

**REGLAMENTO (UE) 2015/359 DE LA COMISIÓN****de 4 de marzo de 2015****por el que se aplica el Reglamento (CE) nº 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo en lo que respecta a las estadísticas sobre gastos y financiación de la asistencia sanitaria****(Texto pertinente a efectos del EEE)**

LA COMISIÓN EUROPEA,

Visto el Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea,

Visto el Reglamento (CE) nº 1338/2008 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 16 de diciembre de 2008, sobre estadísticas comunitarias de salud pública y de salud y seguridad en el trabajo <sup>(1)</sup>, y, en particular, su artículo 9, apartado 1, y su anexo II, letra d),

Considerando lo siguiente:

- (1) El Reglamento (CE) nº 1338/2008 establece un marco común para la producción sistemática de estadísticas europeas de salud pública y salud y seguridad en el trabajo.
- (2) Las medidas de ejecución determinan los datos y metadatos relativos a los gastos sanitarios y su financiación que deben suministrarse, así como los períodos de referencia, los intervalos y los plazos para la transmisión de datos.
- (3) De conformidad con el artículo 6, apartado 2, del Reglamento (CE) nº 1338/2008, se ha llevado a cabo un análisis de la relación coste-beneficio, teniendo en cuenta las ventajas que aporta la disponibilidad de los datos sobre los gastos y la financiación de la asistencia sanitaria en relación con el coste de las recopilaciones de datos que realizan voluntariamente los Estados miembros desde 2005, con arreglo a los principios establecidos por el sistema de cuentas de salud, y la carga que pesa sobre los Estados miembros. De conformidad con el artículo 6, apartado 1, del Reglamento (CE) nº 1338/2008, en 2013 y 2014, la Comisión organizó estudios piloto que fueron completados de forma voluntaria por los Estados miembros. La Comisión ha debatido con los Estados miembros las necesidades de los usuarios en diversas reuniones. La disponibilidad de datos a escala de la UE puede ser de gran utilidad para las decisiones relativas a la salud y la política social.
- (4) A fin de garantizar la pertinencia y comparabilidad de los datos, el *System of Health Accounts 2011 manual* <sup>(2)</sup> (manual del sistema de cuentas de salud 2011), elaborado conjuntamente por la Comisión (Eurostat), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que establece los conceptos, las definiciones y los métodos para el tratamiento de los datos relativos a los gastos y la financiación de la asistencia sanitaria, debe constituir la base del cuestionario detallado y las directrices de acompañamiento utilizadas en la recogida anual de datos que llevan a cabo conjuntamente los tres organismos.
- (5) Las medidas previstas en el presente Reglamento se ajustan al dictamen del Comité del Sistema Estadístico Europeo.

HA ADOPTADO EL PRESENTE REGLAMENTO:

*Artículo 1*

El presente Reglamento establece normas para el desarrollo y la producción de estadísticas europeas relativas a los gastos y la financiación de la asistencia sanitaria, uno de los temas incluidos en las estadísticas sobre asistencia sanitaria enumerados en el anexo II del Reglamento (CE) nº 1338/2008.

*Artículo 2*

Las definiciones que deben utilizarse para cumplir el presente Reglamento figuran en el anexo I.

<sup>(1)</sup> DO L 354 de 31.12.2008, p. 70.

<sup>(2)</sup> OCDE, Eurostat, OMS (2011), *A System of Health Accounts*, OCDE Publishing, doi: 10.1787/9789264116016-en

*Artículo 3*

Los Estados miembros transmitirán datos sobre los ámbitos que se especifican en el anexo II.

*Artículo 4*

1. Los Estados miembros transmitirán anualmente los datos exigidos y los metadatos estándar de referencia correspondientes. El período de referencia será el año civil.
2. Los datos y los metadatos de referencia para el año de referencia N se transmitirán a más tardar el 30 de abril de N + 2.
3. Los datos y los metadatos de referencia se transmitirán anualmente a la Comisión (Eurostat) a través de los servicios de ventanilla única o se pondrán a disposición para su utilización por parte de la Comisión (Eurostat) por vía electrónica.
4. El primer año de referencia será 2014.
5. El último año de referencia será 2020.
6. No obstante lo dispuesto en el apartado 2, los Estados miembros transmitirán los datos y los metadatos de referencia para el año de referencia 2014, a más tardar el 31 de mayo de 2016.

*Artículo 5*

1. Los Estados miembros transmitirán datos en el nivel de agregación que se especifica en el anexo II.
2. Los Estados miembros transmitirán los metadatos de referencia necesarios, en particular en lo que respecta a las fuentes de datos, su cobertura y los métodos de compilación utilizados, información sobre las características de los gastos nacionales de salud y su financiación específicos de los Estados miembros que se desvíen de las definiciones contempladas en el anexo I, referencias a la legislación nacional en el caso de que esta constituya la base de los gastos y la financiación de la asistencia sanitaria, así como información sobre cualquier modificación de los conceptos estadísticos mencionados.

*Artículo 6*

El presente Reglamento entrará en vigor el vigésimo día siguiente al de su publicación en el *Diario Oficial de la Unión Europea*.

El presente Reglamento será obligatorio en todos sus elementos y directamente aplicable en cada Estado miembro.

Hecho en Bruselas, el 4 de marzo de 2015.

*Por la Comisión*  
*El Presidente*  
Jean-Claude JUNCKER

## ANEXO I

**Definiciones**

1. «Atención sanitaria»: todas las actividades cuya finalidad principal sea mejorar y preservar el estado de salud de las personas, evitar su deterioro y atenuar las consecuencias de los problemas de salud, mediante la aplicación de conocimientos cualificados en la materia.
2. «Gasto sanitario corriente»: los gastos en consumo final de las unidades residentes dedicados a los bienes y servicios sanitarios, ya sean bienes y servicios sanitarios prestados directamente a los particulares, o servicios de salud colectivos.
3. «Funciones de la atención sanitaria»: los tipos de necesidades que pretenden satisfacer los gastos sanitarios corrientes o el tipo de objetivo perseguido.
4. «Asistencia curativa»: los servicios de atención sanitaria cuyo principal objetivo es aliviar los síntomas o reducir la gravedad de una enfermedad o lesión o proteger contra los empeoramientos o complicaciones que pudieran poner en peligro la vida o la función normal.
5. «Rehabilitación»: los servicios destinados a estabilizar, mejorar o restablecer las estructuras o funciones fisiológicas deficientes, compensar la falta o pérdida de funciones o estructuras fisiológicas, mejorar las actividades y la participación y prevenir las discapacidades, las complicaciones médicas y los riesgos.
6. «Atención en régimen interno»: el tratamiento o los cuidados administrados en un establecimiento de atención sanitaria a pacientes admitidos formalmente y que requieren pernoctación.
7. «Atención en régimen ambulatorio»: los servicios médicos y auxiliares prestados en un establecimiento de atención sanitaria a pacientes que no han sido formalmente admitidos y que no pernoctan.
8. «Atención en régimen de día»: los servicios médicos y paramédicos planificados prestados en un establecimiento de atención sanitaria a pacientes que hayan sido formalmente admitidos con fines de diagnóstico, tratamiento u otro tipo de asistencia sanitaria y que reciben el alta el mismo día.
9. «Atención (sanitaria) de larga duración»: un conjunto de servicios médicos y cuidados personales consumidos con el objetivo principal de aliviar el dolor y el sufrimiento y de reducir o gestionar el deterioro del estado de salud de los pacientes con un grado de dependencia a largo plazo.
10. «Atención domiciliaria»: servicios médicos, auxiliares y de enfermería consumidos por los pacientes en su domicilio y que exigen la presencia física del proveedor.
11. «Servicios auxiliares» (no especificados por función): la asistencia sanitaria o los servicios de cuidados de larga duración no especificados por función ni por modo de prestación, que el paciente consume directamente, en particular durante un contacto independiente con el servicio de salud y que no forman parte de un paquete de servicios de asistencia, como los servicios de laboratorio o de diagnóstico por imagen o de transporte de pacientes y rescate de emergencia.
12. «Productos farmacéuticos y otros productos médicos no duraderos» (no especificados por función): los productos farmacéuticos y los productos médicos percederos utilizados para diagnosticar, curar, mitigar y tratar una enfermedad, incluidos los medicamentos con receta y sin receta, cuya función y modo de suministro no están especificados.
13. «Dispositivos terapéuticos y otros productos médicos» (no especificados por función): los productos médicos duraderos, incluidos los aparatos ortóticos que sostienen o corrigen deformaciones o anomalías del cuerpo humano, los aparatos ortopédicos, las prótesis o extensiones artificiales que sustituyen una parte del cuerpo y otras prótesis como los implantes, que sustituyen o completan la funcionalidad de una estructura biológica ausente y los aparatos médico-técnicos, cuando su función o modo de suministro no estén especificados.
14. «Servicios preventivos»: cualquier medida cuya finalidad sea evitar o reducir el número y la gravedad de las lesiones y enfermedades, así como sus secuelas y complicaciones.
15. «Administración general y administración y financiación sanitarias»: los servicios que se centran en el sistema de salud y no en la atención sanitaria directa, que orientan y apoyan el funcionamiento del sistema de salud y que se consideran colectivos, ya que no benefician a particulares sino a todos los usuarios.

16. «Sistemas de financiación de la atención sanitaria»: los tipos de mecanismos de financiación a través de los cuales las personas obtienen servicios sanitarios, ya sea mediante pagos directos de los hogares para bienes y servicios o mediante mecanismos de financiación por terceros.
17. «Administraciones públicas»: regímenes de financiación de la asistencia sanitaria cuyas características se determinan por ley o por las autoridades públicas y para los que existe un presupuesto separado y una unidad administrativa pública responsable.
18. «Régimen contributivo obligatorio del seguro de enfermedad»: un mecanismo de financiación para garantizar el acceso a la atención sanitaria a grupos específicos de población, a través de una participación obligatoria definida por ley o por las administraciones públicas y cuya elegibilidad está sujeta al pago de cotizaciones al seguro de enfermedad por los beneficiarios o en nombre de estos.
19. «Cuentas de ahorro médico obligatorias»: cuentas de ahorro impuestas legalmente, en las que el modo fundamental para recaudar fondos y algunos aspectos relacionados con la utilización de la cuenta para pagar servicios sanitarios están regulados por las autoridades públicas y sin que pueda producirse una reagrupación de recursos entre personas diferentes, con excepción de los miembros de la familia.
20. «Seguros sociales privados»: sistemas basados en la compra de una póliza de seguro de enfermedad, a los que las autoridades públicas no confieren carácter obligatorio y en los que las primas de seguro pueden estar subvencionadas directa o indirectamente por las administraciones públicas.
21. «Instituciones de financiación sin ánimo de lucro»: mecanismos y programas de financiación no obligatorios con derecho a prestaciones no contributivas que se basan en las donaciones de particulares, administraciones públicas o empresas.
22. «Sistemas de financiación por las empresas»: mecanismos por medio de los cuales las empresas prestan o financian directamente servicios sanitarios a sus empleados sin la intervención de ningún régimen de seguro.
23. «Gasto directo de los hogares»: pago directo a cambio de bienes y servicios de salud a partir de la renta primaria o de los ahorros de los hogares, cuando el usuario efectúa el pago en el momento de adquirir los bienes o de utilizar los servicios.
24. «Financiación del resto del mundo»: mecanismos financieros en los que participan unidades institucionales residentes en el extranjero, o que son gestionado por estas, pero que recaudan y reúnen recursos y adquieren bienes y servicios de salud por cuenta de los residentes, sin que sus fondos pasen por un régimen residente.
25. «Proveedores de asistencia sanitaria»: organizaciones y otros agentes que suministran bienes y servicios de salud como su actividad principal, así como aquellos para los que la prestación de asistencia sanitaria es una de sus múltiples actividades.
26. «Hospitales»: establecimientos autorizados cuya actividad principal consiste en prestar servicios médicos, de diagnóstico y de tratamiento, incluidos servicios médicos, de enfermería y de otro tipo, a pacientes ingresados, así como los servicios de alojamiento especializados que estos necesitan; estos establecimientos pueden prestar asimismo servicios de asistencia en régimen de día y cuidados ambulatorios o domiciliarios.
27. «Residencias de larga estancia y enfermería»: establecimientos cuya principal actividad es administrar cuidados prolongados en régimen residencial, que incluyen servicios de enfermería, de supervisión o de otro tipo en función de las necesidades de los pacientes, y en los que una parte importante de los servicios prestados combina servicios sanitarios y servicios sociales, prestados esencialmente por personal de enfermería y de cuidados personales.
28. «Proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria»: establecimientos cuya actividad principal es prestar servicios sanitarios directamente a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización; se incluyen en esta categoría las consultas de médicos generalistas y especialistas, así como los centros especializados en el tratamiento ambulatorio y la prestación de servicios de atención domiciliaria.
29. «Proveedores de servicios auxiliares»: establecimientos que prestan servicios auxiliares específicos directamente a pacientes ambulatorios bajo la supervisión de profesionales de la salud y que no están cubiertos por los tratamientos hospitalarios, los cuidados de enfermería, la atención ambulatoria u otros proveedores.
30. «Minoristas y otros proveedores de productos médicos»: establecimientos cuya actividad principal es la venta al por menor de productos médicos para consumo o utilización por particulares o unidades familiares y que incluyen la instalación, la reparación y la venta.

31. «Proveedores de servicios preventivos»: organizaciones cuya actividad principal consiste en ofrecer programas preventivos colectivos y campañas o programas de salud pública a grupos específicos o a la población en general, como las agencias de promoción y protección de la salud o los institutos de salud pública, así como los centros especializados que prestan una atención preventiva primaria como principal actividad.
  32. «Proveedores de administración y financiación sanitarias»: establecimientos cuya actividad principal es regular las actividades de las agencias que prestan asistencia sanitaria y administrar el sector de la asistencia sanitaria, incluida la administración de la financiación de la salud.
  33. «Resto de la economía»: otros proveedores de asistencia sanitaria residentes no clasificados en otras categorías, incluidas las unidades familiares como proveedores de asistencia sanitaria domiciliaria a miembros de la familia, cuando estos servicios corresponden a pagos de transferencias sociales concedidas para este fin, así como todos los demás sectores que ofrecen asistencia sanitaria como actividad secundaria.
  34. «Proveedores del resto del mundo»: todas las unidades no residentes que suministran bienes y servicios de asistencia sanitaria o que participan en actividades relacionadas con la salud.
-

## Temas que deben incluirse y sus características, clasificación cruzada de datos y desgloses

## 1. Clasificación cruzada de los gastos sanitarios corrientes por función de atención sanitaria (HC) y por fuente de financiación (HF) (\*)

	Sistemas de financiación	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Funciones de la atención sanitaria		Administraciones públicas	Regímenes contributivos obligatorios del seguro de enfermedad y cuentas de ahorro médico obligatorias (**)	Seguros sociales privados	Instituciones de financiación sin ánimo de lucro	Financiación de sociedades	Gasto directo de los hogares	Financiación del resto del mundo	Gastos sanitarios corrientes HF.1-HF.4
HC.1.1; HC.2.1	Asistencia curativa y para rehabilitación en régimen interno								
HC.1.2; HC.2.2	Asistencia curativa y para rehabilitación en régimen de día								
HC.1.3; HC.2.3	Asistencia curativa y para rehabilitación en régimen ambulatorio								
HC.1.4; HC.2.4	Servicios curativos y de rehabilitación domiciliarios								
HC.3.1	Atención (sanitaria) de larga duración								
HC. 3.2	Atención (sanitaria) de larga duración en régimen de día								
HC. 3.3	Atención (sanitaria) de larga duración en régimen ambulatorio								
HC. 3.4	Atención (sanitaria) domiciliaria de larga duración								
HC. 4	Servicios auxiliares (no especificados por función)								
HC. 5.1	Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles de uso médico (no especificados por función)								
HC. 5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos duraderos de uso médico								

	Sistemas de financiación	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Funciones de la atención sanitaria		Administraciones públicas	Regímenes contributivos obligatorios del seguro de enfermedad y cuentas de ahorro médico obligatorias (**)	Seguros sociales privados	Instituciones de financiación sin ánimo de lucro	Financiación de sociedades	Gasto directo de los hogares	Financiación del resto del mundo	Gastos sanitarios corrientes HF.1-HF.4
HC.6	Servicios preventivos (***)								
HC. 7	Administración general y administración y financiación sanitarias								
HC.9	Otros servicios de atención sanitaria no clasificados en otra parte (n.c.p.).								
	<i>Gastos sanitarios corrientes</i> <i>HC.1-HC.9</i>								

(\*) Los datos se transmitirán en millones de unidades de la moneda nacional.

(\*\*) Los gastos correspondientes a HF.1.3 se notificarán en los metadatos.

(\*\*\*) Los servicios preventivos se basan en una estrategia de promoción de la salud, que consiste en un proceso destinado a que las personas puedan mejorar su estado de salud mediante el control de algunos de sus determinantes inmediatos. Se incluyen las intervenciones cuya finalidad principal es la promoción de la salud y que se producen antes del diagnóstico. Los servicios preventivos incluyen intervenciones para consumo individual y colectivo.

2. Clasificación cruzada de los gastos sanitarios corrientes por función de la atención sanitaria (HC) y por proveedor de asistencia sanitaria (HF) (\*)

	Proveedores de asistencia sanitaria	HP.1	HP.2	HP.3	HP.4	HP.5	HP.6	HP.7	HP.8	HP.9	
Funciones de la atención sanitaria		Hospitales	Establecimientos de atención de larga duración en régimen interno	Proveedores de asistencia sanitaria ambulatoria	Proveedores de servicios auxiliares	Minoristas y otros proveedores de productos médicos	Proveedores de servicios preventivos	Proveedores de servicios de financiación y administración del sistema de salud	Resto de la economía	Resto del mundo	Gastos sanitarios corrientes HP. 1-HP. 9
HC.1.1; HC.2.1	Asistencia curativa y para rehabilitación en régimen interno										
HC.1.2; HC.2.2	Asistencia curativa y para rehabilitación en régimen de día										
HC.1.3; HC.2.3	Asistencia curativa y para rehabilitación ambulatoria										
HC.1.4; HC.2.4	Servicios de atención curativa y de rehabilitación a domicilio										
HC.3.1	Atención (sanitaria) de larga duración en régimen interno										
HC.3.2	Atención (sanitaria) de larga duración en régimen de día										
HC.3.3	Atención (sanitaria) de larga duración ambulatoria										
HC.3.4	Atención (sanitaria) de larga duración a domicilio										
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)										
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros bienes fungibles de uso médico (no especificados por función)										
HC.5.2	Dispositivos terapéuticos y otros productos duraderos de uso médico										
HC.6	Servicios preventivos (**)										
HC.7	Gobernanza y administración de la financiación y el sistema de salud										



	Fuentes de financiación	HF.1.1	HF.1.2; HF.1.3	HF.2.1	HF.2.2	HF.2.3	HF.3	HF.4	
Proveedores de asistencia sanitaria		Administraciones públicas	Regímenes contributivos obligatorios del seguro de enfermedad Y cuentas de ahorro médico obligatorias (**)	Seguros sociales privados	Instituciones de financiación sin ánimo de lucro	Financiación de sociedades	Gasto directo de los hogares	Fuentes de financiación del resto del mundo (no residentes)	Gastos sanitarios corrientes HF.1-HF.4
HP.5	Minoristas y otros proveedores de productos médicos								
HP.6	Proveedores de servicios preventivos								
HP.7	Proveedores de servicios de financiación y administración sanitarias								
HP.8	Resto de la economía								
HP.9	Resto del mundo								
	<i>Gastos sanitarios corrientes</i> <i>HP.1-HP.9</i>								

(\*) Los datos se transmitirán en millones de unidades de la moneda nacional.

(\*\*) Los gastos correspondientes a HF.1.3 se notificarán en los metadatos.