

INGRESOS PROCEDENTES DE LA ASISTENCIA SANITARIA DE TERCEROS OBLIGADOS AL PAGO

Lourdes Pérez Patxo, Letrada
Beatriz del Valle Iñiguez, Letrada
Carolina Santolaya Quinteros, Letrada
Subdirección de Asesoría Jurídica de Osakidetza

ÍNDICE

1. Introducción
2. Problemática derivada del aseguramiento privado de la asistencia sanitaria
3. Asistencia sanitaria por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
4. Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales
5. Otros obligados al pago
6. Propuestas de Mejora
7. Conclusiones
8. Bibliografía

PALABRAS CLAVE

Tercero obligado, reembolso, ingreso público, identificación de supuestos, mejora

I. INTRODUCCIÓN

La actual coyuntura económica pone en cuestión el actual sistema sanitario público. Por ello, y antes de situarnos en un escenario en el que el ciudadano deba participar “directamente” en la financiación de las prestaciones sanitarias, deviene imprescindible agotar los mecanismos previstos en la normativa vigente a fin de dotar de mayores ingresos al sistema de financiación sanitario.

El Art. 83 de la **Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad** establece que “*los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aque-*

llos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. (...). A estos efectos, las AAPP que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán dº a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados”.

La disposición Adicional vigésima segunda del **Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social**, establece que no tendrán la naturaleza de recursos de la Seguridad Social los ingresos a que se refieren los artículos 16.3 y 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, procedentes de la asistencia sanitaria prestada por el Instituto Nacional de la Salud, en gestión directa a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, así como en los supuestos de seguros obligatorios privados y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca **un tercero obligado al pago**.

Por otra parte, el **Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud**, bajo la rúbrica “*Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago*” establece los **supuestos en los que los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago** el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas:

1. Asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes a la MUFACE, MUJEGUI o al ISFAS, que no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria del SNS.

2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.

3. Accidentes de trabajo o enfermedades profesionales a cargo de las Mutuas de Accidentes de Trabajo, del INSS o ISM.

4. Seguros obligatorios:

- a) Seguro obligatorio de los deportistas federados y profesionales.
- b) Seguro obligatorio de vehículos de motor.
- c) Seguro obligatorio de viajeros.
- d) Seguro obligatorio de caza.
- e) Cualquier otro seguro obligatorio.

5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades.

Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente.

6. Ciudadanos extranjeros:

- a) Asegurados o beneficiarios en un Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo y Suiza, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.
- b) Asegurados o beneficiarios de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.

7. Otros obligados al pago.

- a) Accidentes acaecidos con ocasión de eventos festivos, actividades recreativas y espectáculos públicos en caso de que se haya suscrito contrato de seguro de accidentes o de responsabilidad civil que cubra las contingencias derivadas de estas actividades.
- b) Seguro escolar.
- c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el impor-

te de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes

Por lo que se refiere a la normativa propia de la Comunidad Autónoma del País Vasco, el artículo 4.3 de la **Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi** establece que reglamentariamente se regulará el procedimiento de acceso, administración y régimen de prestación de los servicios sanitarios. Asimismo se establecerán los supuestos en que proceda la reclamación del importe de los servicios prestados respecto de aquellos sujetos que accedan con la consideración de pacientes privados o en los que exista un tercero responsable obligado al pago del coste de los servicios prestados.

No obstante la inequívoca habilitación jurídica que faculta al Servicio Público de Salud, para la reclamación a terceros responsables el pago de la prestación sanitaria facilitada, en el ámbito de nuestra Comunidad, no hay norma de rango inferior que establezca un procedimiento de actuación administrativa a seguir por los Centros de Salud y Hospitales, que facilite la identificación de los supuestos facturables, –especialmente en los casos de doble cobertura de conformidad con lo que a continuación se va a desarrollar-, y permita reducir la problemática que suscita el reembolso de los gastos sanitarios.

La presente comunicación no pretende un análisis de cada uno de los supuestos contemplados **Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre**, sino únicamente aquellos que plantean mayor problemática en el reembolso de la asistencia sanitaria prestada cuando existe un tercero responsable del pago, y que en la actualidad se centra fundamentalmente en los siguientes supuestos:

2. PROBLEMÁTICA DERIVADA DEL ASEGURAMIENTO PRIVADO DE LA ASISTENCIA SANITARIA

En este apartado incluimos tanto los supuestos de asegurados o beneficiarios del sistema de Seguridad Social pertenecientes a la MUFACE, MUJEGU o al ISFAS, no adscritos a recibir asistencia sanitaria del SNS, así como aquellos supuestos de asegurados que voluntariamente han suscrito una póliza de asistencia sanitaria, teniendo todos ellos a efectos legales la consideración de pacientes privados.

a) De la atención a asegurados de entidades pri-

vadas que reciben asistencia sanitaria de urgencia en centros de Osakidetza.

De conformidad con lo establecido en el Art. 103 de la Ley de Contrato de Seguro, -por remisión del art. 106-, la asistencia sanitaria de carácter urgente no puede quedar excluida en ningún caso.

Conforme a dicha previsión normativa, no debería plantear problema alguno el reembolso de los gastos sanitarios al servicio público por parte de las entidades aseguradoras cuando la asistencia urgente debe ser facilitada en un centro u hospital público.

Sin embargo son numerosos los problemas derivados de este supuesto, especialmente la discusión que se suscita en cada caso del concepto de “urgencia”, y de la interpretación restrictiva que de dicho concepto pretenden algunas entidades aseguradoras privadas.

A dicha cuestión, nos parece acertada la respuesta dada por la jurisprudencia, conforme a la cual la urgencia viene determinada por el criterio clínico, y no por la existencia de otras alternativas de ingreso del paciente.

La decisión del paciente de acudir a un Hospital público no determina su ingreso voluntario, ya que quien decide es el equipo médico tras analizar la sintomatología del paciente y adoptar la decisión de mantenerlo ingresado (AP Madrid 237/2005 de 29 de marzo).

Y así, procede el reembolso al margen de incumplimientos burocráticos tales como la comunicación por parte del asegurado a la aseguradora, careciendo de interés si la prestación sanitaria se efectuó en las condiciones previstas en el contrato de seguro, por cuanto el servicio público de salud como tercero que es respecto al mismo, no puede verse afectado por el supuesto incumplimiento por parte del asegurado de alguna de las estipulaciones del contrato, y ello sin olvidar que el carácter urgente de la asistencia es circunstancia por sí misma no excluyente del reembolso (SAP Pontevedra 12/5/2003, SAP Baleares 8/7/02, SAP Teruel 4/6/02, SAP Huesca 31/12/02).

En caso contrario se produciría un enriquecimiento injusto de la aseguradora que ofreciendo determinadas prestaciones sanitarias y cobrando las primas correspondientes, no soportaría los medios necesarios para llevarlos a cabo de forma completa, acudiendo a recursos ajenos cuando los precisa

y provocando la intervención de la sanidad pública, sin satisfacer por ello contraprestación alguna ni siquiera por razones de urgencia. (SAP de Baleares de 15/6/1998).

b) De la atención a asegurados de entidades privadas que son derivados desde centros de su cuadro médico a centros de la red pública.

En este supuesto nos encontramos con que el impago del coste de la asistencia sanitaria es denegado por determinadas entidades aseguradoras, alegando que la derivación realizada por el centro (de su cuadro médico concertado) a un Hospital de la red pública, requiere que dicho centro privado solicite autorización a la entidad aseguradora, y que si se prescinde de dicha autorización, la decisión del centro remitente no puede vincular a la aseguradora por cuando el centro privado (no obstante pertenecer al cuadro médico de la póliza suscrita) no guarda ninguna relación de dependencia o jerarquía con la entidad, con la que está vinculada exclusivamente a través de un contrato mercantil de arrendamiento de servicios.

Conforme a lo expuesto la aseguradora traslada al Servicio Público de Salud las consecuencias de una falta de autorización que conforme a la relación contractual existente entre aseguradora y Clínica, debía haber solicitado ésta.

Entendemos que ésta argumentación resulta insostenible, por cuanto el supuesto incumplimiento de comunicar, - bien por la Clínica concertada o bien por el asegurado-, que se acude a un centro no concertado y solicitar la autorización previa de la aseguradora conforme a las condiciones generales de su póliza, no puede vincular en modo alguno a Osakidetza, por impedirlo el principio de relatividad de los efectos del contrato recogido en el artículo 1.257 CC, que da lugar a que el servicio público de salud como tercero que es respecto al contrato de seguro concertado por la entidad aseguradora y los asegurados, no puede verse afectado por el incumplimiento de éstos de alguno de sus pactos o estipulaciones.

c) De la atención a asegurados de entidades privadas que son asimismo asegurados de la Seguridad Social acuden a centros de Osakidetza.

Constante jurisprudencia ha estimado (AP Baleares de fecha 15/06/98, 25/3/99, 26/4/02 y en la SAP León de 4/7/05, entre otras), la reclamación por los servicios públicos de salud de los gastos de asistencia sanitaria contra un «tercero obligado al pago»

al amparo del art. 83 LGS en aquellos supuestos de afiliados a la Seguridad Social que teniendo suscrito un seguro privado de asistencia recurren a la sanidad pública por falta de medios o por urgencia. La doble cobertura otorga un derecho de reembolso a dicho organismo frente a la aseguradora privada en su condición de «tercero responsable».

Conforme establecen las merítadas sentencias, en aplicación de la normativa anteriormente citada, deriva el principio de que los servicios públicos de salud pueden reclamar las prestaciones sanitarias efectuadas de cualquier tercero obligado al pago en su sentido más amplio.

Así, siempre que exista una persona o entidad que en virtud de norma, contrato o incluso por responsabilidad extracontractual deba asumir el pago, subsiste la facultad de reclamación, sin que sea causa de exclusión el hecho de que el paciente esté afiliado a la Seguridad Social, pues en dichos supuestos los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financian con los ingresos de la Seguridad Social sino que resultan ser a cargo de los terceros responsables u obligados al pago, aunque dicha obligación provenga de la existencia un seguro privado .

La acción de reclamación y la correspondiente obligación de pago por el tercero tiene su origen fundamental en la Ley y su finalidad responde a la voluntad legal de no destinar fondos adscritos a la sanidad pública cuando las prestaciones sanitarias correspondientes están ya cubiertas por otros mecanismos, públicos o privados.

Se reitera por la doctrina jurisprudencial, que los gastos de asistencia sanitaria deben correr por cuenta de la aseguradora y no del sistema público, pues la solución contraria supondría dejar vacío de contenido el seguro concertado con las aseguradoras privadas, las cuales obtendrían un enriquecimiento injusto a costa de un tercero, al percibir la correspondiente prima o precio del contrato sin asumir a cambio ninguna contraprestación (SAP Sevilla 2/12/2005).

La limitación de reembolso en los supuestos de doble cobertura debe reducirse a los casos en los que se acude voluntariamente a la sanidad pública, pero no en aquellos supuestos en los que se acude bien por tratarse de una situación de urgencia o bien por ser derivado de un centro concertado de la entidad aseguradora por carecer de los medios humanos o materiales necesarios.

3. ASISTENCIA SANITARIA POR ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.

De conformidad con lo establecido en el art. 115 del RD Legislativo 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, se entiende por accidente de trabajo toda lesión corporal que el trabajador sufra con ocasión o por consecuencia del trabajo. Asimismo, se presumirá salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador al ir o al volver del trabajo, y las que tengan lugar durante el tiempo y en el lugar de trabajo.

Se entiende por enfermedad profesional, conforme al art. 116 del mismo cuerpo legal, la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado en las actividades que se especifiquen por las disposiciones de aplicación y desarrollo de la citada Ley.

Determinada la contingencia como accidente de trabajo o enfermedad profesional, el importe de las prestaciones sanitarias derivadas de dicha contingencia y facilitadas por la sanidad pública, deben ser abonadas por la Mutua Patronal de accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales con la que la empresa del trabajador (o trabajador autónomo, en su caso) tenga concertadas tales contingencias.

El problema fundamental de la facturación en este supuesto deriva de la falta de identificación de la contingencia por parte del servicio público de salud, por cuanto se atiende por éste como enfermedad común, en numerosos supuestos en los que en realidad se trata de Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional.

De conformidad con lo previsto en el Real Decreto 2766/1967 de 16 de noviembre por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social, la asistencia sanitaria por accidente de trabajo o enfermedad profesional se prestará al trabajador de la manera más completa (art. 11) desde el momento en que se produzca el accidente o se diagnostique la enfermedad profesional y durante el tiempo que su estado patológico lo requiera (art. 12).

En aplicación de la normativa anterior, y atendiendo a su interpretación jurisprudencial, en las contingencias profesionales rige el **principio de**

reparación íntegra del daño causado por lo que la asistencia sanitaria ha de prestarse de la manera más completa (Sentencias del TS 24/1/12, 2 octubre 1995, entre otras muchas).

Conforme a lo anterior, los gastos de asistencia sanitaria derivada de AT o EP, prestada por el sistema público debe ser reembolsado por la Mutua correspondiente, y ello “*durante todo el tiempo que el estado patológico lo requiera*”.

Por tanto, la obligación de la prestación sanitaria con cargo a la Mutua subsiste hasta la total curación del accidentado o enfermo profesional, y ello sin perjuicio de que éste pueda acceder a la condición de pensionista de la Seguridad Social.

En este caso, el problema del reembolso de los gastos sanitarios deriva, no del impago de la facturación emitida por la asistencia prestada, sino todas aquellas prestaciones que se diluyen como enfermedad común.

4. SEGURO OBLIGATORIO DE LOS DEPORTISTAS FEDERADOS Y PROFESIONALES

En el supuesto de los deportistas federados, el seguro concertado no es un seguro voluntario sino un seguro obligatorio deportivo comprendido entre los seguros obligatorios especiales a los que se refiere el art. 83 de la LGS y Anexo IX del Real Decreto 1030/2006.

En este supuesto, si bien en principio parece clara la obligación de las aseguradoras de asumir los gastos de asistencia sanitaria, la negativa al reembolso de los mismos es consecuencia de la interpretación que las aseguradoras realizan del Art. 78 de la **Ley 14/1998, de 11 de junio del Deporte del País Vasco**, que prevé que la asistencia sanitaria de *primera instancia de carácter urgente* e inespecífica derivada de la práctica deportiva celebrada en la Comunidad Autónoma de Euskadi por los ciudadanos de la misma, cuyo aseguramiento obligatorio no esté previsto en el artículo 48 de esta Ley, será prestada por el sistema sanitario público.

A estos efectos se considera deportista a toda persona que practique algún deporte, aun cuando no esté federada o no participe en competiciones deportivas.

Al amparo de lo previsto en el art. 78 LDPV, las entidades aseguradoras con las que se ha concertado

el seguro obligatorio, deniegan el pago por englobar en la urgencia toda la asistencia sanitaria que el accidente deportivo conlleva. Sin embargo, ni el tenor literal del precepto señala tal extremo – asistencia sanitaria de *primera instancia de carácter urgente*–, ni es acorde con lo previsto en la normativa general que prevé como supuesto facturable los gastos de asistencia derivados del riesgo deportivo (SAP Murcia 25/5/99, SAP Albacete 4/5/99)

En los casos de deportistas federados, la entidad aseguradora de riesgo deportivo debe asumir los gastos de asistencia y si ésta es prestada por otras entidades, incluido el Servicio Público de Salud, los gastos deben ser satisfechos por la entidad con la que se ha suscrito el seguro especial.

La sanidad pública puede reclamar el coste de unas prestaciones sanitarias cuya cobertura tiene asumidas la aseguradora en contraprestación a la prima que recibe.

5. OTROS OBLIGADOS AL PAGO

El último apartado del Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, contiene una **cláusula de cierre que se refiere a “otros obligados al pago”** y en su apartado final a cualquier otro supuesto que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes.

La expresión “cualquier obligado al pago”, no queda limitada a la de tercero responsable causante de los daños, sino que, de modo más amplio, viene a significar, siempre que exista una persona o entidad que legal o reglamentariamente o por virtud de contrato o, incluso, por responsabilidad extracontractual, deba asumir el pago (AP A Coruña 20/9/01).

Cuando la norma legal se refiere a los supuestos en que aparezca un tercero obligado al pago, no limita el concepto de “tercero al obligado al pago” por ser causante del daño que produce la asistencia sanitaria y como no establece tal limitación, no hay razón legal para excluir de dicho concepto de tercero a cualquiera que por cualquier razón pudiera estar obligado a pagar la asistencia sanitaria, y cabe incluir tanto al que causó las lesiones como a quienes deban responder por el o a quienes aseguren directamente al lesionado el riesgo de tener que atender un gasto sanitario (AP Cádiz 3/10/01).

6. PROPUESTAS DE MEJORA

Conforme a la problemática expuesta en la presente comunicación, y tras la necesaria reflexión que el marco actual impone, se están estudiando las siguientes propuestas de mejora a implementar:

1. Revisión de los Convenios actuales y redacción de nuevos Convenios con aseguradoras privadas asistenciales, adoptando modelos como el suscrito por UNESPA con mecanismos propios de seguimiento y arbitraje, a fin de evitar la judicialización de las reclamaciones.

2. En los casos en los que la satisfacción extrajudicial no sea posible, se estudiará la vía judicial para obtener el reembolso de los gastos sanitarios cuya cobertura deba ser asumida por entidades aseguradoras, asistenciales o no, y no concurra ninguna circunstancia excluyente para el citado reembolso.

3. Vía de apremio

4. Asimismo, deben estudiarse mecanismos para el cobro electrónico directo, así como la búsqueda de recursos que faciliten el cobro desde las propias unidades de admisión de los Centros.

5. Y por supuesto, deviene indispensable una adecuada formación de todos los profesionales implicados, no sólo de las unidades de admisión, sino de todos aquellos que participan en el proceso asistencial, por entender que al margen de la facturación impagada, se produce una considerable falta de identificación de supuestos facturables.

7. CONCLUSIONES

Conforme a lo expuesto, no cabe sino concluir que los servicios públicos de salud pueden reclamar las prestaciones sanitarias por ellos efectuadas de cualquier tercero obligado al pago, siendo ésta expresión amplia que viene a indicar que, siempre que exista una persona o entidad que, legal o reglamentariamente o por virtud de contrato, - o incluso por responsabilidad extracontractual-, deba asumir el pago, subsiste la facultad de reclamación.

La falta de identificación de los supuestos en los que procede repercutir el coste a un tercero, conlleva una disminución de los ingresos que corresponde a

los servicios públicos de salud, y un enriquecimiento injusto de aquellas entidades que ofrecen determinadas prestaciones que luego realizan utilizando los recursos propios de la sanidad pública, sin satisfacer contraprestación alguna.

Atendiendo a la redacción actual de la ley, -estatal o autonómica-, a fin de obtener una aplicación homogénea por parte de todas las CCAA en el sistema de reembolso de los gastos sanitarios en los supuestos en que proceda, entendemos necesario de *lege ferenda*, una modificación de la norma que contenga un mandato imperativo, sustituyendo el carácter potestativo con el que se regula en la actualidad, al establecer que “*las AAPP (...) tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados*”.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad
- Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud
- Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación sanitaria de Euskadi
- Ley 50/1980, de 8 de octubre, de Contrato de Seguro
- Real Decreto Legislativo 1/1994 de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
- Real Decreto 2766/1967 de 16 de noviembre por el que se dictan normas sobre prestaciones de asistencia sanitaria y ordenación de los servicios médicos en el Régimen General de la Seguridad Social
- Ley 14/1998, de 11 de junio del Deporte del País Vasco