



PREGUNTAS & RESPUESTAS A LA TRANSPOSICIÓN DE LA DIRECTIVA SOBRE ASISTENCIA TRANSFRONTERIZA



Versión 1

Información compilada por EURORDIS

La Directiva sobre los Derechos de los Pacientes en la Asistencia Sanitaria Transfronteriza fue aprobada oficialmente el 9 de marzo de 2011. Desde su publicación en el Boletín Oficial de la Unión Europea, los Estados miembros cuentan con un periodo de 30 meses para transponerla a sus respectivas legislaciones nacionales.

Este documento pretende responder algunas de las principales preguntas que los representantes de pacientes tienen para entender mejor la nueva legislación y defender los intereses de los pacientes para su transposición en ley a nivel nacional.

Preguntas & Respuestas a la transposición de la Directiva sobre la Asistencia Transfronteriza

DIRECTIVA 2011/24/UE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y EL CONSEJO DE 9 DE MARZO 2011 SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES A LA ASISTENCIA TRANSFRONTERIZA

Introducción.....	2
1 uno ¿Por qué hay un reglamento y una directiva?.....	4
2 dos ¿Cuál es la diferencia?.....	4
3 tres ¿Resulta útil el impreso S2 (antes E112)?	5
4 cuatro ¿Por qué no resulta totalmente satisfactorio el impreso S2 (antes E112)?	6
5 cinco ¿Qué es importante en la nueva Directiva?	6
6 seis ¿Qué asistencia está cubierta en la Directiva?	6
7 siete ¿Puedo pedir asistencia sanitaria en el extranjero si el tratamiento no está disponible en mi país?.....	7
8 ocho Como pacientes, ¿necesitamos pagar todos los gastos por adelantado y recibir el reembolso después?	7
9 nueve ¿Por qué motivos puede rechazarse la autorización previa?.....	8
10 diez ¿Algo de especial importancia para las enfermedades raras?.....	9
11 once ¿Existe un precio distinto, uno para los ciudadanos y otro para los extranjeros?	9
12 doce ¿Podemos solicitar también el reembolso de los gastos de viaje y alojamiento?.....	9
13 trece ¿Dónde podemos encontrar información sobre la asistencia recibida en otros Estados miembros?	9
14 catorce Si algo va mal, ¿qué puedo hacer?¿Quién es el responsable?	10

15/quince ¿Podemos abogar por el reembolso del gasto total (gastos principales)? 10

16/dieciseis ¿Qué asistencia sanitaria está sujeta a la autorización previa?..... 10

17/diecisiete ¿Pueden los Estados miembros limitar la asistencia transfronteriza?..... 11

18/dieciocho Importantes juicios del TJCE a tener en cuenta 11

19/diecinueve El TJCE en el caso Geraets-Smits & Peerbooms..... 11

20/veinte El TJCE en el caso Elchinov..... 12

21/veintiuno Glosario 13

INTRODUCCIÓN

La recién adoptada Directiva representa un paso adelante para mejorar el acceso de los ciudadanos europeos a la asistencia sanitaria. No sólo propone soluciones a los profesionales sanitarios para una mejor colaboración entre los Estados miembros (telemedicina, Redes Europeas de Referencia...) sino que también indica a los Estados miembros qué iniciativas deberían implementar para facilitar el acceso a la asistencia en otros Estados miembros que no sea el Estado de afiliación (aquel donde el paciente paga sus tasas al sistema sanitario).

El tribunal de Justicia Europeo ha confirmado que el derecho a solicitar asistencia sanitaria transfronteriza ya existe en el Tratado. Por tanto, esta Directiva no crea un derecho nuevo para los pacientes, pues ya existen. Sin embargo la Directiva solo será aplicable cuando todos los Estados Miembros realicen la transposición a sus respectivas legislaciones nacionales, con respeto absoluto a los derechos de los pacientes, y no más tarde del 25 de octubre de 2013.

En consecuencia, los pacientes y las organizaciones tienen una oportunidad de discutir con las autoridades sanitarias sobre la mejor manera de implementar la Directiva con las autoridades sanitarias durante los próximos dos años.

Una característica de esta Directiva es que propone muchas opciones, para que cada Estado miembro utilice o no estas opciones.

Debajo se indica lo que EURORDIS lleva abogando desde 2006:

1. En el caso de las enfermedades raras, los pacientes deberán tener derecho a recibir tratamiento en un Estado que no sea el Estado de afiliación cuando el tratamiento no esté disponible en el país de residencia
2. Todos los gastos deberán ser reembolsados, incluyendo los gastos de viaje y alojamiento
3. Los pacientes no deberán pagar por adelantado y esperar al reembolso
4. Cuando se requiera autorización previa, ésta no debe ser sometida a una decisión arbitraria, se hará de forma proporcional (no una petición irreal), y será rápida, con posibilidad de recurrir cuando la decisión sea negativa (según establece la Directiva).

Durante los debates con las autoridades sanitarias, algunos artículos en esta Directiva resultan de especial importancia, que se resumen en el siguiente cuadro.

Tema	Qué objetar	
	Artículo o considerando de la	Dónde encontrar la

	Directiva que documenta nuestro caso	explicación en este documento
<p>La autoridad sanitaria insiste en que los pacientes deben usar siempre el impreso S2 (antes E112) y sistemáticamente solicitan autorización previa. Esto puede ocurrir cuando un gobierno considera que la Directiva no es necesaria y no desea modificar en profundidad el proceso administrativo para la trasposición de la Directiva.</p>		<p>Pregunta 4 página 5</p>
<p>La autoridad sanitaria afirma que los pacientes pueden buscar una segunda opinión médica en otro Estado pero solo para el diagnóstico, no para el tratamiento (y el tratamiento es reembolsado en el Estado de afiliación).</p>	<p>Considerando 16, página 88/46</p>	
<p>La autoridad sanitaria acepta facilitar la asistencia transfronteriza pero solo para enfermedades muy raras</p>	<p>Considerando 55, página 88/51 <i>Las enfermedades raras son las que tienen un límite de prevalencia de no más de cinco casos por cada 10 000, de acuerdo con el Reglamento CE nº 141/2000</i> Artículo 13.b, página 86/62</p>	
<p>La autoridad sanitaria exige que el paciente pague por adelantado. Los gastos serán abonados después (solo en caso de autorización previa)</p>	<p>Artículo 7.4, página 88/57</p>	<p>Pregunta 7, página 7</p>
<p>La autoridad sanitaria no propone esfuerzos específicos para las enfermedades raras en comparación con las enfermedades frecuentes</p>	<p>Artículo 13, página 88/62</p>	<p>Pregunta 8 página 7</p>
<p>Los profesionales sanitarios proponen un coste diferente para el mismo tipo de servicio, dependiendo del lugar de procedencia del paciente</p>	<p>Artículo 4.4, página 88/56</p>	<p>Pregunta 9 página 7</p>
<p>La autoridad sanitaria afirma que los gastos de viaje y alojamiento no están dentro del ámbito de esta Directiva</p>	<p>Considerando 34, página 88/49 Artículo 7.4, página 88/58</p>	<p>Pregunta 10 página 7</p>
<p>La autoridad sanitaria afirma que la Directiva no prevé el reembolso de todos los gastos (gastos principales) , sino sólo en el límite de lo que sería reembolsado en el Estado de afiliación</p>	<p>Artículo 7.4, página 88/58</p>	<p>Pregunta 13 página 9</p>
<p>La autoridad sanitaria no quiere entrar en debate sobre la lista de tratamientos para los que se necesita autorización previa, o no es tan transparente como fuera deseable sobre esta lista</p>	<p>Artículo 8.7, página 88/59</p>	<p>Pregunta 14 página 9</p>

La autoridad sanitaria establece límites al número de pacientes de otros Estados miembros que serán tratados en el Estado

Considerando 21, página 88/47
Artículo 7.9, página 88/58

Pregunta 15 página 9

1 | uno ¿POR QUÉ TENEMOS UN REGLAMENTO Y UNA DIRECTIVA?

El reglamento 883/2004 fue adoptado para garantizar el acceso a la asistencia en el Estado de residencia a los trabajadores inmigrantes y personas a su cargo. También cubría el tratamiento recibido fuera del Estado de residencia o afiliación, bajo las siguientes condiciones:

- Asistencia ocasional: durante la estancia temporal en otro Estado miembro, una persona tendrá derecho a la asistencia sanitaria que se haya hecho necesaria durante su estancia. Para acreditar su derecho en el Estado de origen el paciente debe presentar en el Estado anfitrión el impreso E111 (ahora reemplazado por la Tarjeta Sanitaria Europea EHC).
- Asistencia programada: los pacientes que se trasladen a otro Estado miembro concretamente para obtener asistencia sanitaria necesitan obtener la autorización previa de la institución competente en el Estado de origen. Esta autorización, certificada por un impreso S2 (antes E112), debe ser concedida si el tratamiento está cubierto en el Estado de origen pero no puede proporcionarse allí dentro de un plazo justificable, el llamado “retraso injustificado”.



FIGURA 1: tarjeta sanitaria europea

La Directiva 2011/24 fue adoptada en 2011 para codificar los derechos a la asistencia sanitaria en el extranjero, derivados directamente de las disposiciones de libre circulación del Tratado europeo, que existían a la vez que los derechos creados por el Reglamento. El reglamento existente 883/2004 ha sido realmente controvertido, con una larga serie de procesos que rechazaba el requisito de autorización previa en casos concretos y han devuelto a los pacientes los gastos de la asistencia recibida en el extranjero.

2 | dos ¿CÚAL ES LA DIFERENCIA?

La Directiva debe proporcionar claridad y seguridad jurídica a los pacientes. “El sistema debe estar centrado en el paciente. El requisito de autorización previa para el tratamiento y la lista cerrada, donde los tratamientos transfronterizos están restringidos, no debe ser impedimento para que los pacientes obtengan la asistencia que necesitan” dijo la diputada irlandesa Mairead McGuinness en el Parlamento Europeo de Estrasburgo.

La autorización previa está prevista:

Reglamento 883/2004 (E111/E112)

- *Autorización previa para el acceso a la asistencia en un Estado que no sea el de afiliación: siempre obligatorio*
- *Si conforme: los costes reales son reembolsados*

Ahora Directiva 2011/24

- *Autorización previa no necesaria si el tratamiento está en la « lista »*
- *Si está en la lista, el reembolso se hace en base al coste en el estado de afiliación*

- Para asistencia sanitaria que implique al menos una noche de estancia hospitalaria;
- Para asistencia sumamente especializada y costosa;
- en casos serios y específicos relativos a la calidad o seguridad de la asistencia recibida fuera. En estos 3 casos, los pacientes pueden necesitar pedir permiso previamente a las autoridades nacionales sanitarias responsables del reembolso.

Incluso con la aprobación de esta legislación, el Reglamento 884/2004 seguirá existiendo y puede que los pacientes prefieran solicitar la asistencia transfronteriza en base a las normas vigentes de la nueva Directiva. Conforme al reglamento 883/2004 a un paciente le serán reembolsados los gastos razonables de viaje. Dependerá de los Estados miembros si pagan o no los gastos de viaje y alojamiento.

La Directiva establece que los costes del tratamiento médico recibido en otro Estado miembro que exceda el coste de la intervención en el Estado de origen correrán a cargo de la persona, a menos que el Estado de origen acuerde pagar todo el tratamiento.

Las principales diferencias se resumen abajo:

3 | tres ¿RESULTA ÚTIL EL IMPRESO S2 (ANTES E112)?

¡Sí, mucho! Cuando recibes la autorización para obtener asistencia en otro Estado utilizando el impreso S2, no solo se reembolsan todos los gastos ligados a la provisión de asistencia (incluso si el coste es más elevado que en el Estado de afiliación), sino también los gastos de viaje. Las características del impreso S2:

- Para asistencia programada (no emergencias o accidentes)
- Gratis, para pacientes asegurados
- carta explicando la necesidad médica
- Autorización previa (perito)
- Válido por un año
- Da acceso a la asistencia según las condiciones del propio Estado
- El sistema sanitario de salud del Estado paga al hospital (no todos los costes)
- Parte de los costes: pago por parte del paciente, y luego reembolso de su seguro

4 | cuatro ¿POR QUÉ NO RESULTA TOTALMENTE SATISFACTORIO EL IMPRESO S2 (ANTES E112)?

Los inconvenientes del impreso S2 son:

- Es arbitrario (autorización previa, por consejeros que no son necesariamente expertos en la enfermedad rara en cuestión)
- Principalmente es para buenos sistemas sanitarios (difícilmente aplicable a las enfermedades raras)
- Se hace caso por caso (papeleo, retrasos)
- Necesita repetirse cada vez que un paciente viaja al Estado que presta la asistencia
- Hay un pago parcial que hace el paciente (al que después se le reembolsa tras largos retrasos) que puede ser costoso

5 | cinco ¿QUÉ ES IMPORTANTE EN LA NUEVA DIRECTIVA?

La Directiva invita al:

Estado miembro a definir la lista de tratamientos para los que se necesita autorización previa.

Cada Estado miembro tendrá que crear un Punto Nacional de Contacto donde el público encuentre información sobre qué tipo de asistencia está disponible en qué país europeo y lo que cuesta. Estos puntos de contacto darán información a los pacientes sobre sus derechos, además de aspectos prácticos de cómo recibir asistencia transfronteriza, p. ej. información sobre prestadores de asistencia, calidad y seguridad, accesibilidad de hospitales para personas con discapacidad, que permita a los pacientes elegir.

Ilustración:

	Ejemplo: un paciente vive en Italia y va a la República Checa para recibir un tratamiento específico. Este tratamiento no está en la lista.	
Reglamento o Directiva	Reglamento: impreso S2 (E112) y autorización previa obligatorio	Directiva: no autorización previa
Coste del tratamiento, R. Checa	30 000 €	30 000 €
Coste del tratamiento, Italia	26 000 €	26 000 €
Pago adelantado del paciente *A veces nulo	3 000 €*	30 000 €*
	Coste restante 27 000 € pagados por el sistema sanitaria checo al hospital	El seguro de Italia reembolsa 26 000 € al paciente, no 30 000 €
	El seguro de Italia reembolsa 3 000 € al paciente	
Coste para el paciente	0 €	4 000 €

6 | seis ¿QUÉ ASISTENCIA ESTÁ CUBIERTA EN LA DIRECTIVA?

La asistencia que presta el Estado puede incluir:

- Consulta
- Pruebas

- Cirugía
- Tratamiento, incluyendo medicinas
- Y esto no se limita al diagnóstico

El considerando 6 indica claramente que “Tal y como ha confirmado el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (denominado en lo sucesivo el ‘Tribunal de Justicia’) en varias ocasiones, en el ámbito de aplicación del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea (TFUE) entran todos los tipos de atención médica, aunque se reconoce la naturaleza específica de cada uno”.

El considerando 16 define precisamente qué reglas gobiernan la adquisición de medicinas o productos sanitarios en otro Estado:

“A los efectos del reembolso de los costes de la asistencia sanitaria transfronteriza, la presente Directiva no debe sólo abarcar la situación en la que el paciente reciba asistencia sanitaria en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación, sino también la prescripción, dispensación y provisión de medicamentos y productos sanitarios cuando éstos sean provistos en el contexto de un servicio sanitario.

La definición de la asistencia sanitaria transfronteriza debe cubrir tanto la situación en la que un paciente adquiera dichos medicamentos y productos sanitarios en un Estado miembro que no sea el Estado miembro de afiliación, como la situación en que el paciente adquiera dichos medicamentos y productos sanitarios en un Estado miembro que no sea aquel en que fue expedida la receta.”

7 | siete ¿PUEDO PEDIR ASISTENCIA SANITARIA EN EL EXTRANJERO SI EL TRATAMIENTO NO ESTÁ DISPONIBLE EN MI PAÍS?

La autorización previa tiene que ver con el reembolso, no con el acceso al tratamiento. Si un tratamiento no está disponible en un Estado miembro, y no está incluido en el “paquete de ventajas sanitarias”, entonces las autoridades pueden rechazar la autorización previa. Si un tratamiento está incluido en el “paquete de prestaciones sanitarias” pero no está disponible entonces probablemente se aplica el “retraso injustificado” y por tanto las autoridades no puedan probablemente rechazarlo. En este caso, será reembolsado el tratamiento prestado en el extranjero.

Generalmente, los paquetes de prestaciones se definen de una manera general, pero si existen listas más precisas (como los códigos de facturación detallados), éstos deben ser utilizados para el reembolso transfronterizo.

8 | ocho COMO PACIENTES, ¿NECESITAMOS PAGAR TODOS LOS GASTOS POR ADELANTADO Y RECIBIR EL REEMBOLSO DESPUÉS?

En vez de recibir el paciente el reembolso, los Estados miembros de afiliación pueden también decidir pagar directamente al proveedor sanitario. Esto no es una obligación, sino una opción.

Esto se explica en el Artículo 7.4:

“Los gastos de la asistencia transfronteriza serán reembolsados o abonados directamente por el Estado miembro de afiliación hasta la cuantía que habría asumido dicho Estado sin la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder del costo real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada”.

Para la asistencia sanitaria no hospitalaria, los pacientes podrán buscar asistencia en el extranjero sin previa autorización o formalidades, y pedir el reembolso al regresar a su casa.

9 | nueve ¿POR QUÉ MOTIVOS PUEDE RECHARZARSE LA AUTORIZACIÓN PREVIA?

Estos motivos han de explicarse, y están definidos de manera muy clara, para evitar decisiones arbitrarias en la medida de lo posible. Un Estado miembro de afiliación puede rechazar otorgar la autorización previa:

- Si el paciente que solicita la asistencia transfronteriza quedara expuesto a un riesgo de seguridad inaceptable,
- si el público en general quedara expuesto a un peligro de seguridad importante,
- si la asistencia sanitaria está provista por un prestador de asistencia sanitaria que suscita gran preocupación en relación al cumplimiento de las normas y directrices sobre calidad y seguridad,
- o si la asistencia sanitaria puede ser proporcionada en su territorio en un plazo razonable de tiempo.

10 | DIEZ ¿ALGO DE ESPECIAL IMPORTANCIA PARA LAS ENFERMEDADES RARAS?

Artículo 13

Este artículo establece que la Comisión Europea y los Estados miembros han de procurar concienciar a los profesionales sanitarios de las herramientas a su disposición a escala de la Unión para ayudarles a diagnosticar correctamente las enfermedades raras, en particular, la base de datos Orphanet y las redes europeas de referencia;

Y concienciar a los pacientes, los profesionales sanitarios y los financiadores de la asistencia sanitaria de las posibilidades ofrecidas por el Reglamento (CE) N° 883/2004 para la remisión de pacientes con enfermedades raras a otros Estados miembros, incluso para el diagnóstico y para tratamientos que no estén disponibles en el Estado miembro de afiliación.

En otras palabras, las instituciones europeas insisten en las provisiones definidas por el Reglamento y la

utilidad
ad
del
impr
eso
S2.

“Los Estados miembros garantizarán que los prestadores de asistencia sanitaria en su territorio apliquen a los pacientes de otros Estados miembros, el mismo baremo de tarifas que aplican a los pacientes nacionales en situaciones médicas comparables, o cobren un precio calculado con criterios objetivos y no discriminatorios, si no existe precio comparable para los pacientes nacionales.”

11
|o
nce

¿EXISTE UN PRECIO DISTINTO, UNO PARA LOS CIUDADANOS Y OTRO PARA LOS EXTRANJEROS?

De hecho no debería haber diferencia, como se explica en el Artículo 4.4:

12 | DOCE ¿PODEMOS SOLICITAR TAMBIÉN EL REEMBOLSO DE LOS GASTOS DE VIAJE Y ALOJAMIENTO?

Si, el reembolso de « otros costes » se menciona en el considerando 34 y artículo 7.4. Los Estados miembros son libres de hacerlo, las organizaciones de pacientes deberían abogar a nivel nacional para que el Estado miembro utilice esta opción.

13 | TRECE ¿DÓNDE PODEMOS ENCONTRAR INFORMACIÓN SOBRE LA ASISTENCIA RECIBIDA EN OTROS ESTADOS MIEMBROS?

La información sobre la asistencia transfronteriza se explica en el considerando 48:

“Con el fin de permitir que los pacientes puedan ejercer su derecho a la asistencia sanitaria transfronteriza en la práctica, es necesaria una información adecuada sobre todos los aspectos de la misma. En el caso de la asistencia transfronteriza, uno de los mecanismos para facilitar dicha información consiste en establecer puntos centrales de contacto en cada Estado miembro”.

14 | catorce SI ALGO VA MAL, ¿QUÉ PUEDO HACER? ¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE?

Las Quejas y Responsabilidad se explican en el Artículo 4.2 (c):

“procedimientos y mecanismos transparentes de presentación de reclamaciones para que los pacientes puedan pedir reparación, de acuerdo con la legislación del Estado miembro de tratamiento, cuando sufran daños de resultados de la asistencia sanitaria recibida”

15 | quince ¿PODEMOS ABOGAR POR EL REEMBOLSO DEL GASTO TOTAL (GASTOS PRINCIPALES)?

¡Sí! Como se establece en el Artículo 7.4:

“Los Estados miembros de afiliación podrán decidir reembolsar el coste total de la asistencia transfronteriza, incluso si éste excede la cuantía que habrían asumido si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio.”

Los Estados miembros podrán decidir (cuando se les pida...) reembolsar el coste total en los casos donde los costes reales son mayores que los costes que habrían sido reembolsados en el Estado de afiliación. Los Estados miembros que deseen ayudar a los pacientes de enfermedades raras pueden optar por esta opción, aunque no es obligatorio.

16 | dieciseis ¿QUÉ ASISTENCIA SANITARIA ESTÁ SUJETA A LA AUTORIZACIÓN PREVIA?

Artículo 8.7:

“El Estado miembro de afiliación hará pública la información sobre qué asistencia sanitaria requiere autorización previa a los efectos de la presente Directiva, así como toda la información relativa al sistema de

“Los Estados miembros son libres, por ejemplo, de reembolsar los gastos adicionales, como los gastos de alojamiento y de viaje o los costes adicionales incurridos por las personas con discapacidad, incluso cuando dichos costes no sean reembolsados en el caso de la asistencia sanitaria prestada en su territorio”.

autorización previa.”

La definición de las listas (que decidirán las enfermedades para las que no se requerirá autorización previa) será específica de cada Estado miembro, y dependerá de la capacidad de las organizaciones de pacientes para defender su causa a nivel nacional.

17 | diecisiete ¿PUEDEN LOS ESTADOS MIEMBROS LIMITAR LA ASISTENCIA TRANSFRONTERIZA?

El considerando 21 explica que el flujo de pacientes puede crear una demanda que exceda las capacidades existentes en un Estado miembro para un cierto tratamiento. En estos excepcionales casos, el Estado miembro deberá mantener la posibilidad de poner remedio a la situación en base a la salud pública.

De hecho el gobierno de los Estados miembros es responsable de la planificación de los servicios sanitarios y de asignar los presupuestos necesarios. Si un Estado miembro estima necesario un equipo de escáner 300 CT para la población y debido a un gran flujo de pacientes provenientes de otros Estados miembros este escáner ya no satisface la demanda o lo hace con largos retrasos, el Estado miembro puede decidir adquirir más escáneres CT, o limitar el número de pacientes de otros Estados miembros.

18 | dieciocho IMPORTANTES JUICIOS DEL TJCE A TENER EN CUENTA

Desde 1995, todos los Juicios del Tribunal Europeo de Justicia (ECJ) fueron declarados sistemáticamente favorables a los pacientes bajo el principio del Tratado de libre circulación de mercancías, personas y servicios:

- Decker 1995 y Kohll 1996
- Vanbraekel 1998
- Müller-Faurel 1999
- Geraets-Smits-Peerbooms 2001
- Leichtle 2002
- Inizan 2003
- Idryma Koinonikon Asfaliseon 2003
- Watts 2004
- Elchinov 2010

Se pueden encontrar estos juicios aquí: <http://eur-lex.europa.eu/en/index.htm>

19 | diecinueve EL TJCE EN EL CASO GERAETS-SMITS & PEERBOOMS

El 10/12/1996, el Sr. Peerbooms entró en coma tras un accidente de tráfico. El 22/02/1997 fue llevado al hospital en Holanda, y después fue trasladado en estado vegetativo al University Clinic de Innsbruck, Austria. La clínica de Innsbruck sometió al Sr. Peerbooms a una terapia intensiva especial usando neuro-estimulación.

El 20/06/1997 el Sr. Peerbooms salió del coma y abandonó la clínica de Innsbruck. De vuelta en Holanda, le fue denegado el reembolso de la asistencia sanitaria recibida en Austria, ya que la neuro-estimulación no

formaba parte del “paquete de asistencia sanitaria holandés” (no estaba en la lista de reembolso de Holanda).

El tribunal dijo:

- La autorización para adquirir tratamiento en otro Estado miembro no puede ser denegada allí donde al parecer el tratamiento correspondiente está suficientemente probado por la ciencia médica internacional
- La autorización no puede ser denegada si el tratamiento puede ser obtenido en el Estado de residencia pero solo con considerables retrasos

En otras palabras, el tribunal decidió que el Sr. Perbooms debería haber obtenido el reembolso. La decisión de este tribunal no debe ser necesariamente utilizada fuera del caso particular de Holanda, donde el paquete de la atención sanitaria está definido como “la asistencia normal en los círculos profesionales implicados”.

20 | veinte EL TJCE EN EL CASO ELCHINOV

El Sr. Elchinov, de Bulgaria, sufrió una forma rara de cáncer de ojo. El 9/03/2007 presentó el impreso S2 (antes E112) a NZOK para obtener un tratamiento avanzado en Berlín (aplicadores radioactivos, terapia con protones), ya que este tratamiento no estaba disponible en Bulgaria. Fue admitido en Berlín el 15/03/2007 de urgencia, ya que su estado de salud había empeorado, antes de recibir alguna respuesta del NZOK.

El 18/04/2007, tras el tratamiento en Berlín, recibió la denegación del NZOK, debido a que el tratamiento no entraba dentro las prestaciones que proporciona la legislación búlgara y no era reembolsado por el NZOK. En Bulgaria, solo estaba disponible la enucleación y por tanto reembolsada.

El Sr. Elchinov apeló a un especialista que confirmó que el tratamiento avanzado no estaba aún disponible en Bulgaria.

Sin embargo NZOK apeló al Tribunal Supremo y el Sr. Elchinov acudió al Tribunal de Justicia de la Unión Europea en última instancia.

La sentencia afirmó:

“no se puede denegar la autorización:

Si

- La lista de prestaciones no especifica expresa y precisamente el método de tratamiento aplicado
- Pero define los tipos de tratamiento reembolsados
- Se establece que el método de tratamiento en cuestión corresponde con los tipos de tratamientos incluidos en esa lista,

Y si

- no puede prestarse un tratamiento alternativo igualmente eficaz sin retraso injustificado en el Estado miembro o en cuyo territorio reside el asegurado”.

En otras palabras:

Si la lista de Bulgaria dice:

Tipo de tratamiento cubierto: « Para cáncer de ojo:

Si la lista de Bulgaria dice:

Tipo de tratamiento cubierto: « Para cáncer de ojo:

tratamiento radiológico o quirúrgico »	solo enucleación »
Entonces no se puede denegar el reembolso de la terapia con protones prestada en Berlín	Entonces se puede denegar el reembolso de la terapia con protones prestada en Berlín Solo se reembolsará el coste equivalente al coste de la enucleación

La lección es: cuanto más precisa sea la lista de tratamientos que se reembolsan, más difícil es obtener el reembolso de un tipo de tratamiento distinto en otro Estado miembro que no sea el Estado miembro de afiliación.

21 | veintiuno GLOSARIO

- **Asistencia transfronteriza:** significa la asistencia sanitaria prestada por recetada en un Estado miembro distinto del Estado miembro de afiliación.
- **Prestador de asistencia sanitaria:** significa cualquier persona física o jurídica que dispense legalmente asistencia sanitaria en el territorio de un Estado miembro. Puede ser un profesional sanitario, o un hospital, clínica ...
- **Asegurado:** los nacionales de un estado miembro, personas apátridas y refugiados que residan en un Estado miembro que están o han estado sujetos a la legislación de uno o más Estados miembros. Incluye a los familiares y sus supérstites. También están asegurados los nacionales de un tercer estado que satisfagan las condiciones establecidas en el Reglamento (CE) n° 859/2003 o Reglamento (UE) n° 1231/2010.
- **Estado miembro de afiliación** (país de afiliación): define el Estado donde el asegurado tiene que solicitar la autorización previa para recibir el tratamiento apropiado fuera del Estado miembro de residencia.
- **Estado miembro de residencia** (país de residencia): donde vive el asegurado.
- **Estado miembro de tratamiento:** significa el Estado miembro en cuyo territorio se preste efectivamente al paciente la asistencia sanitaria. En el caso de la telemedicina, la asistencia sanitaria se considerará prestada en el Estado miembro donde esté establecido el prestador.

Este documento ha sido elaborado por:

François Houyez, Director de Política Sanitaria, EURORDIS:

Contactar en: francois.houyez@eurordis.org o telf.: + 33 1 56 53 52 18. Web: www.eurordis.org

Con la contribución de Flaminia Macchia, Directora de Asuntos Públicos de la UE, EURORDIS.

Traducido por: Conchi Casas