



Bruselas, 21.9.2018
COM(2018) 651 final

INFORME DE LA COMISIÓN AL PARLAMENTO EUROPEO Y AL CONSEJO
sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los
derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza

Informe de la Comisión sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza

El objetivo general de la Directiva 2011/24/UE¹ (en adelante «la Directiva») sobre los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza consiste en facilitar el acceso a una asistencia sanitaria segura y de elevada calidad en otro Estado miembro. Con este fin, se reembolsa a los pacientes por la asistencia sanitaria, de conformidad con los principios establecidos por el Tribunal de Justicia de la Unión Europea y codificados por la Directiva. Al mismo tiempo, los Estados miembros siguen siendo responsables de la prestación de asistencia sanitaria adecuada en su territorio. Además, la Directiva promueve la cooperación transfronteriza en la asistencia sanitaria entre Estados miembros en beneficio de los ciudadanos de la UE, en lo que respecta a las recetas, la sanidad digital (sanidad electrónica), las enfermedades raras y las evaluaciones de las tecnologías sanitarias (ETS). La Directiva se aplica a la asistencia sanitaria transfronteriza sin perjuicio del marco que proporcionan los Reglamentos de coordinación de la seguridad social².

La Directiva debía ser incorporada por los Estados miembros el 25 de octubre de 2013, a más tardar.

El artículo 20, apartado 1, de la Directiva dispone lo siguiente: «La Comisión elaborará antes del 25 de octubre de 2015³, y posteriormente cada tres años, un informe sobre la aplicación de la presente Directiva y lo presentará al Parlamento Europeo y al Consejo». El informe deberá contener en particular información sobre los flujos de pacientes, las dimensiones financieras de la movilidad de los pacientes, la aplicación del artículo 7, apartado 9, y del artículo 8, y el funcionamiento de las redes europeas de referencia y de los puntos nacionales de contacto. El presente informe también incluye un capítulo sobre el empleo efectuado de los poderes delegados de conformidad con el artículo 17, apartado 1, de la Directiva.

1. Estado de la transposición

1.1. Control de integridad

Antes de la fecha límite de la transposición (25 de octubre de 2013), los representantes de la Comisión visitaron todos los Estados miembros para debatir las medidas necesarias de transposición y para prestar ayuda, si se solicitaba. Además, la transposición de la Directiva se debatió con los Estados miembros en comités presididos por la Comisión⁴.

¹ Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza (DO L 88 de 4.4.2011, p. 45).

² Reglamento (CE) n.º 883/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, sobre la coordinación de los sistemas de seguridad social (DO L 166 de 30.4.2004, p. 1) y Reglamento (CE) n.º 987/2009 por el que se adoptan las normas de aplicación del Reglamento (CE) n.º 883/2004 (DO L 284 de 30.10.2009, p.1).

³ Informe de la Comisión sobre el funcionamiento de la Directiva 2011/24/UE relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza, COM(2015) 421 final de 4.9.2015.

⁴ El Comité previsto en el artículo 16 de la Directiva y el Grupo de expertos en asistencia sanitaria transfronteriza.

Tras la fecha límite de transposición, la Comisión incoó veintiséis procedimientos de infracción por notificación tardía o incompleta de las medidas de transposición. Tras este proceso, todos los Estados miembros notificaron finalmente sus medidas de transposición completas.

1.2. Comprobación del cumplimiento

1.2.1. Controles sistemáticos de las medidas de transposición de los Estados miembros

La segunda fase de la evaluación del cumplimiento empezó justo después de que se notificaran las medidas nacionales. En esta fase, la Comisión evaluó si todos los actos jurídicos nacionales y otras medidas notificadas eran acordes con la Directiva⁵. Se notificaron a la Comisión más de quinientas medidas nacionales de transposición de la Directiva. Este elevado número de leyes nacionales se debe, en parte, al hecho de que la Directiva regulaba una serie de cuestiones que se engloban en diferentes niveles regionales o administrativos y en diferentes disposiciones jurídicas en los Estados miembros, como los mecanismos de reembolso⁶, los canales de información (puntos nacionales de contacto, proveedores de asistencia sanitaria)⁷, los derechos de los pacientes⁸, la responsabilidad profesional⁹.

La Comisión identificó cuatro áreas prioritarias para la evaluación del cumplimiento con mayor potencial para suponer obstáculos para los pacientes si no se abordaban: los sistemas de reembolso, el uso de la autorización previa, los requisitos administrativos y el cobro a los pacientes entrantes. Como resultado de una evaluación sistemática de todas las medidas notificadas, la Comisión inició once investigaciones por iniciativa propia a fin de recopilar información para la evaluación adecuada del cumplimiento y otras están en desarrollo.

a) Sistemas de reembolso de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza

De conformidad con el artículo 7, apartado 4, de la Directiva, los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza serán reembolsados o abonados hasta la cuantía que habría asumido el Estado miembro de afiliación si la asistencia sanitaria se hubiera prestado en su territorio, sin exceder del coste real de la asistencia sanitaria efectivamente prestada. El artículo 7, apartado 9, permite a los Estados miembros limitar la aplicación de las normas de reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza por razones imperiosas de interés general. El artículo 7, apartado 11, exige que dichas limitaciones sean necesarias y proporcionadas, y que no constituyan un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación. Además, los Estados miembros están obligados a notificar a la Comisión cualquier decisión de establecer limitaciones en virtud del artículo 7, apartado 9.

⁵ En aras de la continuidad, en este informe el término «*comprobación del cumplimiento*» se utiliza en línea con el anterior informe de ejecución de 2015, en el sentido de la compatibilidad de las medidas nacionales de transposición con las disposiciones de la Directiva. Es idéntico a «*controles de conformidad*» en la terminología utilizada en la Comunicación de la Comisión «*Derecho de la UE: mejores resultados gracias a una mejor aplicación*» C/2016/8600, DO C 18 de 19.1.2017 final, p. 10. De manera similar, el término «*control de integridad*» equivale a «*control de la transposición*» en la terminología utilizada en la Comunicación.

⁶ Artículo 7, apartado 6, y artículo 9.

⁷ Artículo 4, apartado 2, letras a) y b), artículo 5, letra b), artículo 6, apartado 3.

⁸ Artículo 4, apartado 2, letras c), e) y f), artículo 4, apartado 3, artículo 4, apartado 4, artículo 5, letras b) y d), artículo 7, apartado 1, artículo 9, apartados 4 y 5.

⁹ Artículo 4, apartado 2, letra d).

Aunque la Comisión no ha recibido notificaciones específicas en virtud del artículo 7, apartado 9, podría cuestionarse si determinadas medidas de transposición limitan el nivel de reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza. Esto se refiere a los Estados miembros que conceden el reembolso de la asistencia sanitaria transfronteriza sobre la base de niveles inferiores de reembolso aplicables a la asistencia sanitaria recibida por proveedores sanitarios privados o no concertados en su propio territorio, en comparación con el nivel de reembolso en el sistema de asistencia sanitaria público o de proveedores sanitarios concertados. Tres Estados miembros, con distintas condiciones y alcance, utilizan el nivel de reembolso inferior mencionado como punto de referencia para el reembolso de gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza en virtud de la Directiva.

La Comisión está considerando cómo proceder en estos casos, en particular según la jurisprudencia del Tribunal de Justicia¹⁰.

b) Autorización previa

La Directiva (artículo 8, apartado 2) introduce la posibilidad de que el reembolso por parte de los Estados miembros de los gastos de la asistencia sanitaria recibida en otro Estado miembro esté sujeto una autorización previa. No se pretende, en ningún caso, que esta opción se utilice en exceso, ya que se consideraría una restricción de la libre circulación de servicios¹¹.

Actualmente, seis Estados miembros junto con Noruega¹² no cuentan con un sistema de autorización previa¹³, lo cual otorga a los pacientes la libertad de escoger y reduce la carga administrativa.

Tal como se indica en el Considerando 44 de la Directiva y de acuerdo con la jurisprudencia establecida del Tribunal de Justicia, el reembolso por parte de los Estados miembros de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza puede estar sujeto una autorización previa cuando sea tanto necesario como razonable¹⁴; este sistema también debe basarse en criterios objetivos y no discriminatorios¹⁵. Esto se refleja también en el artículo 8, apartado 2, letra a), de la Directiva, que autoriza a los Estados miembros a hacer uso de un sistema de autorización previa, en particular para la asistencia sanitaria que está sujeta a imperativos de planificación cuando suponga pernoctar en un hospital o que exija el uso de infraestructuras o equipos médicos sumamente especializados y costosos. En la práctica, los sistemas de autorización previa se basan casi

¹⁰ Véase, por ejemplo, el asunto C-372/04 *Watts*, párrafo 100.

¹¹ Considerando 38 de la Directiva.

¹² Los países de la AELC, Islandia, Liechtenstein y Noruega, debían transponer la Directiva 2011/24/UE el 1 de agosto de 2015 a más tardar.

¹³ Siete países (Estonia, Finlandia, Lituania, Noruega, Países Bajos, República Checa y Suecia) escogieron no introducir un sistema de autorización previa.

¹⁴ Véase, por ejemplo, el asunto C-205/99 *Analir y otros* [2001] Rec. p. I-1271, apartado 38; asunto C-157/99 *Smits y Peerbooms*, apartado 90.

¹⁵ Véase, por ejemplo, el asunto C-205/99 *Analir y otros* [2001] Rec. p. I-1271, apartados 35-38; asunto C-157/99 *Smits y Peerbooms*, apartados 80-90.

enteramente en el citado artículo 8, apartado 2, letra a), en el que se centrará, por tanto, el presente informe¹⁶.

Cualquier sistema de autorización previa debe limitarse a lo necesario y proporcionado con respecto al objetivo que debe alcanzarse y no podrá constituir un medio de discriminación arbitraria ni un obstáculo injustificado a la libre circulación de los pacientes¹⁷.

El artículo 8, apartado 7, de la Directiva impone a los Estados miembros la obligación de «hacer pública la información sobre qué asistencia sanitaria requiere autorización previa».

La preocupación de la Comisión a este respecto es que los sistemas de autorización previa no deberían carecer de seguridad jurídica y transparencia con respecto a qué tratamientos están sujetos y cumplen los criterios de la autorización previa. A fin de aportar más claridad, se iniciaron varios diálogos estructurados con Estados miembros en relación con las listas de asistencia sanitaria sujeta a la autorización previa. Algunas listas se consideraron demasiado amplias; también suscitó inquietud el requisito de autorización previa para cada tipo de asistencia sanitaria en el extranjero que supere una consulta con un especialista por paciente y año. El diálogo aportó un buen mecanismo proactivo para activar efectos positivos para los pacientes.

Si la autorización previa se considera necesaria, debe publicarse una lista detallada y suficientemente definida de tratamientos.

c) Procedimientos administrativos relativos a la asistencia sanitaria transfronteriza

El artículo 9, apartado 1, de la Directiva exige a los Estados miembros que garanticen que los procedimientos administrativos para el reembolso transfronterizo se basen en criterios objetivos y no discriminatorios que sean necesarios y proporcionados respecto al objetivo que quiere lograrse.

«Todavía hay poca experiencia respecto a la asistencia sanitaria transfronteriza entre las comunidades de pacientes.»([Foro Europeo de Pacientes](#) - octubre de 2016)

Algunos Estados miembros exigen a los pacientes que aporten una traducción certificada de su documentación médica a fin de obtener el reembolso. En efecto, la traducción jurada puede representar un obstáculo desproporcionado para la libre circulación de servicios, por ejemplo, en muchos países los costes de la traducción podrían ser superiores al reembolso del servicio ambulatorio.

¹⁶ El artículo 8, apartado 2, letras b) y c) también permite a los Estados miembros que exijan una autorización previa cuando la asistencia sanitaria implique tratamientos con un riesgo específico para el paciente o la población, o cuando la asistencia la preste un proveedor sanitario que podría suscitar motivos graves y específicos de inquietud respecto a la calidad o la seguridad de la asistencia.

¹⁷ Artículo 8, apartado 1, de la Directiva.

Un Estado miembro introdujo un umbral mínimo excesivo (de 15 EUR) para el reembolso que igualaba aproximadamente la media de los baremos de reembolso para la asistencia sanitaria ambulatoria en ese Estado miembro.

Otro Estado miembro exigía un certificado del punto nacional de contacto extranjero que acreditara que la asistencia sanitaria que se iba a prestar en su territorio cumplía las normas vigentes de calidad y seguridad necesarias. Además, se requiere una confirmación por escrito del proveedor de la asistencia sanitaria sobre su disponibilidad para prestar la asistencia solicitada en el período indicado por el solicitante de la autorización previa.

Tras el debate con los Estados miembros sobre la proporcionalidad y la necesidad de todos los requisitos mencionados arriba, estos se suprimieron en interés de los pacientes.

Determinados Estados miembros introdujeron sistemas de notificación previa mediante los cuales el paciente recibe una confirmación por escrito de la cantidad que se reembolsará sobre la base de una estimación, tal como se prevé en el artículo 9, apartado 5, de la Directiva. Incluso si un Estado miembro no aplica este mecanismo de notificación previa, el artículo 9, apartado 5, insta a los Estados miembros a que reembolsen a los pacientes sin dilaciones indebidas. La opción de notificación previa es un mecanismo que convendría mejorar, y que contribuye a que los Estados miembros cumplan sus obligaciones.

d) Tarifas para los pacientes de otros Estados miembros

El artículo 4, apartado 3, exige a los Estados miembros que cumplan el principio de no discriminación en relación con los pacientes de otros Estados miembros. También apunta que los Estados miembros pueden, en determinadas circunstancias, adoptar medidas respecto al acceso al tratamiento, sin embargo, estas medidas deben estar justificadas y ser proporcionadas y necesarias y deben, además, publicarse previamente.

Los Estados miembros pueden definir las tarifas por la prestación de asistencia sanitaria en su territorio. Sin embargo, el artículo 4, apartado 4, insta a los Estados miembros a que garanticen que los proveedores de asistencia sanitaria aplican el mismo baremo de tarifas a los pacientes de otros Estados miembros que a los pacientes nacionales en una situación médica comparable. Si no existe precio comparable para los pacientes nacionales, el artículo 4, apartado 4, obliga a los prestadores a cobrar un precio calculado con criterios objetivos y no discriminatorios. Una vez definidas, las tarifas y baremos deben aplicarse de igual forma tanto a nacionales como a no nacionales. Fuera del sistema público, la Comisión no ha identificado ningún problema de aplicación y los Estados miembros no han optado por introducir medidas respecto al acceso para los pacientes entrantes.

Durante el período de transposición, los Estados miembros alegaron que las tarifas públicas actuales no representan un precio comparable porque elementos importantes, como los relativos a la fiscalidad general (por ejemplo, los gastos de inversiones de capital), no están representados en las tarifas públicas, con lo cual no se recuperan los costes completamente. Por ello, los Estados miembros pueden establecer un precio basado en los costes comparable para los gastos reales del servicio sanitario, que debería basarse en una metodología objetiva y no discriminatoria que no

distinga a nivel financiero entre la cobertura «nacional» en el marco de los sistemas públicos locales y los pacientes «transfronterizos» para una intervención específica. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el establecimiento de un sistema tarifario basado en los costes podría repercutir en las obligaciones de reembolso¹⁸ de los Estados miembros respecto a los pacientes ambulatorios.

1.3. Otras cuestiones

Resulta interesante que el requisito del seguro de responsabilidad profesional¹⁹ surgiese durante los controles de integridad como una cuestión problemática en varios Estados miembros. Aunque los proveedores de asistencia sanitaria tienen *de facto* un seguro de responsabilidad, en la práctica, a menudo faltaba legislación que requiriera que dichos sistemas estuvieran en vigor. Además, para algunos Estados miembros también resultaba difícil implementar el principio que amplía la elección de los pacientes respecto a los proveedores de asistencia sanitaria situados en otro Estado miembro, independientemente de si son o no concertados por el sistema sanitario reglamentario en ese Estado miembro.

La Comisión continúa los intensos diálogos con los Estados miembros para lograr la mejor transposición posible de la Directiva. Se ha corroborado que las reuniones bilaterales estructuradas con los Estados miembros ofrecen la posibilidad de dar a conocer las preocupaciones restantes y encontrar soluciones aceptables en beneficio de los ciudadanos de la UE. Una gran mayoría de las cuestiones de cumplimiento analizadas con los Estados miembros en cuestión han desembocado en un acuerdo común.

Los buenos resultados de esta labor que exige importantes recursos han reducido las cargas administrativas para los ciudadanos que acceden a la asistencia sanitaria transfronteriza, han recortado más los sistemas de autorización previa y han logrado procedimientos más simples para ejercer los derechos básicos del paciente recogidos en la Directiva.

A 1 de junio de 2018, la fase de control de integridad ha finalizado, puesto que todos los procesos de infracción relacionados con esta fase se han cerrado, los controles de cumplimiento y los diálogos estructurados todavía están en marcha y un caso de infracción sigue abierto.

2. Datos sobre la movilidad de los pacientes

De conformidad con el artículo 20 de la Directiva, los Estados miembros notifican cada año la movilidad de sus pacientes en virtud de la Directiva 2011/24/UE. Estos informes abarcan la

¹⁸ Artículo 7, apartado 4, de la Directiva.

¹⁹ El artículo 4, apartado 2, letra d), de la Directiva requiere la existencia de un sistema de seguro de responsabilidad profesional o garantías similares que sean equivalentes o esencialmente comparables en cuanto a su finalidad.

asistencia sanitaria con o sin autorización previa, las solicitudes de información sobre asistencia sanitaria, la asistencia prestada, los reembolsos realizados y las razones por las que se reembolsó o no la asistencia sanitaria.

El presente informe aporta una perspectiva general muy completa de los datos recibidos en 2015, 2016 y 2017. Cabe destacar que los datos examinados a continuación también pueden incluir algunos casos de asistencia sanitaria reembolsada en virtud de los Reglamentos sobre coordinación de la seguridad social²⁰. Esto se debe a que no todos los Estados miembros pueden mantener una separación estricta entre los datos sobre reembolsos de asistencia sanitaria en virtud de la Directiva 2011/24/UE y del Reglamento (CE) n.º 883/2004 o de los acuerdos transfronterizos bilaterales.

Los datos presentados a continuación cubren informes sobre movilidad durante tres años (2015-2017) pero el número de países no es igual en cada año. En 2015, se recibieron datos de veintitrés Estados miembros y Noruega; en 2016, de los veintiocho Estados miembros junto con Noruega e Islandia; y en 2017, de veintiséis Estados miembros. Cabe destacar que, puesto que no todos los Estados miembros pudieron aportar la información sobre cada cuestión cada año, las cifras de referencia de los informes no son idénticas para todas las cuestiones.

2.1. Movilidad de los pacientes con autorización previa

Tal como se ha mencionado anteriormente (véase el capítulo 1.2.1., letra b), la Directiva permite, bajo determinadas condiciones, que los Estados miembros establezcan un sistema de autorización previa (AP). Los datos agregados notificados por los Estados miembros sobre el número de solicitudes de AP en 2015, 2016 y 2017 muestran que estas solicitudes, en general, son escasas. Sin embargo, desde 2015 se observa un aumento constante, con más del doble de solicitudes de AP realizadas y autorizadas en 2017 con respecto a 2015 en los Estados miembros²¹.

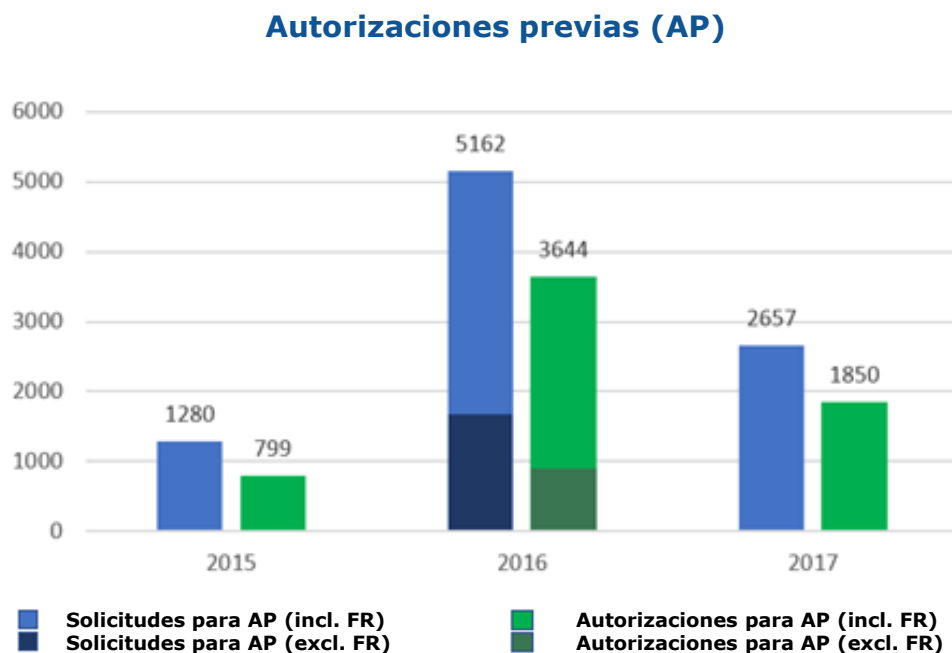
Sobre la base de los datos notificados respecto a la asistencia transfronteriza programada en virtud de los Reglamentos, en 2015, los Estados miembros emitieron aproximadamente 55 000 autorizaciones²² para tratamientos programados en el extranjero. Si se compara esta cifra con el número de AP notificadas para asistencia sanitaria transfronteriza en virtud de la Directiva en 2016 (siendo este el año más comparable), se puede estimar que la asistencia transfronteriza con AP en virtud de la Directiva asciende aproximadamente al 6 % de los tratamientos autorizados en otro Estado miembro. Sin embargo, esta estimación debería interpretarse con precaución porque, tal como se menciona arriba, no todos los Estados miembros pueden separar completamente las solicitudes realizadas en virtud de la Directiva de las que se hicieron en virtud de los Reglamentos.

²⁰ Véase la nota al pie 2.

²¹ Cabe señalar que Francia solo pudo aportar datos sobre la asistencia sanitaria sujeta a la AP en 2016. En este sentido, el gráfico 2 debería interpretarse teniendo en cuenta que en 2016 Francia contabilizó 3 510 de las 5 162 solicitudes de AP y 2 579 de las 3 644 autorizaciones de AP. Los datos que excluyen a Francia se representan en un tono más oscuro en la parte inferior de la columna.

²² <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1154&langId=en>

Gráfico 1: Solicitudes de autorización previa y autorizaciones



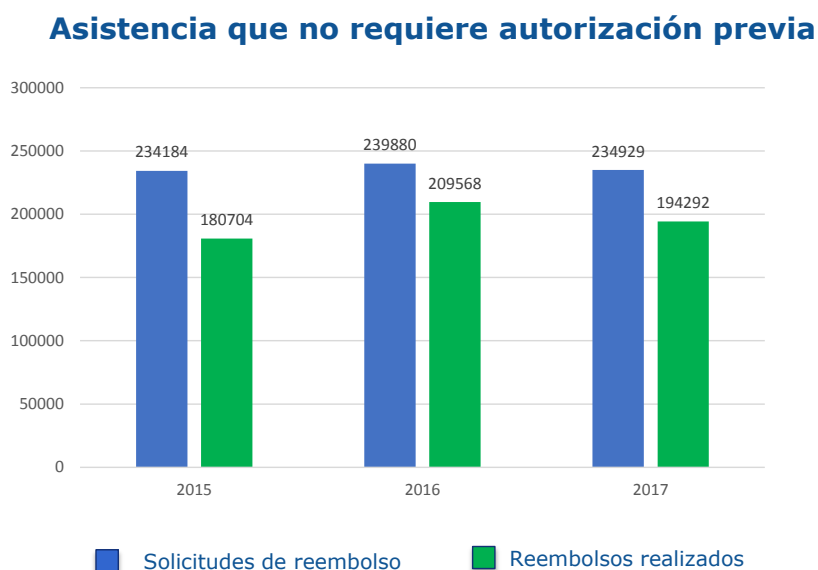
2.2. Movilidad de los pacientes que no requiere autorización previa

El número total de solicitudes de reembolso fue relativamente reducido en los tres años en proporción a toda la asistencia a pacientes, pero se ha mantenido muy estable. En 2015, el número total de solicitudes concedidas ascendió a 180 704 en 19 Estados miembros junto con Noruega; en 2016, el número de solicitudes concedidas en 22 Estados miembros llegó a 209 568; y en 2017, el número total de solicitudes concedidas fue de 194 292 en 20 Estados miembros. Tras ajustar el número de países que notifican datos, esto muestra que el uso de los derechos de los ciudadanos de la UE otorgados en virtud de la Directiva no experimentó ningún aumento o reducción significativo durante los tres años del período considerado.

En el caso del Reglamento (CE) n.º 883/2004, la asistencia sanitaria transfronteriza no programada se suele reembolsar entre Estados miembros una vez recibida la solicitud del Estado miembro del tratamiento. En 2015, los Estados miembros emitieron unos dos millones de estas solicitudes, mientras que los reembolsos para tratamientos transfronterizos en virtud de la Directiva que no exigían AP solo ascendieron a algo más de 180 000. Por consiguiente, parece que las oportunidades que ofrece el Reglamento (CE) n.º 883/2004 en el marco de la tarjeta sanitaria europea se utilizan más que las de la Directiva. Es comprensible puesto que en muchos casos el nivel de reembolso en el marco de los Reglamentos será más elevado²³ que en el de la Directiva y los Estados miembros deben garantizar que los ciudadanos conocen la vía más adecuada para la reclamación.

²³ En virtud de la Directiva, el reembolso suele equivaler a la tarifa que se habría aplicado en el país en que se está asegurado, mientras que en el marco de los Reglamentos equivale a la tarifa de gasto del país de tratamiento.

Gráfico 2: Solicitudes de reembolso sin autorización previa



2.3. Repercusiones financieras de la movilidad de pacientes

Respecto a la dimensión financiera de la movilidad de los pacientes, el año 2016 (que muestra los datos más completos) puede tomarse como ejemplo del nivel de reembolso por asistencia sanitaria en virtud de la Directiva. Según las respuestas de los Estados miembros, en 2016 se gastaron aproximadamente 65 000 000 EUR en todos los países de la UE de manera colectiva en asistencia con y sin AP. Teniendo en cuenta que el informe de la OCDE [Panorama de la Salud](#)²⁴ de 2017 estima que en los países de la UE se gasta de media en asistencia sanitaria el 10 % del PIB y que [Eurostat](#)²⁵ notificó que el PIB de la UE en 2017 fue de 15,3 billones EUR, se calcula que el gasto en la UE en asistencia sanitaria transfronteriza incurrido en virtud de la Directiva es del 0,004 % del presupuesto anual en asistencia sanitaria de toda la UE. Naturalmente, estas son cifras muy esquemáticas, pero cuando se observan junto con las cifras de los gastos de la asistencia sanitaria transfronteriza en el marco del Reglamento (que ascienden a 0,1 %, aproximadamente), queda claro que la gran mayoría de presupuestos de asistencia sanitaria se consumen a escala nacional. Puesto que las cifras son moderadas y durante los años se han mantenido estables, la repercusión de los pacientes que quieren acceder a la asistencia sanitaria transfronteriza en los presupuestos sanitarios nacionales es marginal. Esto es cierto en todos los países, independientemente de si introdujeron la autorización previa o no.

²⁴ https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017/health-expenditure-in-relation-to-gdp_health_glance-2017-45-en

²⁵ <http://ec.europa.eu/eurostat/tgm/refreshTableAction.do?jsessionid=9ea7d07e30dd3bf0a52b9a8a474c872db039e243c026.e34OaN8Pc3mMc40Lc3aMaNyTa3eQe0?tab=table&plugin=1&pcode=tec00001&language=en>

2.4. Dirección de la movilidad de los pacientes

Si se observan los flujos de pacientes que viajan por motivos sanitarios tras recibir la autorización previa, el mayor flujo fue de Francia a España. En los casos en que la autorización no era necesaria, el mayor flujo fue de Francia a Alemania. Estos patrones identificados no han cambiado de manera significativa de 2015 a 2017.

El mapa de flujos 1 del anexo B representa los flujos acumulados entre 2015, 2016 y 2017 para tratamientos que exigían autorización previa²⁶. Los mapas de flujos, así como los datos brutos, muestran claramente que la mayoría de los pacientes viajan de Francia a otros países, y que la movilidad de pacientes más frecuente es de Francia a España y de Francia a Alemania. En 2015 y 2017, que Francia no pudo aportar datos sobre movilidad de pacientes con AP, los casos más habituales de movilidad de pacientes fueron de Luxemburgo a Alemania y de Irlanda a Reino Unido.

El mapa de flujos 2 del anexo B representa los flujos acumulados entre 2015, 2016 y 2017 para tratamientos que no exigían autorización previa. De nuevo, surge un patrón claro que muestra que Francia cuenta con el mayor número de pacientes que viajan para recibir asistencia sanitaria, y los tres países más habituales para ello son España, Portugal y Bélgica en los tres años. Después de los pacientes que viajan desde Francia, el siguiente caso de movilidad de pacientes más frecuente es el de los pacientes que viajan de Dinamarca a Alemania; seguidos de Polonia a la República Checa y de Noruega a España. Resulta interesante observar que los datos adicionales de Dinamarca indican que la mayor parte de esta movilidad de pacientes es para recibir asistencia dental.

Se observan dos tendencias significativas en los datos sobre la dirección de los flujos de pacientes, tanto si es movilidad con AP como sin ella. La primera es que durante los últimos tres años la mayor parte de la movilidad de pacientes ha sido entre países vecinos. Esto sugiere que, en general, los pacientes prefieren recibir asistencia sanitaria cerca de su casa si es posible y, que si escogen viajar, prefieren hacerlo a un país vecino. La segunda tendencia se observa en el patrón general de los mapas de flujos del anexo. Mientras que la mitad de la movilidad de pacientes la representan los movimientos de Francia a sus países vecinos, la otra mitad del flujo la componen pequeños grupos de pacientes que viajan por la UE para recibir asistencia –tanto a países vecinos como a países más alejados. Esto sugiere que mientras el 50 % de la movilidad de pacientes puede estar impulsada por cuestiones de proximidad y, quizás también colaboraciones entre médicos en regiones fronterizas, una parte muy importante puede reflejar la voluntad de los pacientes de recibir asistencia sanitaria en un lugar de su elección. Esta elección puede estar motivada por el deseo de volver a «casa» al país de nacimiento para recibir asistencia sanitaria, o acercarse a un familiar a un lugar en que un miembro de la familia pueda cuidarle, o puede estar motivada por la voluntad de encontrar conocimientos especializados que no están disponibles en su país de origen.

²⁶ No obstante, cabe recordar que el flujo de Francia a otros Estados miembros se aplica solo a los datos de 2016, puesto que Francia no pudo aportar datos en 2015 y 2017.

3. Información para pacientes

Es importante que los pacientes y las familias que necesitan o quieren una asistencia sanitaria transfronteriza tengan fácil acceso a la información al respecto. Los puntos nacionales de contacto desempeñan un papel fundamental a este respecto, ya que proporcionan información a los ciudadanos que la solicitan y, de manera más general, conciencian sobre los derechos de los pacientes y responden a las necesidades informativas.

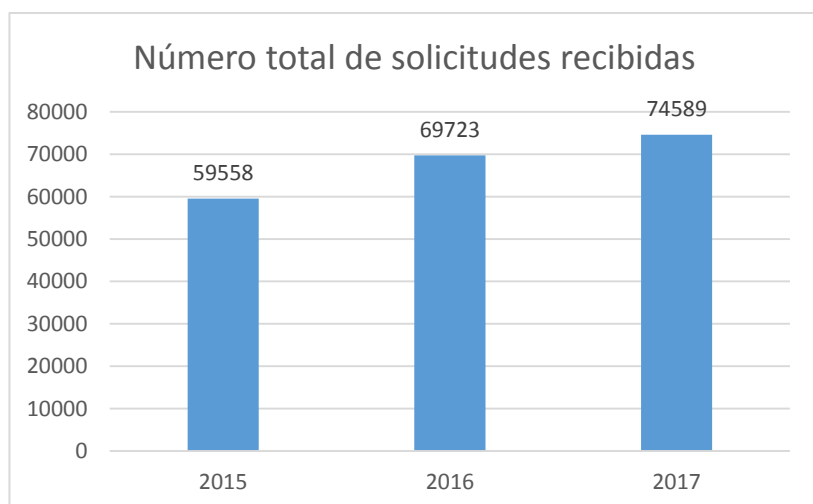
3.1. Datos de los Estados miembros sobre solicitudes de información recibidas por los puntos nacionales de contacto

En 2017, se recibió un total de 74 589 consultas en 22 Estados miembros y Noruega, lo cual muestra un uso muy similar de los puntos nacionales de contacto al que se notificó en 2016, año en que se contabilizó un total de 69 723 consultas en 28 Estados miembros y Noruega, y en 2015, año en que se recibió un total de 59 558 consultas en diecinueve Estados miembros.

Teniendo en cuenta la variación del número de Estados miembros que proporcionaron información sobre el número de consultas recibido y considerando la variación limitada de la distribución de las consultas (en los tres años el número total de consultas predominó en Polonia y Lituania, que juntos contaron con más del 50 % de todas las peticiones de información en todos los Estados miembros), se han observado pocos cambios en el nivel de consultas de los ciudadanos sobre el acceso a la asistencia sanitaria transfronteriza.

Sin embargo, el hecho de que haya habido un aumento lento pero constante del número de ciudadanos que viaja para recibir asistencia sugiere que el incremento de información disponible en los sitios web de los puntos nacionales de contacto ha reducido el número de consultas que los pacientes hacían a dichos puntos. Del mismo modo, puesto que los médicos poseen más conocimientos sobre el sistema, proporcionan información directamente a los pacientes.

Gráfico 3: Solicitudes de información formuladas a los puntos nacionales de contacto



3.2. Mejora de la información para los pacientes y necesidades informativas para las personas con discapacidad

Un estudio reciente de la Comisión sobre la información prestada a los pacientes²⁷ muestra que la información detallada sobre los derechos de los pacientes en los sitios web de los puntos nacionales de contacto es, por lo general, escasa, incluso la información sobre qué hacer en el caso de dilaciones indebidas. La información sobre procedimientos de reclamación y solución de conflictos también era insuficiente, así como la información sobre el período necesario para procesar los reembolsos y las solicitudes de autorización previa. La información variaba también con respecto a qué tratamientos son reembolsables. Los resultados indican que, aunque la prestación de información a través de los sitios web de los puntos nacionales de contacto era apropiada en muchas categorías, sigue siendo necesario mejorar dichos sitios web.

La Directiva insta a los puntos nacionales de contacto a que proporcionen a los pacientes y los profesionales sanitarios información sobre la accesibilidad a los hospitales para las personas con discapacidad [artículo 4, apartado 2, letra a)]. Debería ponerse a disposición del público información a través de medios electrónicos y en formatos accesibles a las personas con discapacidad (artículo 6, apartado 5) y es posible que deban tenerse en cuenta los costes adicionales para las personas con discapacidad (artículo 7, apartado 4). Una reciente encuesta a pequeña escala de la IF SBH²⁸ relacionada sobre todo con un Estado miembro (Dinamarca) descubrió que una abrumadora mayoría de encuestados ni siquiera sabía de la existencia de los puntos nacionales de contacto. No obstante, las pocas personas que ejercieron sus derechos en virtud de la Directiva se mostraron, en gran parte, satisfechas, sus gastos se cubrieron total o parcialmente y consideraban utilizar el mecanismo otra vez. Esto refleja los resultados del último [informe de la Comisión](#)²⁹ y plasma sus anteriores conclusiones sobre que el conocimiento de la existencia de la Directiva entre los grupos encuestados sigue siendo escaso.

3.3. Interacción con los Reglamentos de coordinación de la seguridad social

La diferencia principal entre la Directiva y los Reglamentos con respecto a los derechos de reembolso es que en virtud de los Reglamentos, los pacientes tienen derecho a la asistencia sanitaria en el extranjero como si estuviesen asegurados en el marco del sistema de seguridad social del Estado miembro de tratamiento. En virtud de la Directiva, se les reembolsa por el tratamiento en el extranjero como si el tratamiento se hubiese recibido en sus países de origen (Estado miembro de afiliación). Sin embargo, tal como explica el Considerando 46 de la Directiva, en algunos casos, deben efectuarse las prestaciones conforme a los Reglamentos, salvo si el paciente solicita otra cosa.

De acuerdo con una encuesta de los puntos nacionales de contacto, una serie de Estados miembros³⁰ sigue mostrando su preocupación con respecto a la comunicación de las

²⁷ https://ec.europa.eu/health/cross_border_care/key_documents_en

²⁸ IF SBH (International Federation for Spina Bifida and Hydrocephalus) y EDF (Foro Europeo de la Discapacidad), [«Impact of Cross-border Healthcare on Persons with Disabilities and Chronic Conditions» \(Impacto de la asistencia sanitaria transfronteriza en las personas con discapacidad y enfermedades crónicas\)](#), 2017

²⁹ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/cross_border_care/docs/2015_operation_report_dir201124eu_es.pdf

³⁰ Catorce de treinta y siete miembros del personal de puntos nacionales de contacto admitieron en 2017 tener dificultades a la hora de comunicar al paciente la relación de la Directiva con los Reglamentos.

complejidades de la actual situación jurídica. Algo menos de la mitad de los sitios web de los puntos nacionales de contacto aporta información sobre ambas normativas. Se ha formado a expertos nacionales para explicar las dos vías, primero, mediante la [Conferencia de octubre de 2016](#)³¹ relativa a la concienciación sobre los derechos en virtud de la Directiva y, segundo, mediante el taller de desarrollo de capacidades del punto nacional de contacto el 8 de marzo de 2018, ambos organizados por la Comisión. Mediante el uso del conjunto de herramientas divulgado en el taller, todos los puntos nacionales de contacto deberían poder explicar la diferencia entre las dos vías jurídicas a través de sus sitios web y acercarlas a los pacientes de manera proactiva.

4. Cooperación entre sistemas sanitarios

4.1. Evaluación de las tecnologías sanitarias

La evaluación de las tecnologías sanitarias (ETS) es una parte importante de la toma de decisiones con base empírica sobre sanidad en los países de la UE. La mayoría de los Estados miembros [notifico](#)³² que contaba con un sistema nacional de ETS para medicamentos (veintiséis Estados miembros y Noruega) o dispositivos médicos (veinte Estados miembros y Noruega)³³.

Actualmente la cooperación de la UE en relación con la ETS tiene dos componentes principales. En primer lugar, la [red de ETS](#)³⁴ que conecta a las autoridades u organismos nacionales responsables de la ETS. Las normas relativas a la red de ETS previstas en el artículo 15 de la Directiva se establecen en la Decisión de ejecución 2013/329/UE de la Comisión³⁵. La red aporta directrices estratégicas y orientación política para la cooperación técnica y científica. Además de intercambiar información sobre evoluciones importantes de las políticas en el ámbito de la ETS, durante los últimos tres años la red de ETS ha elaborado documentos normativos importantes, como «Added Value of the European Cooperation in the Joint HTA of Medical Devices» (Valor añadido de la cooperación europea en la ETS conjunta de dispositivos médicos) de octubre de 2015 y «Reflection Paper on Synergies between Regulatory and HTA issues» (Documento de reflexión sobre sinergias entre cuestiones reglamentarias y de ETS) de noviembre de 2016. Asimismo, en su [Programa de trabajo plurianual 2016-2020](#)³⁶ están planificados una serie de documentos estratégicos.

El segundo componente, y además complementario, es la cooperación técnica y científica representada por las [acciones conjuntas EUnetHTA](#)³⁷. La acción conjunta actual, EUnetHTA 3, se inició en junio de 2016, finaliza en 2020 e incluye más de 80 socios, organismos de ETS

³¹ https://ec.europa.eu/health/cross_border_care/events/ev_20161024_en

³² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/technology_assessment/docs/2018_mapping_npc_en.pdf

³³ Mapping of HTA national organisations programmes and processes in EU and Norway (Cartografía de los procesos y programas de organizaciones nacionales de ETS en la UE y Noruega), 2017, n.º de contrato 17010402/2016/734820, ISBN: 978-92-79-77080-7

³⁴ https://ec.europa.eu/health/technology_assessment/policy/network_en

³⁵ Decisión de ejecución 2013/329/UE de la Comisión, de 26 de junio de 2013, que establece las normas sobre el establecimiento,

la gestión y el funcionamiento transparente de la red de autoridades u organismos nacionales responsables de la evaluación de las tecnologías sanitarias (DO L 175, 27.6.2013, p. 71).

³⁶ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/technology_assessment/docs/2016_2020_pgmnetwork_en.pdf

³⁷ <https://www.eunetha.eu/#tab-3-tab>

pertinentes que realizan evaluaciones y organizaciones no lucrativas que contribuyen a la ETS en Europa.

En respuesta a las peticiones del Consejo y el Parlamento Europeo para garantizar la sostenibilidad de la cooperación de la UE en materia de ETS más allá de 2020, la Comisión inició un amplio proceso de reflexión, que incluía consultas a las partes interesadas y evaluaciones de impacto de conformidad con el Programa de Mejora de la Legislación de la Comisión³⁸. Este proceso de reflexión terminó con la adopción de la Comisión de una [propuesta legislativa](#)³⁹ el 31 de enero de 2018. La propuesta pretende desarrollar la cooperación respecto a ETS basada en un proyecto en curso y abordar determinadas deficiencias detectadas en el proceso de reflexión. La legislación propuesta apunta a garantizar un mejor funcionamiento del mercado interior, al tiempo que contribuye a un elevado nivel de protección de la salud humana. Se espera que la cooperación en ETS después de 2020 de conformidad con la propuesta contribuya a poner a disposición de los pacientes de Europa tecnologías sanitarias innovadoras, a hacer un mejor uso de los recursos disponibles y a mejorar la predictibilidad del sector. La propuesta establece un marco de apoyo y procedimientos para la cooperación en materia de ETS a escala de la Unión y normas comunes para las evaluaciones clínicas de las tecnologías sanitarias. En particular, incluye trabajo conjunto sobre evaluaciones clínicas, consultas científicas conjuntas y tecnologías sanitarias emergentes.

La propuesta se envió al Consejo y al Parlamento Europeo.

4.2. Sanidad electrónica

La red de sanidad electrónica es una red voluntaria compuesta por autoridades nacionales responsables de la sanidad electrónica que trabaja para conseguir aplicaciones interoperables y mejorar la continuidad de la asistencia y el acceso a esta⁴⁰.

La labor de la red de sanidad electrónica desempeña un papel importante a la hora de superar los desafíos jurídicos, organizativos, técnicos y de interoperabilidad semántica en el contexto del intercambio transfronterizo de datos personales sobre sanidad. La red estableció las bases de la infraestructura de servicios digitales de sanidad electrónica (eHDSI), un sistema informático financiado por el Mecanismo «Conectar Europa»⁴¹ y los Estados miembros, y adoptó las

38

https://ec.europa.eu/health/technology_assessment/eu_cooperation_enhttps://ec.europa.eu/health/technology_assessment/eu_cooperation_es

³⁹ Propuesta de REGLAMENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE, COM(2018)51 final, 31.01.2018.

https://ec.europa.eu/health/technology_assessment/eu_cooperation_es

⁴⁰ 2011/890/UE: Decisión de Ejecución de la Comisión, de 22 de diciembre de 2011, por la que se establecen las normas del establecimiento, gestión y funcionamiento de la red de autoridades nacionales responsables en materia de salud electrónica

⁴¹ Reglamento (UE) n.º 1316/2013 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2013, por el que se crea el Mecanismo «Conectar Europa», se modifica el Reglamento (UE) n.º 913/2010 y se derogan los Reglamentos (CE) n.º 680/2007 y (CE) n.º 67/2010 (DO L 348 de 20.12.2013, p. 129).

directrices sobre los historiales de los pacientes (noviembre de 2013)⁴² y sobre la recetas electrónicas (noviembre de 2014)⁴³.

En el marco de la infraestructura eHDSI, la primera ola de intercambios transfronterizos voluntarios de historiales de pacientes y de recetas electrónicas empezará en unos pocos países pioneros a finales de 2018; se prevé que para 2020 participen unos veinte Estados miembros. Hasta el momento, dieciséis Estados miembros han recibido 10,6 millones EUR de la financiación del Mecanismo «Conectar Europa» (MCE) para realizar las preparaciones técnicas necesarias para este intercambio transfronterizo. Se efectuó una convocatoria adicional en 2018 que permitía a más Estados miembros participar en la eHDSI.

El 25 de abril de 2018, la Comisión adoptó una Comunicación, que, entre otras cosas, pretende garantizar una gobernanza adecuada de la eHDSI y de su base financiera, y mejorar la interoperabilidad de los datos de los pacientes y el acceso por parte del ciudadano⁴⁴. La intención es revisar la gestión y el funcionamiento de la red de sanidad electrónica para aclarar su función en la gobernanza de la infraestructura de servicios digitales de sanidad electrónica y sus requisitos operativos.

4.3. Redes europeas de referencia

Las redes europeas de referencia (RER) son redes virtuales, voluntarias y transfronterizas que reúnen a proveedores sanitarios de toda Europa. Su objetivo es ayudar a diagnosticar y tratar a pacientes que padecen enfermedades raras, complejas y de escasa prevalencia, que requieren asistencia sanitaria muy especializada y una concentración de conocimientos y recursos.

Desde el último informe, los Estados miembros del consejo de las RER han aprobado veinticuatro redes temáticas que se presentaron en marzo de 2017 en Vilna en la tercera conferencia de las RER. Las redes reúnen más de novecientas unidades de asistencia sanitaria muy especializada situadas en unos trescientos hospitales de veinticinco Estados miembros (más Noruega). El principio clave las RER es dejar que viaje el conocimiento y no el paciente. Los pacientes no tienen acceso directo a las RER; en su lugar, los proveedores sanitarios derivan a los pacientes a la red pertinente, con su consentimiento y de acuerdo con las normas de los sistemas sanitarios nacionales.

Su actividad clínica empezó en noviembre de 2017, cuando la plataforma informática específica, el sistema de gestión clínica de pacientes, empezó a funcionar y permitió que se formaran los primeros grupos de trabajo virtuales sobre casos de pacientes. Los grupos de trabajo virtuales se reúnen para revisar el diagnóstico y tratamiento de un paciente y están formados por especialistas médicos de diferentes centros especializados de la UE. En junio de 2018, se habían abierto 165 grupos de trabajo Su número aumenta día a día, y los primeros pacientes ya se están beneficiando directamente.

⁴² https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/ev_20161121_co10_en.pdf

⁴³ https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/ehealth/docs/eprescription_guidelines_en.pdf

⁴⁴ Comunicación relativa a la consecución de la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales en el Mercado Único Digital, la capacitación de los ciudadanos y la creación de una sociedad más saludable, COM(2018) 233 final, 25.4.2018.

4.4. Reconocimiento de recetas

La Comisión aprobó la⁴⁵ Directiva de ejecución 2012/52/UE⁴⁶ para dar curso al reconocimiento mutuo de recetas médicas. Se iniciaron veintiún procedimientos de infracción por no comunicar las medidas nacionales de transposición. Todos están cerrados sobre la base de la transposición posterior por parte de los Estados miembros.

4.5. Establecimiento y creación de cooperación transfronteriza y regional

La Comisión debe animar a los Estados miembros a que cooperen en la prestación transfronteriza de asistencia sanitaria en las regiones fronterizas⁴⁷. Esto debe considerarse una oportunidad para mejorar el acceso a la asistencia de los pacientes, para aprovechar las economías de escala y para utilizar los recursos de manera eficiente. En la [Comunicación «Impulsar el crecimiento y la cohesión en las regiones fronterizas de la UE»](#)⁴⁸, la Comisión destaca las formas en que Europa puede reducir la complejidad, la duración y los costes de la interacción transfronteriza y promover la combinación de servicios en las fronteras interiores. La Comunicación propone una serie de acciones para mejorar la situación competitiva de las regiones fronterizas mostrando prácticas que han tenido éxito. A finales de 2018, la Comisión tiene previsto organizar un evento estratégico centrado en la asistencia sanitaria con partes interesadas de regiones fronterizas para analizar vías para seguir desarrollando el intercambio de información y las buenas prácticas en la Unión.

En el Consejo de Ministros informal de 2015, los Estados miembros pidieron a la Comisión que preparar un estudio para cartografiar la cooperación transfronteriza. [El consiguiente estudio](#)⁴⁹ aporta una visión de los proyectos financiados por la UE ejecutados en el período comprendido entre 2007 y 2017 y muestra que los factores geográficos y socioculturales siguen siendo decisivos para los responsables políticos a la hora de establecer y mantener iniciativas de cooperación transfronteriza. De las más de cuatrocientas iniciativas analizadas durante el ejercicio de cartografía, la gran mayoría tuvo lugar entre países con tradiciones de estado del bienestar similares y se trataban de intercambios de conocimientos y gestión, tratamiento y diagnóstico compartidos de pacientes. Existen varios escenarios para desarrollar la cooperación, siendo uno de los más realistas el que construye redes regionales dirigidas a abordar necesidades locales y regionales, tal como ya indicaban estudios anteriores⁵⁰. El anexo A aporta una lista detallada de otros estudios que respaldan la correcta aplicación.

⁴⁵ De acuerdo con el artículo 11, apartado 2, letras a), c) y d) de la Directiva.

⁴⁶ Directiva de Ejecución 2012/52/UE de la Comisión, de 20 de diciembre de 2012, por la que se establecen medidas para facilitar el reconocimiento de las recetas médicas expedidas en otro Estado miembro (DO L 356 de 22.12.2012, p. 68).

⁴⁷ Artículo 10, apartado 3, de la Directiva.

⁴⁸ COM(2017) 534 final.

⁴⁹ [«Study on Cross-Border Cooperation: Capitalising on existing initiatives for cooperation in cross-border regions» \(Estudio sobre la cooperación transfronteriza: aprovechamiento de las iniciativas existentes para la cooperación en regiones transfronterizas\)](#), Gesundheit Österreich Forschungs und Planungs GmbH, SOGETI, Maastricht University, 2017

⁵⁰ Véanse los estudios de la Secretaría General de la Unión Benelux, por ejemplo [«Barriers and Opportunities in the Benelux»](#) (Obstáculos y oportunidades en el Benelux), febrero de 2018.

5. Poderes delegados

De acuerdo con el artículo 17 de la Directiva, los poderes para adoptar los actos delegados a que se refiere dicho artículo se otorgarán a la Comisión por un período de cinco años desde su fecha de entrada en vigor. Exige a la Comisión que prepare un informe respecto a los poderes delegados.

En el marco del reconocimiento mutuo de recetas entre Estados miembro, el artículo 11, apartado 5, faculta a la Comisión para adoptar, mediante actos delegados, medidas para excluir categorías específicas de medicamentos o productos sanitarios del reconocimiento de las recetas, cuando sea necesario para proteger la salud pública. Los Estados miembros acordaron que no es necesaria ninguna exclusión, por lo tanto, la Comisión no ha hecho uso de poderes delegados⁵¹. Si en el futuro surgiese esta necesidad, debería abordarse rápidamente mediante un acto delegado.

La Comisión también está facultada, en virtud de la Directiva⁵², para adoptar, mediante actos delegados, una lista de los criterios y condiciones específicos que habrán de cumplir las redes europeas de referencia y las condiciones y los criterios exigidos a los prestadores de asistencia sanitaria que deseen ingresar en dichas redes. La Comisión trabajó en estrecha colaboración con los Estados miembros sobre el contenido del acto delegado antes de su adopción el 10 de marzo de 2014, para que entrara en vigor el 27 de mayo de 2014⁵³.

La Comisión considera que ha ejercido sus poderes delegados dentro de la competencia que le otorga la Directiva. Puesto que ni el Parlamento Europeo ni el Consejo revocaron la delegación de poderes otorgada por el artículo 11, apartado 5 y el artículo 12, apartado 5, estos se ampliaron automáticamente, de conformidad con el artículo 17, apartado 1, de la Directiva, por un período adicional de cinco años.

6. Conclusiones

La movilidad transfronteriza de pacientes en la UE muestra una leve tendencia al alza en los últimos tres años. Esto puede deberse, en parte, a la mejora progresiva en la información de los ciudadanos sobre la Directiva y, como posible consecuencia, a una mayor concienciación sobre los derechos de los pacientes. También puede deberse a la colaboración entre la Comisión y los Estados miembros respecto a su correcta aplicación y a la interacción entre la Directiva y los Reglamentos sobre la coordinación de la seguridad social, así como a la labor realizada con los puntos nacionales de contacto y las investigaciones por iniciativa propia de la Comisión (véase el capítulo 1).

Al mismo tiempo, se puede concluir que la Directiva ha mejorado la claridad y la seguridad jurídica para los pacientes nacionales y transfronterizos sobre sus derechos. La interpretación de la Directiva no se ha sometido a una revisión por parte del Tribunal de Justicia de la Unión Europea. Los controles de cumplimiento y los diálogos con los Estados miembros continuarán a lo largo del próximo período de notificación y se hará un mayor uso de los datos de movilidad.

⁵¹ Véanse más detalles en el informe de la Comisión sobre el funcionamiento de la Directiva publicado el 4 de septiembre de 2015 (COM(2015) 421 final).

⁵² Artículo 12, apartado 5, leído junto con el artículo 12, apartado 4, letra a).

⁵³ Decisión Delegada 2014/286/UE de la Comisión, de 10 de marzo de 2014, por la que se establecen los criterios y las condiciones que las redes europeas de referencia y los prestadores de asistencia sanitaria que deseen ingresar en las redes europeas de referencia deben cumplir (DO L 147 de 17.5.2014, p. 71).

Respecto a la estructura de cooperación voluntaria (sanidad electrónica, ETS, RER), la Directiva establece la base para que la Comisión y los Estados miembros mejoren la cooperación transfronteriza y la forma de encarar retos tecnológicos y sociales más amplios. Se está preparando una serie de avances respecto a estas nuevas perspectivas. En primer lugar, la Comisión ha hecho una [propuesta legislativa sobre evaluación de las tecnologías sanitarias](#) (véase el capítulo 4.1). En segundo lugar, en su Comunicación sobre la transformación digital de la sanidad y los servicios asistenciales, la Comisión presentó más medidas sobre sanidad electrónica (véase el capítulo 4.2). En último lugar, aunque no menos importante, el [inicio de las RER](#) marcó claramente un cambio importante para la prestación de asistencia sanitaria transfronteriza de calidad y accesible para los ciudadanos de la UE (véase el capítulo 4.3). Estas redes virtuales que reúnen a proveedores sanitarios de Europa para abordar enfermedades complejas o raras, para que sea el conocimiento médico el que viaje y no el paciente, son, en efecto, un ejemplo de buena práctica.

Ahora, tras cinco años de funcionamiento de la Directiva, se puede concluir que los flujos de pacientes transfronterizos muestran un patrón estable, sobre todo impulsado por la proximidad geográfica o cultural. En general, la movilidad de los pacientes y su dimensión financiera en la UE siguen siendo relativamente reducidos y la Directiva sobre asistencia sanitaria transfronteriza no ha provocado un gran impacto presupuestario en la sostenibilidad de los sistemas de salud.