE9-MC o similares); c) Revisiones que deben realizarse y plazo estimado para las mismas; d) Cualquier otro dato que se considere oportuno reseñar, para clarificar la asistencia sanitaria recibida o su coste real, siempre que sea estrictamente necesario para la valoración de la procedencia y cuantía del reintegro”.

#### 4.1. ASSISTÈNCIA SANITARIA QUE REQUEREIX AUTORITZACIÓ PRÈVIA

D'acord amb l'art. 8.1 de la Directiva, l'EM d'afiliació podrà establir un sistema d'autorització prèvia per reemborsament de les despeses d'AST, que es restringirà a allò que sigui necessari i proporcionat a l'objectiu que es pretén, i no podrà constituir un mitjà de discriminació arbitrària ni un obstacle injustificat a la lliure circulació dels pacients. L'apartat 2 del mateix article de la Directiva limita l'assistència sanitària que pot requerir autorització prèvia, i en aquest sentit, l'art. 15.1 del RD 81/2014 determina que la prestació d'AST per les tècniques i procediments que es relacionen en el seu annex II, estarà subjecte, pel reemborsament de les despeses, a la prèvia autorització per les autoritats competents de la CA on estigui domiciliat l'assegurat, per l'INGS o per la mutualitat de funcionaris que, en el seu cas, correspongui.

Les prestacions sanitàries sotmeses a autorització prèvia són:

a) Les que requereixin planificació relacionades amb l'objecte de garantir un accés suficient i permanent a una gama equilibrada de tractament d'elevada qualitat en l'EM que es tracti, o la voluntat de controlar les despeses i evitar, en la mesura del possible, qualsevol malbaratament de recursos financers, tècnics i humans<sup>143</sup> i impliqui:

1. Qualsevol tipus d'atenció sanitària que impliqui que el pacient tingui que pernoctar a l'hospital almenys una nit.

2. Aquelles tècniques, tecnologies o procediments inclosos en la cartera comú de serveis del SNS que hagin sigut seleccionats en base a l'exigència de l'ús de procediments o equips mèdics summament especialitzat, a la necessitat d'atenció a pacients com problemes complexos, o pel seu elevat cost econòmic<sup>144</sup>.

b) Que comportin tractaments que presentin un risc particular pel pacient o la població.

c) Que sigui proporcionada per un prestador d'assistència sanitària que, en funció de les circumstàncies concretes de cada cas, pugui suscitar motius greus i específics d'inquietud

---

<sup>143</sup> Aspecte que ja s'havia mencionat a l'apartat 78 i 79 de la sentència 12 de juliol de 2001, dictada en l'assumpte C-157/99.

<sup>144</sup> L'annex II, apartat 2 del RD 81/2014, estableix que seran considerat en aquest sentit: "a) Tomografía por emisión de positrones (PET) y combinada con el TC (PET-TC) y SPECT; b) Reproducción humana asistida; c) Diálisis; d) Cirugía mayor ambulatoria que requiera la utilización de un implante quirúrgico; e) Tratamientos con radioterapia; f) Tratamientos farmacológicos o con productos biológicos, cuyo importe mensual sea superior a 1.500 €; g) Radiocirugía; h) Análisis genéticos orientados a diagnósticos de casos complejos, incluidos el diagnóstico prenatal y el preimplantacional, análisis genéticos presintomáticos y de portadores y análisis de farmacogenética y farmacogenómica; i) Tratamientos de discapacidades que requieran para su corrección o mejoría: Sillas de ruedas eléctricas, prótesis de miembro superior excepto las prótesis parciales de mano, prótesis de miembro inferior excepto las prótesis parciales de pie, audífonos y bitutores; j) Tratamientos con fórmulas completas para nutrición enteral domiciliaria y con fórmulas y módulos nutricionales para trastornos congénitos del metabolismo de los hidratos de carbono, aminoácidos y lípidos; k) Atención a patologías y realización de procedimientos para los cuales se han designado servicios de referencia, de acuerdo con el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, incluidos en el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, o se han establecido redes de referencia en Europa".

en relació amb la qualitat o seguretat de les cures, a excepció de l'assistència sanitària subjecte a la legislació de la Unió que garanteixi un nivell mínim de seguretat i qualitat en tota la Unió.

#### 4.2. PROCEDIMENT DE L'AUTORITZACIÓ PRÈVIA

Pel que fa al procediment d'autorització prèvia, serà establert per les autoritats sanitàries competents. D'aquesta manera, la sol·licitud es dirigirà a l'organisme assignat per aquell, i s'ajustarà al format establert a l'efecte. Aquest procediment el trobem establert a l'article 8 apartat 3, 4 i 5 de la Directiva 2011/24/UE a l'art. 16 del RD 81/2014.

En primer lloc, l'administració sanitària competent haurà de comprovar si es compleixen les condicions establertes a l'art. 20 del Reglament (CE) n°883/2004. Si es compleixen aquestes condicions, es concedirà l'autorització prèvia de conformitat amb allò previst en el citat Reglament, excepte que el pacient opti pel que s'apliqui en el RD AST. Es destaca en aquest punt, que per tal de facilitar aquesta elecció, s'haurà d'informar sobre les conseqüències derivades de l'aplicació de les dues opcions.

S'estableix també en la Directiva que, quan un pacient afligit o sospitós de patir una malaltia estranya sol·liciti una autorització prèvia, es podrà dur a terme una avaluació clínica per experts d'aquest àmbit; i en cas de que no es puguin trobar experts a l'EM d'afiliació o de que el dictamen de l'expert no sigui conclouent, l'EM d'afiliació podrà sol·licitar assessorament científic.

Un cop finalitzada la instrucció del procediment, es dictarà resolució motivada que es notificarà a l'interessat, amb expressió de les reclamacions i recursos procedents, d'acord amb allò establert a la Llei 30/1992. El termini màxim per a la notificació de la resolució de concessió o, en el seu cas, denegació de l'autorització prèvia serà de 45 dies, a partir de la data de recepció de la sol·licitud per l'autoritat sanitària competent. Tot i això, l'autoritat sanitària competent tindrà en compte l'afecció específica, d'urgència i les circumstàncies individuals del pacient, a l'hora d'avaluar una sol·licitud d'AST. En cas de que transcorri el termini sense recaure resolució expressa, es podrà entendre estimada la sol·licitud per silenci administratiu, en els termes previstos a l'art. 43 de la Llei 30/1992.

#### 4.3. DENEGACIÓ DE L'AUTORITZACIÓ PRÈVIA

L'administració sanitària competent podrà denegar una autorització prèvia per les raons següents:

- a) Quan es tracti d'una prestació no inclosa en la cartera comú de serveis del SNS o, en el seu cas, la cartera complementària de la CA corresponent, o quan no es reuneixin les condicions a les que es presta.

- b) Quan s' existeixi un grau raonable de certesa de que el pacient, segons una avaluació clínica, vagi a exposar-se a un risc que no es pugui considerar acceptable, tenint en compte l'evidència del benefici potencial que pugui obtenir de l'AST sol·licitada.
- c) Quan existeixi un grau raonable de certesa de que la població en general pugui quedar exposada a un risc substancial com a conseqüència de l'AST considerada.
- d) Quan la prestació vagi a ser proporcionada per un proveïdor d'assistència sanitària que susciti motius greus i específics d'inquietud respecte a les normes i directrius de qualitat i seguretat justificable.
- e) Quan l'atenció sanitària pugui prestar-se en el territori nacional en un termini que sigui mèdicament justificable.

Per decidir quin termini es considera mèdicament justificable, es realitzarà una avaluació clínica individualitzada que tindrà en compte l'estat de salut de cada pacient, la possible evolució de la seva malaltia, el grau de dolor que pateixi o la naturalesa de la seva discapacitat en el moment en què la sol·licitud d'autorització va ser efectuada. Addicionalment es tindran en compte els terminis determinats en el RD 1039/2011, de 15 de juliol, per el que s'estableixen els criteris marc per a garantir un termini màxim d'accés a les prestacions sanitàries del SNS i les normes de garanties de temps d'espera vigents a cada CA.

## 5. COOPERACIÓ EN MATÈRIA D'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA

La Directiva 2011/24/UE dedica el seu Capítol I a la cooperació entre EEMM, ja que la considera com un punt clau per tal de garantir una AST segura, de gran qualitat i eficaç. Aquesta cooperació pot referir-se<sup>145</sup> a la planificació conjunta, el reconeixement mutu o l'adaptació de procediments o normes i la interoperabilitat dels respectius sistemes nacionals de tecnologies de la informació i la comunicació, així com als mecanismes pràctics per a garantir la continuïtat de l'assistència o la facilitació pràctica de la prestació transfronterera d'assistència sanitària per part dels professionals sanitaris de manera temporal o ocasional.

Pel que fa a l'assistència mútua i cooperació, l'art. 10 de la Directiva estableix que els EEMM es prestaran l'assistència mútua necessària per tal de dur a terme allò establert en la normativa, incloent la cooperació en allò que respecte a normes i directrius n matèria de qualitat i seguretat i l'intercanvi d'informació, especialment entre els seus PNC, inclòs allò relatiu a les disposicions sobre supervisió i l'assistència mútua per aclarir el contingut de les factures.

Aquesta col·laboració entre Estats es podrà dur a entre en els nivells locals, regionals i nacionals i a través de tecnologies de la informació i la comunicació. La Comissió animarà també als EEMM, i en particular als països veïns, a que celebrin acords entre ells per tal de que cooperin en la prestació d'AST en les zones frontereres.

---

<sup>145</sup> Considerant nº 50 de la Directiva 2011/24/UE.

En aquest àmbit d'assistència mútua i cooperació, el RD determina que a efectes de l'AST, seran competents per informar a les administracions públiques d'altres EM que ho sol·licitin, sobre el dret a exercir dels professionals sanitaris, i a la seva suspensió o inhabilitació per l'exercici dels professionals sanitaris amb títol universitari o d'especialista en ciències de la salut: l'òrgan administratiu responsable del Registre Estatal de Professionals Sanitaris, regulat a la disposició addicional dècima de la Llei 16/2003; les Conselleries de Sanitat de les CCAA en l'àmbit de les seves competències; i els Consells Generals dels col·legis professionals sanitaris en l'àmbit de les seves competències també.

També es preveu a la Directiva el reconeixement de receptes esteses en un altre EM a nom d'un pacient determinat, sempre que la comercialització d'un medicament estigui autoritzada en el seu territori conforme amb la Directiva 2011/83/CE o el Reglament 726/2004, de 31 de març, pel que s'estableixen procediments comunitaris per a l'autorització i el control dels medicament d'us humà i veterinari i pel que es crea una Agència Europea de Medicaments. En aquest aspecte, el RD AS es limita a reiterar allò exposat l'art. 11 de la Directiva. D'aquesta manera queda prohibida qualsevol restricció al reconeixement de les receptes a no ser que la restricció es limiti a allò que sigui necessari i proporcionat per a protegir la salut humana i no sigui discriminatòria; i quan es basi en dubtes legítims i justificats sobre l'autenticitat, el contingut o la intel·ligibilitat d'una recepta determinada. Val a dir que, el reconeixement d'aquestes receptes serà sense perjudici de la normativa nacional sobre prescripció i dispensació de medicaments, incloses els genèrics o altres substituïts. El reconeixement de les receptes no afectarà tampoc a les normes sobre finançament públic de medicaments, i el reemborsament de les despeses de medicaments incloses en la prestació farmacèutica del SNS, es regirà pel que disposi el propi RD AST. Quan s'estengui una recepta a un altre EM per medicaments i productes sanitaris a Espanya, i la dispensació es sol·liciti a Espanya, es prendran totes les mesures necessàries a més del reconeixement de la recepta, per garantir la continuïtat del tractament.

S'estableix també que, per tal d'aplicar aquest reconeixement de receptes, la Comissió adoptarà mesures que permetin als professionals sanitaris verificar l'autenticitat de la recepta i si va ser estesa en un altre EM per un membre d'una professió sanitària regulada legalment i facultat per fer-ho, mitjançant l'elaboració d'una llista no exhaustiva d'elements que hauran de figurar en les receptes i que hauran de ser clarament identificables en tots els formats de la recepta. Adoptarà també directrius d'ajuda als EM perquè desenvolupin la interoperabilitat de les receptes electròniques; així com mesures per facilitar que la informació als pacients relativa a la recepta, el prospecte dels medicaments i les instruccions d'uns del producte, incloses la indicació del principi actiu i de la dosi, siguin comprensibles.

En quan a les Xarxes Europees de Referència, tindran l'objectiu<sup>146</sup> de contribuir a aprofitar el potencial de la cooperació europea en matèria sanitària; en la posada en comú de coneixements referents a la prevenció de malalties; contribuir a millorar els diagnòstics i a prestar una atenció sanitària de gran qualitat, accessible i cost-efectiva a tots els pacient. El RD AST estableix que el Ministeri de Sanitat, Serveis Social i Igualtat, previ acord amb el CISNS, establirà el procediment corresponent per què els serveis i unitats de referència del SNS designats d'acord al procediment establert en el RD 1302/2006, de 10 de novembre, puguin pertànyer o col·laborar amb les xarxes europees de referència, un cop que la Comissió Europea hagi publicat els actes d'implementació d'aquestes.

La Directiva dedica també un article a les malalties estranyes i declara que la Comissió recolzarà als EEMM cooperant en el desenvolupament de capacitats de diagnòstic i tractaments. Al seu torn, el RD, estableix que amb el fi de desenvolupar aquestes capacitats de diagnòstic i tractament de les malalties rares, així com facilitar el coneixement de les mateixes, el Ministeri de Sanitat, Serveis Social i Igualtat, oferirà als professionals sanitaris i als pacients la informació disponible sobre les eines existents a Espanya i a la UE per facilitar la pràctica clínica en les malalties estranyes, tals com els Centres, Serveis i Unitats de Referència de SNS d'Espanya i les Xarxes Europees de Referència relacionades amb aquestes malalties.

En quant a la Xarxa Europea de sanitat electrònica, la UE recolzarà i facilitarà la cooperació i l'intercanvi d'informació entre els EEMM dins d'una xarxa voluntària que connecti a les autoritats nacionals encarregades de la sanitat electrònica que designin els EEMM. Els objectius d'aquesta xarxa seran esforçar-se per aconseguir uns beneficis econòmics i socials sostenibles a través dels sistemes i serveis europeus de sanitat electrònica, així com elaborar directrius en relació a una llista no exhaustiva de dades que s'hauran d'incloure a l'historial dels pacients i podran ser compartits pels professionals sanitaris per propiciar una continuïtat en eles cures i la seguretat dels pacients a través de les fronteres. Per la seva part, el RD 81/2014 afirma que Espanya formarà part de la xarxa europea de sanitat electrònica, i que el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat designarà autoritat nacional responsable en matèria de sanitat electrònica, i ho comunicarà a la Comissió Europea.

En la mateixa línia que les dues anterior xarxes, la Directiva preveus també la cooperació en l'avaluació de les tecnologies sanitàries, a través de la xarxa europea d'avaluació de les tecnologies sanitàries, regulada a l'art. 15 de la Directiva 2011/24/UE i art. 24 del RD 81/2014.

---

<sup>146</sup> Article 12.2 de la Directiva 2011/24/UE.

## CONCLUSIONS

Al no haver-hi un sistema de seguretat europeu, els models sanitaris a Europa es classifiquen en dos grans grups. Per un cantó, hi ha el Sistema de Seguretat Social, que té el seu origen a Alemanya, i que es caracteritza pel seu finançament a través de cotitzacions obligatòries per part del treballador, l'empresari i per l'Estat, que intervé en petita mesura a través d'impostos. Aquestes cotitzacions es dipositen a unes entitats o caixes, creant així una assegurança pel treballador, en cas de malaltia, invalidesa o indemnització. A conseqüència, l'Estat no hi té una influència directa, sinó que es delega a les parts implicades, que són les entitats asseguradores i els proveïdors, per tal de que s'encarreguin d'organitzar i administrar el sistema de forma conjunta. Alemanya, Àustria, Bèlgica, França, Luxemburg, Holanda, Suïssa, Grècia, així com la majoria dels Estats membres de l'est que s'han adherit a la UE en els últims anys, són els que utilitzen aquest model sanitari.

Per altra banda, trobem el Sistema Nacional de Salut, finançat a través dels pressupostos de l'Estat, és a dir, del impostos, amb una atenció mèdica de cobertura universal que, en molts dels països és gratuïta, tot i que també hi ha casos de copagament. Aquest model és gestionat per l'Estat a través dels seus ministeris i organismes, i és adoptat a Anglaterra, Suècia, Dinamarca, Irlanda, Finlàndia, Espanya, Portugal i Grècia.

Espanya, al seu torn, tot i que en un primer moment es regia per un model de SS, després de la transició espanyola i després d'aprovar la Constitució, va passar a utilitzar el SNS, i va deixar en mans de les CCAA la competència en matèria de salut, de manera que actualment es troba descentralitzada, tot i que amb unes línies generals marcades per l'Estat.

Per tant, els règims de seguretat social formen part de l'àmbit competencial dels EEMM, el qual fixa el seu pressupost i finançament, les seves prestacions socials, els beneficiaris i les condicions d'assignació que es realitzen.

La sanitat no és una competència atribuïda exclusivament a la UE, sinó que la competència és principalment dels Estats, de manera que el rol de la Unió es basa en complementar, coordinar i recolzar les polítiques nacionals, ja que com s'ha vist, no existeix un sistema sanitari únic europeu, sinó varis, i entre cada un hi ha també les seves diferències, degut a que la seguretat social i la seva gestió és un àmbit que recau en els governs nacionals de cada EM. Tot i això, mentre que la UE té limitada la seva competència en moltes àrees de la salut en l'àmbit europeu, i té la obligació de respectar les responsabilitats de cada EM a l'hora de definir la seva pròpia política, organització i gestió dels serveis sanitaris, hi ha unes altres àrees on la UE té competència per involucrar-se en aspectes sanitaris, ja que és un sector que influeix en el mercat interior i per tant, a la lliure circulació. La UE a través del Reglament 883/2004 del Parlament Europeu i del Consell, de 29 d'abril de 200, sobre la coordinació dels sistemes de seguretat social, ha intentat establir una coordinació entre els EEMM i els seus respectius sistemes de seguretat per



tal de que, quan un treballador es traslladi a un altre EM per dur a terme una activitat econòmica, i cotitzi i generi una sèrie de prestacions, aquests no es perdin quan el treballador decideixi desplaçar-se a un altre EM o retornar al seu país d'origen. És a dir, que s'acumulin els períodes de cotitzacions, o el dret a rebre prestacions, sense importar l'EM on es resideixi.

Per tant, actualment, el rol de la UE en relació als sistemes sanitaris i les seves polítiques té una doble vessant. En primer lloc, l'art. 168 TFUE proporciona una base a la UE perquè promogui polítiques de salut públiques i és el punt més arrelat pel que fa a l'activitat de polítiques sanitàries, remuntant-se en els programes verticals inicials, així com l'activitat en l'àmbit de la informació de la salut. El segon aspecte es refereix al paper del mercat interior en la política europea d'atenció mèdica. És a dir, tot i que la major part del paper de la UE en polítiques sanitàries es limita a recolzar i complementar les polítiques nacionals i fomentar la cooperació entre els EEMM, i els quals són responsables dels seus propis sistemes sanitaris, la Unió comparteix competència per legislar en el camp de la salut quan es tracta d'aspectes i matèries que estan relacionades amb el mercat interior.

Per una banda, la lliure circulació de treballadors residents en un altre EEMM quedava àmpliament regulada i se'n desprenia d'aquesta drets i deures en matèria de seguretat social per part dels ciutadans, a través de múltiples normatives europees, relacionades amb una activitat econòmica. Pel que fa a la lliure prestació de serveis, aquesta compren també un doble aspecte on, el ciutadà pot desplaçar-se a un altre EM per tal de prestar un servei per un cantó, i per l'altre el ciutadà, en tant que usuari dels serveis, pot desplaçar-se a un altre EEMM per tal de beneficiar-se d'ells. La lliure prestació de serveis i la llibertat d'establiment recollits a la Directiva 2006/123 de serveis, en relació als prestadors de serveis, va ajudar a clarificar i codificar aquesta matèria per tal d'impulsar una àmplia cobertura i una major competitivitat en el sector dels serveis; si bé és cert que la prestació de serveis sanitaris va quedar fora del seu àmbit d'aplicació.

Des de l'altra perspectiva, l'accés a l'assistència sanitària en un altre EEMM per part dels pacients, s'ha d'entendre com un dret vinculat a la ciutadania. La ciutadania europea és un dret inherent als nacionals dels EEMM; i a través d'aquesta se'n desprenen una sèrie de drets que no estan vinculats amb el caràcter econòmic, a diferència del que hi havia establert fins aquell moment.

Abans de l'aprovació del Reglament 883/2004, el marc jurídic es limitava al de 1971, i els nacionals d'un EM que buscaven assistència sanitària en un altre EM, exigien després als seus Estats d'afiliació que se'ls hi reembressin les despeses ocasionades pel tractament rebut. Degut a l'escassa regulació que hi havia sobre aquest tema, el TJ va intervenir creant des de 1998, amb els assumptes *Kohll* i *Decker*, una línia jurisprudencial que donava una nova interpretació i visió sobre la prestació de serveis sanitaris, considerats des de llavors com a "serveis" sempre i quan es compleixi el requisit de retribució. En aquest sentit, va considerar que els serveis sanitaris prestats fora dels centres hospitalaris no requerien que el pacient sol·licités una autorització prèvia al seu

EM per tal de ser reemborsat després, entenent que això suposava una restricció a la lliure prestació de serveis, tenint en compte que al sistema de seguretat social luxemburguès li suposava la mateixa despesa tant si l'usuari rebia el servei en territori nacional, com en un altre EM.

Més tard, a través de la sentència *Smits i Peerbooms* el TJ va entendre que la prestació de serveis en centres hospitalaris també tenien consideració de serveis però, en els casos que es tractaven, si que era necessari la supeditació d'una autorització prèvia per tal de ser reemborsat, tenint en compte que els serveis dispensats en aquest àmbit requerien de planificació. És a dir, que excepte que es tractés d'un cas d'urgència per part d'un ciutadà que havia efectuat un desplaçament a un altre EM, i un cop allà havia necessitat assistència mèdica de forma sobrevinguda, era indispensable comptar amb una autorització prèvia per tal de rebre un tractament sanitari en un altre EM. Es considerava també que el sistema holandès, al no tenir un llistat de prestacions preestablert i estar sotmès al requisit del "caràcter habitual en els mitjans professionals" dels tractaments, aquest haurien de validar-se a través de criteris objectius, ja que si només es tenen en compte els tractaments practicats al territori nacional i a les opinions mèdiques nacionals, això podria privilegiar als prestadors nacionals.

Va ser justament el fet de que el Tribunal afavorís, en varies sentències, la lliure circulació de pacients, que la Comissió va considerar adequat elaborar la Directiva 2011/24/UE relativa als drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera, per tal de codificar i modernitzar la normativa en aquest àmbit.

La Directiva 2011/24/UE codifica molts dels aspectes que ja havia anat establint el TJ a través de la seva jurisprudència, com és la consideració de "serveis" la prestació d'assistència sanitària, o el dret d'un pacient a rebre un tractament sanitari en un altre EM diferent a l'EM d'afiliació; i incorpora alhora diverses novetats. Tot i això, no contempla ni pretén la transferència dels drets de seguretat social entre els EEMM ni altres mesures de coordinació d'aquests sistemes, ni tampoc no intenta intervenir en l'organització dels sistemes de seguretat social interns. S'ha d'entendre doncs, com un instrument que estableix una sèrie de directrius per tal de facilitar i l'AST amb un nivell elevat de seguretat i qualitat, i garantir la mobilitat dels pacients que escullin rebre assistència sanitària en un altre EM diferent del seu Estat d'afiliació, sense que es trobin davant d'obstacles o barreres que posin en perill aquesta llibertat de circulació dels pacients. De la mateixa manera, exclou una sèrie de serveis tals com els tractaments de llarga duració que tinguin per finalitat ajudar a persones que necessitin assistència per realitzar tasques rutinàries, els transplants d'òrgans i els programes de vacunació pública.

Una de les novetats aportades per la Directiva és la liberalització de la prestació de l'assistència sanitària, de manera que aquesta assistència pugui ser duta a terme per proveïdors del servei sanitari tan públic com privats. És a dir, el pacient pot escollir la naturalesa del centre hospitalari on vol rebre el tractament, i triar el proveïdor del servei sanitari. El problema, en la seva transposició a Espanya, és que el sistema sanitari espanyol en algunes CCAA, el pacient

encara no pot escollir el centre sanitari públic on vol ser atès, de manera que se n'hi designa un directament, però en canvi si que pot exercir aquest dret de selecció si desitja rebre assistència sanitària en un altre EEMM.

A diferència del Reglament 883/2004, la Directiva, a priori, estableix que no es necessita autorització prèvia per rebre una prestació sanitària en un altre EM, ja que això suposa un obstacle a la lliure prestació i al dret del pacient. Tot i això, i tal i com es va entendre en l'assumpte *Smits i Peerbooms*, hi ha una sèrie de casos que queden supeditats a l'autorització prèvia, quan es tracta de necessitats i serveis sanitaris que requereixin una planificació per tal de dur-se a terme un tractament de bona qualitat, o quan es tracti de tractaments que presenten un risc particular pel pacient, o quan l'assistència sigui proporcionada per un prestador del qual es pugui dubtar de la seva qualitat de serveis.

L'altra gran diferència recau en el pagament per part del pacient del tractament rebut en un altre EM, i del qual serà reemborsat més tard pel seu EM d'afiliació. L'EM d'afiliació només està obligat, i sempre que es compleixin les condicions requerides, a reemborsar el cost del tractament fins a la quantia màxima que hauria assumit aquest Estat si l'assistència s'hagués prestat en el seu territori, i en cas de que aquell servei estigui previst en la seva cartera de serveis. La Directiva, tot i que té com objectiu aclarir aquest tema, considero que no dissipa tots els dubtes al respecte, ja que en comptes de traçar una línia clara per exemple, no resol, per exemple, el problema d'aquell pacient que no té recursos econòmics suficients per pagar-se el tractament.

Un altre aspecte perillós és que al deixar que els EEMM aprovin llistes de tractaments que exigeixen l'autorització prèvia, es va en direcció oposada a la lliure prestació l'AST, ja que en comptes de facilitar-la es podria estar limitant.

Incorpora també un gran bloc en termes de deures i obligacions per part dels EEMM en matèria d'informació, per al tal de que el pacient pugui estar informat de tots els aspectes, condicions, i requisits que comporta l'AST. En aquest punt, tot i que la iniciativa és positiva, la seva aplicació a l'Estat espanyol és insuficient, cosa que comporta que la informació és pràcticament inexistente, i queda a l'espera de que s'instal·lin més PNC per tal de poder transmetre tota la informació que requereix la Directiva en aquest terme.

La conclusió final després d'aquest estudi és que, tot i que la Directiva 2011/24/UE ha codificat molts dels aspectes considerats per part del TJUE, i ha incorporat també novetats que actuen a favor de la lliure circulació dels pacients, crec que encara queden certs aspectes sense resoldre, cosa que em fa considerar que la intervenció del TJUE serà necessària per aclarir i resoldre les controvèrsies en aquesta matèria.

Al ser un tema que s'entrelliga amb els sistemes de seguretat social, i que com s'ha reiterat són competència dels governs nacionals, els EEMM tenen molt de marge per decidir els serveis que inclouen en les seves carteres sanitàries o la quantia màxima que s'aplicarà pel

reemborsament, així com els tractaments que necessiten autorització prèvia. Com que aquesta discrecionalitat dels EEMM no es pot canviar, i la Directiva en cap cas tampoc es planteja l'opció, ja que el seu objectiu és harmonitzar, considero que es necessita, de manera fonamental, que el pacient sol·licitant del tractament en un altre EEMM, estigui plenament assabentat dels requisits i característiques, tant del tractament com del reemborsament, per tal de que no hi hagin posterior sorpreses. És a dir, davant els aspectes incerts citats o controvertits i que poden causar confusió al pacient, és vital que aquest hagi rebut l'adequada informació, per tal de que pugui decidir amb coneixement i valorar si vol rebre assistència sanitària en un altre EM o no.

Pel que fa a Espanya, que transposa la Directiva amb retard, ja complia amb algunes de les formes establertes en aquesta. Un dels elements que ja es trobava regulat<sup>147</sup> a la normativa nacional és l'existència d'una cartera de serveis del SNS, així com el procediment per l'actualització de les prestacions sanitàries incloses en la mateixa. En aquest sentit, el RD-Llei 16/2012, de 20 d'abril, recull la classificació de les prestacions identificades com a bàsiques, suplementàries i accessòries. Contava també amb el sistema de tarifes pel reemborsament de pacients (espanyols) que reben assistència en un altre EM de la UE i de preus pels ciutadans d'un altre EM que sol·liciten assistència a Espanya, establert per les respectives Autoritats Competents en l'execució de la prestació d'assistència sanitària, que són les CCAA. Disposa també de criteris per a garantir la qualitat i seguretat dels pacients en l'assistència sanitària, recollit a la Llei 16/2003, de 28 de maig, el RD 1277/2003 de 10 d'octubre, el RD 605/2003, de 23 de maig i el RD 1039/2011, de 15 de juliol. Disposa també d'un Registre de centres, serveis i establiments sanitaris autoritzats per les CCAA que està disponible en el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat i a la seva pàgina web; així la *Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones Sanitaria*.

En canvi, i ha una severa mancança en un dels objectius primordials que estableix la Directiva, que és la informació. Tot i haver-se establert un PNC central, tenint en compte les dimensions i característiques que conformen l'Estat espanyol, no es pot considerar suficient per arribar a tota la població, tenint en compte que cada CCAA pot presentar unes línies diferents, i per tant, l'obtenció d'informació en matèria de AST pot resultar escassa.

---

<sup>147</sup> Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. *Resumen de la Transposición de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza al ordenamiento jurídico nacional*. 25 d'octubre 2013.

## BIBLIOGRAFIA

### 1. PUBLICACIONES

- OBRES GENERALS, COL·LECTIVES I MONOGRAFIES

ALCALÁ, L. y CABANELLAS. G.: *Tratado de Política Laboral y Social*, Tomo III,. Ed: Heliasta ,1976.

ALCODEA LUZARRAGA. F.: *La integración Europea. Análisis histórico-institucional con textos y documentos. II Génesis y desarrollo de la Unión Europea (1979-2002)*. Ed: Tecnos, 2000

ALVAREZ CONDE, E. i GARRIDO MAYOL, V.: *Comentarios a la Constitución Europea*. Libro II. Tirant lo Blanch. Valencia 2004.

BEVERIDGE,W.: *Seguridad social y servicios afines. Informe presentado al Parlamento de Gran Bretaña el 22 de noviembre de 1942* (versió traduïda al castellà per Vicente Peris)

DÍEZ MORENO, F.: *Manual de derecho de la Unión Europea*. Cinquena edició. Thomson Reuters, 2009. Ed: Aranzadi SA.

GONZÁLEZ POSADA, C.: *Los Seguros Sociales obligatorios en España*. Madrid 1946.

INNS.: *El sistema español de Seguridad Social. Antecedentes y modelo actual*. Madrid, 2008

PISARELLO, G.: *Los derechos sociales y sus garantías*. Editorial Trotta, S.A., 2007. Madrid

RUBIA VILA, F.J (coordinador): *Libro Blanco sobre el Sistema Sanitario Español*. Academia Europea De Ciencias Y Artes España. 2011

- ARTICLES DE REVISTES

AGUADO CUDOLÀ, V. i PRADO PÉREZ, R.: *Derecho a la protección de la salud y exclusión de la asistencia sanitaria: la crisis económica como pretexto para la limitación del acceso a los servicios y prestaciones del estado del bienestar*. R.V.A.P. núm. especial 99-100. Mayo-Diciembre 2014

BLANC, D.: *La planification des services de santé et le droit de l'Union européenne. Vers la reconnaissance d'une "exception sanitaire" ou l'intégration de la santé au marché?* Université Perpignan, 2013.

CERVELL HORTAL, M.J.: *Pacientes en la Unión Europea: libertad restringida y vigilada*. Cuadernos de Derecho Transnacional (Octubre 2011), Vol. 3, nº2

DE NANCLARES, JMYP.: *La delimitación de competencias entre la Unión Europea y los Estados Miembros: sobre el difícil equilibrio entre la flexibilidad, la eficacia y la transparencia*. Revista de Derecho Comunitario Europeo, Año nº6, Nº12, 2002

[file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LaDelimitacionDeCompetenciasEntreLaUnionEuropeaYLo-266001%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-LaDelimitacionDeCompetenciasEntreLaUnionEuropeaYLo-266001%20(1).pdf)

ESTEVE GARCIA, F.: *Els diferents instruments de liberalització inclosos en la Directiva 2006/123 de Serveis*. Revista catalana de dret públic, núm. 42, 2011.

FOTINOPOULOU BASURKO, O.: *El reembolso de gastos médicos y la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza*. Lan Harremanak/25: Revista de relaciones laborales (2012) UPV/EHU

GÓMEZ MARTÍN, M.: *La libre prestación de servicios sanitarios en Europa. A propósito de las sentencias del Tribunal de Justicia de 12 de julio de 2001*. Universidad de la Laguna.

LÓPEZ DEL PASO, R.: *William H. Beveridge y su influencia en los sistemas públicos de previsión social*. Revista electrònica Extroikos nº 2. 2011  
[http://www.extoikos.es/pdf/n2/extoikos2\\_Beveridge.pdf](http://www.extoikos.es/pdf/n2/extoikos2_Beveridge.pdf)

MANGAS MARTIN, A.: *La distribución de competencias en la Unión Europea y el principio de subsidiariedad*. Catedrática de Dret Internacional Públic. Universidad de Salamanca. Pàg. 3. Disponible a:  
[http://www.idpbarcelona.net/docs/actividades/seminarioue/distribucion\\_competencias\\_mangas\\_martin.pdf](http://www.idpbarcelona.net/docs/actividades/seminarioue/distribucion_competencias_mangas_martin.pdf)

MARTINEZ-GIJON MACHUCA, M.A.: *La formación histórica de la Seguridad Social en Europa y en España*. Universidad de Sevilla. Repositorio de Objetos de Aprendizaje de la Universidad de Sevilla (RODAS).  
[http://www.rodas.us.es/items/a65815a2-75b5-4c1f-17e1-cfc1062a5e9f/1/viewcontent?\\_sl.t=true](http://www.rodas.us.es/items/a65815a2-75b5-4c1f-17e1-cfc1062a5e9f/1/viewcontent?_sl.t=true)

MAVRIDIS, P.: *La libre circulation des patients: la boucle est-elle bouclée?* Petites affiches, nº 119, 13 juin 2008  
[https://www.courdecassation.fr/IMG/File/pdf\\_2007/02\\_04\\_2007/02-04-2007\\_mavridis.pdf](https://www.courdecassation.fr/IMG/File/pdf_2007/02_04_2007/02-04-2007_mavridis.pdf)

PANCET, M.: *El sistema sanitario alemán*. Panace@. Vol. XII, n.o 34. Segundo semestre, 2011.  
<http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n34-tribuna-parcet.pdf>

PEMÁN GAVÍN, J.: *Asistencia sanitaria pública y libre prestación de servicios. Sobre la libre circulación de pacientes en el espacio comunitario europeo*. Revista de Administración Pública. Núm. 160. Enero-abril 2003

QUINTERO LIMA, M.G.: *La seguridad social en España. Evolución histórica*. 2008. Pàg. 2 [Citat el 2 de febrer de 2015].  
<http://www.ocw.uc3m.es/derecho-social-e-internacional-privado/derecho-de-la-seguridad-social/lecturas/evolucionhistorica.pdf>.

SÁNCHEZ-CASTAÑEDA, A.: *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización.* UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas (2012)  
<http://www.biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3120/4.pdf>

THOMSON, S; OSBORN, R; SQUIRES, D, JUN, M.: *International Profiles of Health Care Systems 2013*. The Commonwealth Fund. Novembre 2013.

VAN DER ZEE, J i KRONEMAN, M.D.: *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. BMC Health Services Research 2007.  
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/7/94>

ZERDA, Á.: *Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos – Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala*. Pan American Health Organization, 2001. Portal de Información – Medicamentos Esenciales y Productos de Salud

<http://www.apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/>

## **2. RECURSOS ELECTRÒNICS**

Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat [Web en línia] <http://www.msssi.gob.es/>

Tribunal de Justícia de la Unió Europea [Web en línia] [http://curia.europa.eu/jcms/jcms/j\\_6/](http://curia.europa.eu/jcms/jcms/j_6/)

Unió Europea [Web en línia] [http://europa.eu/index\\_es.htm](http://europa.eu/index_es.htm)

## **3. LEGISLACIÓ**

### NACIONAL

Llei 14/1986, de 25 d'abril, General de Sanitat

Llei 16/2003, de 28 de maig, de Cohesió i Qualitat del Sistema Nacional de Salut

Llei Orgànica 4/2000, d'11 de gener, sobre drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social

Reial Decret-Llei 16/2012, de 20 d'abril, de mesures urgents per garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions

Reial Decret 81/2014, de 7 de febrer, pel qual s'estableixen normes per garantir l'assistència sanitària transfronterera

### EUROPEA

Reglament (CEE) 1408/71 del Consell, de 14 de juny de 1971, relatiu a l'aplicació dels règims de seguretat social als treballadors per compte aliè, als treballadors per compte propi i als membres de les seves famílies que es desplacen dins de la Comunitat

Reglament (CE) n°883/2004 del Parlament Europeu i del Consell de 29 d'abril de 2004, sobre la coordinació dels sistemes de seguretat social

Directiva 2006/123/CE del Parlament Europeu i del Consell de 12 de desembre de 2006, relativa als serveis del mercat interior.

Directiva 2011/24/UE del Parlament Europeu i del Consell de 9 de març de 2011, relativa a l'aplicació dels drets dels pacients en l'assistència sanitària transfronterera

## **4. JURISPRUDÈNCIA**

Sentència del Tribunal de Justícia de 28 d'abril de 1998, en l'assumpte C-158/96. Raymond Kohll contra Union des Caisses de maladie

Sentència del Tribunal de Justícia de 28 d'abril de 1998, en l'assumpte C-120/95. Nicholas Decker contra Caisse de Maladie des Employés Privés

Sentència del Tribunal de Justícia de 12 de juliol de 2001, en l'assumpte C-157/99. Smits i Peerbooms contra Stinhting Ziekenfonds VGZ i Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen

Conclusions de l'Advocat General Sr. Dámaso Ruiz-Jarabo Colomer, presentades el 18 de maig de 2001, en referència a l'assumpte C-157/99