

AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

CIRCULAR: 1/2009

ORGANO DE QUE EMANA: DIRECTOR GERENTE DE LA
AGENCIA VALENCIANA DE SALUD

FECHA: 10/01/2009

ASUNTO: Cobertura de prestaciones sanitarias para Ciudadanos de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo (Noruega, Liechtenstein e Islandia) y Suiza provistos de Tarjeta Sanitaria Europea o Certificado Provisional Sustitutorio (TSE o CPS).

DESTINATARIOS: Departamentos de Salud, Hospitales de larga estancia, Servicios de Emergencias Sanitarias, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia y Consorcio Hospital Provincial de Castellón.

Los ciudadanos extranjeros tienen derecho, en territorio español, a recibir asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en los supuestos y en los términos establecidos en la legislación vigente. En el caso concreto de los ciudadanos de los Estados miembros de la Unión Europea, el artículo 3 de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS, dispone, en cuanto a la asistencia sanitaria, que son titulares de los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.

Los ciudadanos asegurados por regímenes de seguridad social en los **Estados miembros de la Unión Europea, Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza** pueden, reuniendo determinados requisitos, acceder a los servicios sanitarios en el territorio de otro

Estado miembro distinto de aquel en el que estén asegurados, y ello por aplicación de la normativa comunitaria en materia de Seguridad Social de los trabajadores migrantes¹.

El acceso a los servicios sanitarios por parte de estos ciudadanos se realiza aplicando el principio de **equiparación e igualdad de trato** con los nacionales del país en el que se encuentren desplazados, de tal manera que se reciben las mismas prestaciones que estos últimos y en las mismas condiciones.

Para permitir y facilitar este acceso a los servicios sanitarios en el territorio de otros Estados, así como posibilitar la compensación económica a las Administraciones que han facilitado las prestaciones sanitarias a estos ciudadanos, se deben utilizar los **documentos de derecho oficiales** aprobados por la Comisión Europea y normalizados para todos los Estados en los que se aplique esta normativa comunitaria.

Los documentos de derecho por excelencia son, en la actualidad, la **Tarjeta Sanitaria Europea (TSE)** y el **Certificado Provisional Sustitutorio de la Tarjeta Sanitaria Europea (en adelante CPS)**, documentos que son muy frecuentemente empleados en la Comunidad Valenciana por parte de los ciudadanos comunitarios que se encuentran desplazados temporalmente en ella por motivos tales como turismo.

La tarjeta sanitaria europea y el CPS, válidos y en vigor, permiten a su titular recibir asistencia sanitaria en los centros sanitarios públicos valencianos, en igualdad de condiciones que los ciudadanos españoles con derecho a asistencia sanitaria del régimen general de la seguridad social, y ello sin obligación de abonar a su cargo el importe de las prestaciones que se les faciliten, salvo aquellas que también deban ser abonadas por los usuarios españoles (por ejemplo, los productos farmacéuticos dispensados con receta oficial).

¹ **REGLAMENTO (CEE) No 1408/71 DEL CONSEJO, de 14 de junio de 1971 relativo a la aplicación de los regímenes de seguridad social a los trabajadores por cuenta ajena, a los trabajadores por cuenta propia y a los miembros de sus familias que se desplazan dentro de la Comunidad.**
REGLAMENTO (CEE) No 574/72 DEL CONSEJO de 21 de marzo de 1972 por el que se establecen las modalidades de aplicación del Reglamento (CEE) no 1408/71.

No obstante, se debe precisar que la TSE y el CPS NO dan derecho a recibir todo tipo de asistencia sanitaria, ni pueden amparar el acceso a todos los servicios que integran la amplia Cartera de Servicios comunes del SNS aprobada por Real Decreto 1030/2006.

En este sentido, la reglamentación comunitaria que da cobertura a la TSE y el CPS establece que sus **asegurados** titulares, independientemente de su condición (trabajadores, pensionistas, familiares de éstos..) podrán, durante una estancia temporal en el territorio de otro Estado miembro, dirigirse directamente a los proveedores de asistencia para recibir las prestaciones en especie que sean **“necesarias desde el punto de vista médico durante esa estancia, teniendo en cuenta su duración y la naturaleza de las prestaciones”** (en este sentido artículo 22, inciso i) de la letra a) del apartado 1, artículo 25, apartado 1, letra a), y artículo 31, apartado 1, letra a), todos del reglamento CE 1408/71)

La TSE y el CPS están pensados exclusivamente para atender la necesidad de asistencia sanitaria durante desplazamientos temporales a otro Estado miembro, y, por tanto, no para cubrir esta necesidad en caso de residencia habitual, temporal o permanente, en la Comunidad Valenciana, para lo cual debe obtenerse otro tipo de documento, con coberturas más amplias, como los formularios E106, E121 y E109, ni tampoco para recibir tratamientos médicos “programados” con carácter previo a su desplazamiento o cuando el motivo mismo del desplazamiento consiste en recibir asistencia o disfrutar de determinadas prestaciones.

En este sentido, y siguiendo los criterios oficiales establecidos por la Comisión Administrativa de Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes en diversas Decisiones², se debe tener presente lo siguiente:

² COMISION ADMINISTRATIVA DE SEGURIDAD SOCIAL DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES:

- **Decisión 194, de 17 de diciembre de 2003** (DOUE 8/4/2004, L104/127) relativa a la aplicación uniforme del inciso i) de la letra a) del apartado 1 del artículo 22 del reglamento (CEE) nº 1408/71 del Consejo en el Estado miembro de estancia.

1. En cuanto al sentido de la expresión “*prestaciones necesarias desde el punto de vista médico durante esa estancia, teniendo en cuenta su duración y la naturaleza de las prestaciones.*”

La normativa comunitaria impone **tres condiciones a las que se debe ajustar el tratamiento para poder ser reembolsado:**

- a) *la necesidad médica,*
- b) *la duración de la estancia y*
- c) *la naturaleza de las prestaciones.*

Aunque las tres condiciones anteriores son importantes, el elemento central de la disposición es un **criterio médico (necesidad médica) para cuya apreciación es esencial la intervención de un facultativo médico.** Por ello, podemos considerar que la consulta a un facultativo especialista de primaria o de urgencias de hospital durante una estancia temporal no debería, en principio, plantear dificultades. No así la consulta de un facultativo especialista de especializada.

-
- **Decisión 195, de 23 de marzo de 2004 (DOUE 30/4/2004, L160/135) relativa a la aplicación uniforme del inciso i) de la letra a) del apartado 1 del artículo 22 del reglamento (CEE) nº 1408/71 por lo que se refiere a las prestaciones de asistencia sanitaria en caso de embarazo y alumbramiento.**
 - **NOTA CASSTM 376/03 - ANEXO1.**
 - *Documento 1 directrices para la aplicación uniforme del inciso i) de la letra a) del apartado 1 del artículo 22 por las instituciones de seguridad social de los Estados miembros.*
 - *Documento 2 información práctica para los proveedores de asistencia sanitaria que reciban a titulares de una TSE.*
 - *Documento 3 derechos y obligaciones de los titulares de una TSE.*

Para más información sobre el derecho a la asistencia sanitaria en el marco de la normativa comunitaria de seguridad social se puede consultar **El portal de salud pública de la Unión Europea-SALUD UE** (la movilidad en Europa), página web de la Comisión Europea: http://ec.europa.eu/health-eu/care_for_me/mobility_in_europe/index_es.htm, a la cual se puede acceder desde la página web de la Conselleria de Sanidad.

Ahora bien, esta noción de «prestación necesaria» **no puede interpretarse en el sentido de que dicho derecho se limite únicamente a los casos en que la asistencia dispensada sea necesaria debido a una enfermedad repentina (no se puede asimilar necesario a urgente)**. En particular, la circunstancia de que la asistencia requerida por la evolución del estado de salud del asegurado durante su estancia temporal en otro Estado miembro esté eventualmente relacionada con una patología preexistente y conocida por el asegurado, como una enfermedad crónica, no basta para impedirle al interesado el derecho. **Por tanto, los titulares de la TSE que sufran una enfermedad crónica o ya existente tendrán acceso, durante su estancia temporal, al tratamiento adecuado a su estado de salud.**

Una manera concreta de interpretar estos conceptos es determinar si el tratamiento médico tiene por objeto impedir que el asegurado se vea obligado a regresar a su país para recibirlo, y si las prestaciones en especie percibidas se ajustan al objetivo de permitirle proseguir su estancia, si así lo desea, en condiciones seguras desde el punto de vista médico, a la espera de volver a ser tratado por su médico en su país de origen. **En otras palabras: el asegurado tiene derecho, durante una estancia temporal en otro Estado miembro, a todos los tratamientos que precise y que le permitan continuar su estancia sin que tenga que regresar a su país para ser tratado.**

Por tanto, el titular de una TSE o CPS válidos y en vigor no podrá exigir que la TSE o CPS cubra los gastos de asistencia médica que no sea estrictamente necesaria durante su estancia temporal, así como aquellos que obedezcan a un desplazamiento con el fin de recibir un tratamiento médico, ya que la TSE no cubre estos casos (se precisaría un E-112).

2. ¿Hay exámenes o tratamientos a los que, en principio, no tenga acceso un titular de la TSE?.

En principio, sí: algunos tratamientos pueden esperar a que el paciente regrese a su lugar de residencia, como ocurre con determinadas pruebas diagnósticas y exámenes complementarios que requieren tecnología y médicos especialistas para interpretar los resultados.

Asimismo, el iniciar algunos tratamientos prolongados o demorables, que exigen un seguimiento que puede ser no compatible con la duración limitada de la estancia del paciente en cuestión.

Por lo tanto, **un proveedor de asistencia sanitaria (p.ej. un hospital) puede negarse a iniciar determinados tratamientos o recetar determinados exámenes con cargo a la institución de seguridad social, ya sea por considerar que el tratamiento no es necesario desde un punto de vista médico a la vista de la situación médica del paciente, ya porque el tratamiento en cuestión, a pesar de ser idóneo, requiere un seguimiento médico que no es compatible con el carácter temporal de la estancia del interesado.**

La realidad diaria de los centros sanitarios públicos valencianos, y en especial de los centros hospitalarios ubicados en zonas costeras turísticas, pone de manifiesto que los ciudadanos extranjeros asegurados en otros países de la Unión Europea acceden o pretenden acceder a prestaciones sanitarias, farmacéuticas, protésicas y de toda índole empleando la TSE y el CPS, prestaciones que, en muchos de estos casos, no pueden ni deben ser objeto de cobertura por este tipo de documentos, al tratarse de tratamientos que podrían, desde un punto de vista clínico-médico, demorarse hasta el teórico retorno del paciente a su país de residencia una vez transcurrido el periodo de estancia temporal en territorio español, el cual debe fijarse, con arreglo a la normativa de extranjería, en tres meses desde su entrada.

En estos casos en los que no cabe aceptar la TSE y el CPS como documentos para dar cobertura a determinadas prestaciones sanitarias, el ciudadano titular de los mismos podrá solicitar y obtener las prestaciones por una de las dos vías alternativas siguientes:

1º. Tramitando ante el organismo asegurador competente del país en el que esté asegurado y del que haya recibido la TSE o el CPS, la previa y preceptiva **autorización** a recibir la prestación solicitada y la aceptación de los gastos que ésta genere, autorización que se plasma a través del **formulario oficial E-112**, formulario que se extiende para su presentación ante la entidad que deba facilitar la prestación en el territorio de otro Estado miembro.

2º. En su caso, abonando personalmente el importe legalmente establecido de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole que efectivamente se le faciliten.

Por tanto:

El objeto de la presente Circular es establecer los criterios que deben seguir los centros sanitarios dependientes de la Agencia Valenciana de Salud para facilitar o denegar en su caso el acceso a las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y demás prestaciones previstas en la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud regulada en el Real Decreto 1030/2006, cuando quienes las soliciten sean personas que pretendan acceder a estas prestaciones aportando la Tarjeta Sanitaria Europea o el Certificado Provisional Sustitutorio, como documento de acreditación y aún en el caso de que estén empadronados en la Comunidad Valenciana. Los tratamientos y prestaciones que pueden recibir estos usuarios con dichos documentos y los tratamientos y prestaciones que no estén cubiertos por la TSE-CPS y requieran otro tipo de documentos o el abono de su importe por el solicitante, se guiarán por las siguientes instrucciones:

INSTRUCCIONES

PRIMERA. Objeto.

1.1. La presente Circular tiene por objeto:

1º. Establecer los criterios a seguir para la toma de decisiones referidas a la admisión o no al acceso y disfrute de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole del Sistema sanitario público valenciano, cuando se soliciten por personas que pretendan acceder a éstas aportando la TARJETA SANITARIA EUROPEA (TSE) o el CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA (CPS), en ambos casos válidos y en vigor.

2º. Definir las prestaciones a las que pueden acceder los usuarios titulares de TARJETA SANITARIA EUROPEA (TSE) o el CERTIFICADO PROVISIONAL SUSTITUTORIO DE LA TARJETA SANITARIA EUROPEA (CPS) y que entran dentro de la cobertura de dichos documentos.

3º. Determinar los tratamientos y prestaciones que requieran la aportación de otro tipo de documentos de derecho específicos distintos de la TSE-CPS o el abono de su importe por el solicitante.

1.2. Esta Circular **no tiene por objeto** regular las prestaciones a las que pueden acceder los ciudadanos de la Unión Europea que **no vengán provistos de la TSE-CPS válido y en vigor**. En esta situación, habrá que estar a su concreta modalidad de acreditación en SIP que determinará las prestaciones a las que puede acceder. En caso de que, por falta de documentación, no se le pueda acreditar en SIP, se le considerará Paciente Privado a efectos del pago de los servicios sanitarios.

1.3. Las instrucciones establecidas en esta Circular serán de obligado cumplimiento por los centros, establecimientos y servicios sanitarios integrantes del Sistema Sanitario Público Valenciano, dependientes de la Conselleria de Sanidad y la Agencia Valenciana de Salud, siendo de aplicación asimismo en los centros, establecimientos y servicios sanitarios ubicados en los Departamentos de Salud en los que la prestación del servicio sanitario se realice en régimen de concesión administrativa.

1.4. Los criterios establecidos en esta Circular serán de aplicación, asimismo, respecto del acceso de los usuarios titulares de TSE y CPS a las prestaciones sanitarias que deban facilitarse con medios distintos de los propios de la Administración sanitaria Valenciana, en particular los medios y recursos sanitarios contratados en régimen de concierto (actividad concertada) así como aquellas otras prestaciones de servicios sanitarios contratados puntualmente en virtud de otras modalidades contractuales.

En este sentido, todos los órganos de los Departamentos de Salud y Hospitales de Media y Larga Estancia, Direcciones Territoriales de la Conselleria de Sanidad y, en su caso, servicios centrales de la Conselleria de Sanidad o de la Agencia Valenciana de Salud, que intervengan en la atención y en el posible proceso de derivación de pacientes a centros o servicios sanitarios ajenos a los propios de esta Conselleria, sea cual sea su régimen de contratación (p.ej. Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Fundación Oftalmológica del Mediterráneo, Fundación Cavadas y, en general, centros, servicios y establecimientos sanitarios privados) velarán por el estricto cumplimiento de los criterios establecidos en la presente Circular respecto al acceso a dichas prestaciones sanitarias.

SEGUNDA. Aplicación del contenido de la presente Circular a los titulares de TSE y CPS que se encuentren en determinadas situaciones.

2.1. La TSE y el CPS son documentos que permiten recibir un determinado tipo de asistencia sanitaria (la calificable como necesaria y no demorable) durante desplazamientos temporales en otro Estado miembro de la Unión Europea.

2.2. Los criterios establecidos en esta Circular se aplicarán en todos los casos en que el usuario pretenda acceder a las prestaciones sanitarias aportando la TSE y/o CPS, y ello con independencia de que se encuentre en alguna de las siguientes situaciones:

- Titular de Tarjeta de Residente Comunitario o de Certificado de Inscripción en el Registro Central de Extranjeros al que se refiere el Real Decreto 240/2007, de 16 de febrero, o alegue estar en trámites para su obtención.
- Empadronamiento en algún municipio del territorio español.

2.3. En consecuencia, el contenido de esta Circular se aplicará, en todo caso, respecto de los usuarios acreditados en el Sistema de Información Poblacional (SIP) en alguna de las siguientes modalidades de aseguramiento, de acuerdo con lo establecido en la Ley 6/2008, de 2 de junio, de Aseguramiento Sanitario del Sistema Sanitario Público de la Comunitat Valenciana :

- FEX-1: Tarjeta sanitaria europea AC. Empadronado.
- FEX-1: Tarjeta sanitaria europea AC. No Empadronado. Menos de 1 mes.
- FEX-1: Tarjeta sanitaria europea AC. No Empadronado. Más de 1 mes.
- FEX-2: Tarjeta sanitaria europea PN. Empadronado.
- FEX-2: Tarjeta sanitaria europea PN. No Empadronado. Menos de 1 mes.
- FEX-2: Tarjeta sanitaria europea PN. No Empadronado. Más de 1 mes.

2.4. Cuando se detecten casos en que el titular de TSE y/o CPS válido y en vigor se encuentre en alguna de las situaciones contempladas en el apartado 2.2, se le informará que, en el caso de que vaya a continuar residiendo en el territorio español, deberá obtener de su Organismo de Seguridad Social del país de su aseguramiento y presentar ante los servicios del INSS de la provincia donde resida alguno de los siguientes documentos:

- Formulario E-106: modelo oficial en Anexo.
- Formulario E-121 (pensionistas y sus familiares).
- Formulario E-109 (familiares de trabajadores).

Estos documentos permitirán acceder a una cobertura asistencial más amplia que la que ofrece la TSE y/o CPS.

TERCERA.

3.1. Los criterios establecidos en la presente Circular se dictan para posibilitar la correcta aplicación práctica de la normativa comunitaria en materia de seguridad social, y se han establecido siguiendo los criterios e interpretaciones recogidas en las Decisiones de la Comisión Administrativa de Seguridad Social de los Trabajadores Migrantes de la Comisión Europea.

3.2. Estos criterios no deben interpretarse en el sentido de impedir el derecho de acceso a prestaciones sanitarias públicas, sino en el de posibilitar el correcto ejercicio de este derecho en los justos términos en que se recogen en la normativa estatal y comunitaria, e impedir posibles situaciones de abuso o fraude de prestaciones sanitarias y de seguridad social.

Por tanto, en todo caso queda garantizado el derecho de los ciudadanos de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo y Suiza a acceder a las prestaciones sanitarias, si bien las condiciones en las cuales accedan variarán dependiendo de la concreta documentación que aporten (TSE-CPS, E112, E106, o formularios E109 y E121) o, en caso de no aportar alguno de estos documentos, como pacientes privados.

CUARTA. Criterios para la admisión o denegación del acceso a prestaciones cuando se soliciten por usuarios titulares de TSE y/o CPS válidos y en vigor.

4.1. Los titulares de TSE y CPS tienen derecho a recibir aquellas prestaciones sanitarias que sean NECESARIAS Y NO DEMORABLES DESDE UN PUNTO DE VISTA CLÍNICO-MÉDICO, atendiendo a la duración de la estancia en territorio español, al motivo del desplazamiento

y a la necesidad, cuya apreciación, tanto administrativa como clínica, se deberá valorar de conformidad con los criterios establecidos en la presente Circular.

4.2. La necesidad o no de la prestación a efectos de su cobertura por la TSE y CPS se realizará atendiendo a **criterios clínico-médicos**, debiendo tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

1°. La duración de la estancia en territorio español del solicitante de la prestación.

Para ello deberá tenerse en cuenta el tiempo estimado para la realización efectiva de la prestación solicitada y el tiempo autorizado de permanencia del extranjero en territorio español.

En este sentido, NO se considerarán necesarias todas aquellas asistencias y tratamientos cuya prestación efectiva clínicamente pueda demorarse sin perjuicio de su pronóstico y evolución y se realice, según los protocolos aceptados, habitualmente en un plazo de tiempo superior a la previsible duración de la estancia del usuario en territorio español y, en todo caso, en un plazo de tiempo superior a tres meses desde la primera asistencia en España.

2°. Necesidad no es sólo urgencia.

La necesidad de la prestación no debe asimilarse exclusivamente a las atenciones por motivos de urgencia, debiendo incluirse igualmente toda prestación que, de no facilitarse, obligaría al paciente a interrumpir su estancia y retornar a su país de procedencia para ser tratado.

En esta valoración se tendrán en consideración las circunstancias de hecho que concurren en el paciente (edad, patologías, evolución previsible de su estado de salud, etc).

3°. Carácter demorable o no de la asistencia.

Deberá valorarse la posibilidad de que la prestación o tratamiento necesario pueda ser demorado hasta el regreso al país de residencia del usuario sin que dicha demora suponga un riesgo previsible para la salud del paciente, ni implique empeoramiento o agravación de la situación preexistente con anterioridad a su desplazamiento a territorio español.

Puede contemplarse en este caso la posibilidad de estabilizar la patología sobrevenida para permitir la continuación de la estancia en España hasta su regreso al país de origen, en condiciones idóneas.

4º. El tipo de prestación solicitada.

Deberá valorarse especialmente la necesidad de la prestación sanitaria, farmacéutica o de otra índole cuando pueda deducirse razonablemente que el motivo principal del desplazamiento sea la obtención de dicha prestación.

4.3. Se presumirá que las prestaciones necesarias desde un punto de vista médico están incluidas en los casos contemplados en Instrucción Quinta de esta Circular.

4.4. Se considerarán, en todo caso, prestaciones y tratamientos no necesarias desde un punto de vista médico, las enumeradas en la Instrucción Sexta, así como todas aquellas que, de manera motivada y en aplicación de los criterios establecidos en esta Circular, se contemplen en el Protocolo de cada Departamento de Salud a que se refiere la Instrucción Octava.

QUINTA. Prestaciones sanitarias que se considerarán INCLUIDAS en la cobertura de la TSE y/o CPS válidos y en vigor.

5.1. Prestaciones de asistencia primaria.

Son prestaciones sanitarias de atención primaria las recogidas en el Anexo II del Real Decreto 1030/2006, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema

Nacional de Salud. Se excluyen todas las actividades de Programas de Salud que basan su eficacia en el seguimiento temporal pautado.

Se considerarán cubiertas por la TSE y CPS válida y en vigor todas las prestaciones sanitarias que se facilitan desde los Centros de Salud, Consultorios, Consultorios Auxiliares y Puntos de Atención Continuada, debido a un proceso agudo sobrevenido, o la continuación de aquellos problemas de salud conocidos por el paciente que requieran una intervención puntual del personal sanitario de A.P.S.

En el caso de los Centros Integrados de Salud, en los cuales se faciliten determinadas prestaciones de atención especializada, se aplicará lo dispuesto en el presente apartado únicamente respecto de aquellas prestaciones a considerar como asistencia primaria.

5.2. Prestaciones de atención especializada.

La TSE válida y en vigor cubre cualquier proceso médico o quirúrgico, ya sea ambulatorio o que precise hospitalización, que sea urgente o no demorable su resolución, no previsible o por reagudización de una afección crónica.

En cuanto a las restantes prestaciones de atención especializada que recoge el Anexo III del Real Decreto 1030/2006 y que se faciliten en los Hospitales y Centros de Especialidades, sólo se considerarán cubiertas por la TSE y CPS cuando:

- no estén entre las enumeradas en la Instrucción 6^a, apartado 6.2^o de esta Circular,
- o
- el Departamento considere que son necesarias y no demorables desde el punto de vista médico, atendiendo a los criterios que se establecen en esta Circular.

5.3. Prestaciones de atención de urgencia, tanto en Atención primaria como en otro ámbito.

En todo caso se considerarán prestaciones necesarias las contempladas en el Anexo IV del Real Decreto 1030/2006.

5.4. Prestaciones farmacéuticas.

Las prestaciones farmacéuticas recogidas en el Anexo V del Real Decreto 1030/2006 se prescribirán cuando resulten necesarias exclusivamente para su tratamiento durante su estancia, en las mismas condiciones de financiación pública que los usuarios de la Seguridad Social española.

A efectos de prescribir medicamentos con financiación pública se deberá recabar del interesado información concreta de la duración previsible de su estancia en la Comunidad Valenciana, con el objeto de prescribir con receta oficial o a través de farmacia hospitalaria únicamente aquellos fármacos estrictamente necesarios para su tratamiento en ese periodo.

Los servicios de inspección sanitaria deberán, con ocasión del ejercicio de su función, comprobar el cumplimiento de los criterios establecidos en esta Circular, en lo que afecta a la prescripción farmacéutica.

En cuanto al acceso a productos farmacéuticos dispensados desde los servicios de farmacia hospitalaria, se estará a lo que a tal efecto se establece en la Instrucción Sexta.

5.5. Prestación ortoprotésica y ayudas a la deambulaci3n.

Las prestaciones ortoprotésicas recogidas en el Anexo VI del Real Decreto 1030/2006 se facilitarán únicamente en el caso de tratamientos derivados de situaciones no demorables, en las mismas condiciones de financiación pública que los usuarios de la Seguridad Social española.

5.6. Restantes prestaciones (productos dietéticos y transporte).

Las prestaciones contempladas en los Anexos VII (productos dietéticos) y VIII (transporte) del Real Decreto 1030/2006 se facilitarán únicamente en los supuestos en que quede debidamente acreditada su necesidad aplicando los criterios establecidos en esta Circular, siguiendo las Instrucciones específicas que se hayan elaborado para su aplicación, y siempre en las mismas condiciones de financiación pública que los usuarios de la Seguridad Social española.

En cuanto al transporte sanitario, únicamente se entenderá cubierto por la TSE y CPS cuando se dé entre centros sanitarios ubicados en la Comunidad Valenciana, no comprendiendo en ningún caso el desplazamiento al resto del territorio español salvo causa clínica justificada o hacia el extranjero.

SEXTA. Prestaciones y tratamientos sanitarios que se consideran EXCLUIDOS en la cobertura de la TSE y CPS.

6.1. Como criterio general, cuando las prestaciones que se soliciten no correspondan a situaciones de necesidad y pueda demorarse su realización hasta el momento de la finalización previsible de la estancia en territorio español, sin riesgo añadido para la salud del paciente ni agravamiento de su estado de salud existente en el momento de la atención, se considerarán prestaciones no cubiertas por la TSE y CPS.

6.2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el apartado 6.3. siguiente, se excluirán de la cobertura por la TSE y/o CPS las siguientes prestaciones:

6.2.1. Prestaciones de atención primaria.

- Actividades preventivas:

a) Vacunaciones incluidas en los programas de vacunación aprobados por la Conselleria de Sanidad.

b) Actividades para prevenir la aparición de enfermedades actuando sobre los factores de riesgo (prevención primaria) o para detectarlas en fase presintomática mediante cribado o diagnóstico precoz (prevención secundaria).

c) Programas preventivos de salud bucodental.

Rehabilitación básica, salvo cuando se trate de recuperación de procesos agudos sobrevenidos.

6.2.2. Prestaciones de atención especializada.

- Primeras y sucesivas **consultas ambulatorias** de especialidades médicas (consultas externas de especialidades), salvo en los casos en que se trate de consultas externas posteriores a procesos de hospitalización cubiertos por la TSE-CPS.
- **Pruebas diagnósticas y exploratorias** solicitadas con motivo de consultas ambulatorias no cubiertas por la TSE-CPS.
- **Técnicas intervencionistas** demorables, entre otras, técnicas de reproducción humana asistida, conservación de tejidos y semen, prestaciones de las unidades de consejo genético del cáncer, intervencionismo radiológico, hemodinámica, endoscopias, etc.
- **Tratamientos específicos** demorables realizados en Hospital de día, entre otros, tratamientos oncológicos, etc.
- **Intervenciones quirúrgicas**, ya sea con o sin ingreso en los hospitales públicos, que no revistan carácter urgente o de urgencia diferida. Obviamente quedan excluidos los pacientes subsidiarios de intervención quirúrgica incluidos en lista de espera así como la derivación de pacientes al plan de choque.

6.3. En todos aquellos casos en los que no se deba admitir la TSE y el CPS como documentos para acceder a determinadas prestaciones sanitarias, el ciudadano titular de estos documentos podrá, no obstante, solicitar ese acceso y obtener las prestaciones por una de las dos vías alternativas siguientes:

1º. Tramitando ante el organismo asegurador competente del país en el que esté asegurado, la previa y preceptiva **autorización** a recibir la prestación solicitada y la aceptación de los gastos que la misma genere, autorización que se debe documentar a través del **formulario oficial E-112**.

En estos casos, no se facilitará prestación alguna en tanto no se aporte el correspondiente Formulario E-112.

2º. Caso de no poder aportar el formulario E-112, obligándose a abonar personalmente el importe legalmente establecido de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole que efectivamente se le faciliten.

En este caso, deberán adoptarse las medidas necesarias para garantizar el pago de las prestaciones, bien con cargo al propio interesado, bien con cargo a un tercero, incluyendo el cobro por anticipado del importe de la prestación.

SEPTIMA. Criterios específicos respecto de determinadas prestaciones y tratamientos.

a) Diálisis y oxigenoterapia fija.

En el caso de que el titular de la TSE/CPS esté siguiendo un tratamiento específico previo y continuo, en su país de origen, de diálisis renal u oxigenoterapia, que requiera ser continuado durante una estancia temporal en la Comunidad Valenciana, las prestaciones derivadas de este tratamiento se incluirán dentro de la cobertura propia de la TSE/CPS válido y en vigor, si bien requerirán acuerdo previo entre el paciente y la unidad que dispense el tratamiento en cuestión, a fin de garantizar que el tratamiento

está disponible durante la estancia temporal de la persona asegurada. No se incluyen prestaciones de ventiloterapia.

- b) Plan/programa de no demora (Plan de Choque).

No se deberá incluir a los titulares de TSE/CPS en dicho programa.

- c) Programa de autoconcertación para la reducción de las listas de espera quirúrgica en el sistema sanitario de la Comunitat Valenciana, aprobado por Acuerdo de 9 de mayo de 2008 del Consell (DOCV 5761, de 13/05/2008).

No se deberá incluir a los titulares de TSE/CPS en dicho programa.

- d) Prestaciones sanitarias para cuya realización se deba recurrir a remitir al paciente a medios externos (actividad concertada y prestaciones externas en general).

Únicamente se derivará al paciente a estos medios cuando concurren situaciones de necesidad no demorables y no existan medios suficientes para su atención en el Hospital comarcal y en el de Referencia más próximo, que no se puedan atender debidamente con medios propios. Sin perjuicio de que se proceda a su traslado en cuanto sus condiciones clínicas lo permitan.

- e) Tratamientos por patologías preexistentes a la estancia en territorio español.

Cuando se soliciten tratamientos por patologías preexistentes que impliquen prestaciones sanitarias especiales, tanto por su duración o por requerir unidades médicas especializadas, unidades con equipos especializados, o personal con una formación específica, se deberá solicitar del interesado la aportación del formulario E-112 con carácter previo al inicio del tratamiento.

- f) Fármacos de uso hospitalario a pacientes no ingresados dispensados en los servicios de farmacia hospitalaria y en las unidades de farmacia de pacientes externos. No están

incluidos en la cobertura de la TSE/CPS, salvo dosis aisladas de fármacos en condiciones documentadas en su país de origen. (antiretrovirales 1 dosis)

OCTAVA. Protocolo del Departamento de Salud.

8.1. Con objeto de posibilitar la correcta aplicación del contenido de la presente Circular en todos los centros, establecimientos y servicios sanitarios, cada Departamento de Salud elaborará un **protocolo específico propio** que desarrolle, de forma detallada, el acceso a las diferentes prestaciones sanitarias por parte de los titulares de TSE y/o CPS válidos y en vigor, de tal manera que tanto los usuarios como los profesionales que presten servicios en todos los centros sanitarios del Departamento, sea cual sea su naturaleza, puedan conocer los criterios de acceso, los documentos que se requieren, las prestaciones a las que se puede acceder y aquellas que requieren otras condiciones y requisitos.

Asimismo, en cada Departamento de Salud se deberán adoptar las medidas organizativas que garanticen la necesaria coordinación entre el ámbito de atención primaria y el de atención especializada, al objeto de evitar que desde atención primaria (primer escalón asistencial) se remita a pacientes titulares de TSE y/o CPS a servicios y prestaciones de atención especializada que no entren dentro de la cobertura de estos documentos.

8.2. El protocolo comprenderá las prestaciones de atención primaria, de atención especializada, atención de urgencia, prestaciones farmacéuticas, protésicas y de otra índole, de tal manera que se pueda conocer los criterios específicos de acceso a cada tipo de prestaciones, según sus diferentes características.

8.3. El protocolo deberá concretar específicamente el acceso con TSE/CPS o el acceso con otros requisitos a las siguientes prestaciones, respetando las instrucciones anteriores:

- a) Estancias hospitalarias, con y sin intervención quirúrgica.
- b) Cirugía ambulatoria.

- c) Consultas de especialidades médicas
- d) Pruebas diagnósticas y exploratorias a pacientes ambulatorios.
- e) Inclusión en listas de espera para intervenciones quirúrgicas.
- f) Inclusión de pacientes en el plan de no demora.
- g) Inclusión de pacientes en el programa de autoconcierto.
- h) Acceso a productos farmacéuticos, en especial los fármacos dispensados desde los servicios de farmacia hospitalaria a pacientes ambulatorios.

8.4. Los servicios de Atención e Información al Paciente (SAIP) informarán a los usuarios titulares de TSE y CPS de los criterios de acceso a las prestaciones sanitarias que se siguen en los centros sanitarios del correspondiente Departamento de Salud, recogidos en el Protocolo y en esta Circular.

8.5. El protocolo de cada Departamento de Salud deberá ser aprobado por resolución de la Gerencia del Departamento de Salud, previo acuerdo del Consejo de Dirección del mismo, y deberá ser de público conocimiento para todo el personal del Departamento.

**EL GERENTE DE LA AGENCIA VALENCIANA DE
SALUD**

FDO. Luí Rosado Bretón

VºBº

EL CONSELLER DE SANIDAD

FDO. Manuel Cervera Taulet