

Los ingresos por prestación de servicios de asistencia sanitaria en el marco de los reglamentos comunitarios: impacto actual y potencial en la financiación del Sistema Nacional de Salud

JAVIER HERNÁNDEZ PASCUAL
Instituto de Estudios Fiscales

Recibido: Noviembre 2018
Aceptado: Noviembre 2018

Resumen

En el presente estudio se analizan las características y evolución reciente de la asistencia dispensada por el Sistema Nacional de Salud en el marco de los reglamentos europeos de coordinación desde la óptica de la generación de ingresos. Esta fuente de financiación ofrece importantes oportunidades de mejora que se exploran en el estudio que podrían generar en algunos Servicios de Salud autonómicos unos ingresos superiores al 5% del presupuesto de gastos. El tratamiento administrativo y presupuestario de esta fuente de ingresos es clave para la generación de los incentivos necesarios entre las instituciones implicadas.

Palabras clave: asistencia sanitaria internacional; financiación sanitaria; turismo sanitario.

Clasificación JEL: H75, I18, H27, H42.

Abstract

In this study we describe the characteristics and recent evolution of health services provision under UE regulation on the coordination of social security systems focusing on potential revenue for the National Health System (NHS). This source of revenue could be boosted significantly, with potential increases of up to 5% of the Expenditure Budget in certain Regional Health Services. Strategies to deliver this revenue rise are discussed in the paper. Furthermore, the budgetary and administrative schemes of this source of revenue are key for generating incentives for effective coordination among the different institutions involved.

Key words: Coordination of Public Health Care in the EU; Health Care Revenue Sources; International Trade in Health Services.

JEL Classification: H75, I18, H27, H42.

1. Introducción

Una parte de los servicios sanitarios producidos en la red de instituciones sanitarias del SNS se dispensa por cuenta de otros organismos europeos en el marco de los reglamentos de coordinación de los sistemas de seguridad social de la Unión Europea y de los convenios bilaterales de seguridad social suscritos por España. Los ingresos derivados de esta actividad,

junto con aquellos otros a cargo de entidades de seguro de accidentes laborales o de tráfico, constituyen una fuente de financiación no desdeñable para el SNS. El análisis de la dimensión actual y del potencial de crecimiento de esta fuente de ingresos resulta, por tanto, de interés en el contexto de la reforma de la financiación autonómica.

En el siguiente apartado se realiza una descripción de los ingresos derivados de la asistencia sanitaria prestada en el marco de los reglamentos comunitarios a partir de los datos de información del Informe estadístico anual del Instituto Nacional de la Seguridad Social; en el apartado tercero se examina el potencial de crecimiento futuro de esta fuente de ingresos; en el apartado cuarto se analiza el tratamiento presupuestario de los ingresos derivados de esta parte de la actividad sanitaria de los servicios regionales de salud desde la perspectiva de la generación de incentivos para alcanzar el potencial de esta fuente de financiación; en el último apartado se apuntan las conclusiones del estudio.

2. Análisis descriptivo de los ingresos por prestación de servicios sanitarios en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales de asistencia sanitaria

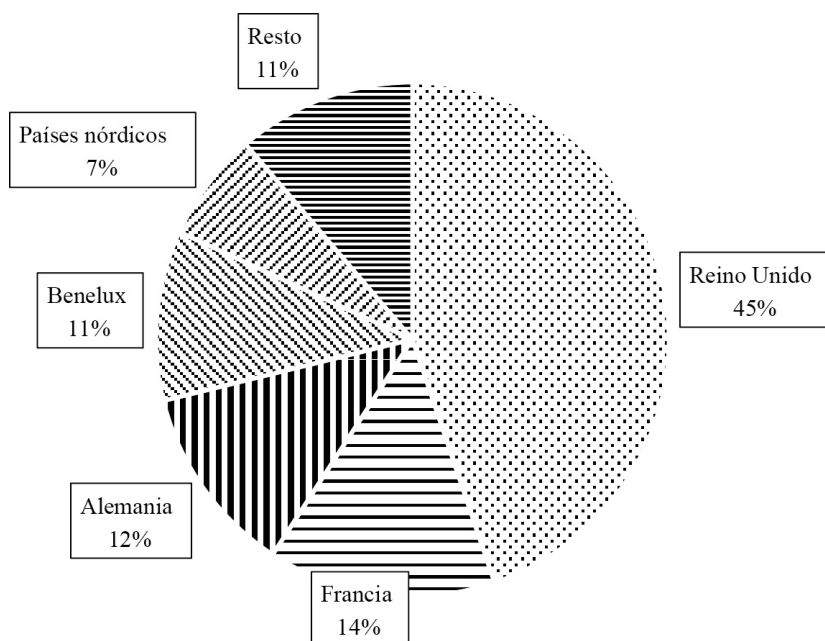
España coordina sus prestaciones de seguridad social con 38 países: en el marco de los reglamentos comunitarios con los otros 27 países de la UE, Suiza y los 3 países del EEE y a través de convenios bilaterales de seguridad social con capítulos específicos de asistencia sanitaria con otros 7 países; casi la totalidad de la asistencia sanitaria prestada, el 99,3%, se dispensa en el marco de los reglamentos comunitarios.

El valor de la asistencia sanitaria prestada en el marco de los reglamentos comunitarios y de los convenios bilaterales en 2017 fue de 674,7 millones de euros, equivalente al 1,15% de los presupuestos iniciales de los servicios de salud autonómicos; su distribución no es uniforme pues se concentra en unas pocas comunidades autónomas: la Comunidad Valenciana y Andalucía generaron el 54,6% de la facturación en 2016; si se suman la Comunidad Canaria, Cataluña y Baleares se llega al 79,1% del total facturado. Para las comunidades autónomas la carga económica de esta parte de su actividad asistencial es significativa: para tres comunidades autónomas supone más del 2% de su presupuesto de gastos (Valencia, 3,1%; Baleares, 2,62%; y Canarias, 2,46%) y en otras dos es superior al 1,5% (Murcia 1,79%; y Andalucía, 1,51%).

En los reglamentos comunitarios se distinguen dos modalidades de prestación de servicios bien diferenciadas: a) la asistencia sanitaria que se presta a las personas aseguradas en otro país durante una estancia temporal en España, que solo cubre determinados supuestos de necesidad inmediata de la atención sanitaria a la que se accede mediante la tarjeta sanitaria europea (TSE); y b) la asistencia por cuenta de un organismo asegurador extranjero a personas que residen habitualmente en territorio español, con una cobertura equiparable a la del conjunto de personas cubiertas por el SNS. Ambas modalidades se distinguen, además, en la forma en que se factura el importe de la asistencia al organismo asegurador extranjero: por el coste real de cada uno de los servicios prestados en el primer caso, o mediante el pago de una cuota fija mensual por persona asegurada en el segundo caso. La facturación por asistencia sanitaria a residentes habituales supone el 71% del total.

La distribución de la facturación de servicios sanitarios según el **país de origen** del asegurado está muy concentrada como se aprecia en el gráfico 1; esta concentración se explica por el hecho de que una parte importante de los residentes en España proceden de un reducido grupo de países; la facturación por servicios sanitarios dispensados durante estancias temporales en España se distribuye de manera algo más uniforme. La facturación al Reino Unido, Francia y Alemania representa el 71,2% del total; Reino Unido recibe el 49,8% del total de cargos emitidos por España por atención a residentes y el 32,6% de los cargos por servicios a desplazados temporales.

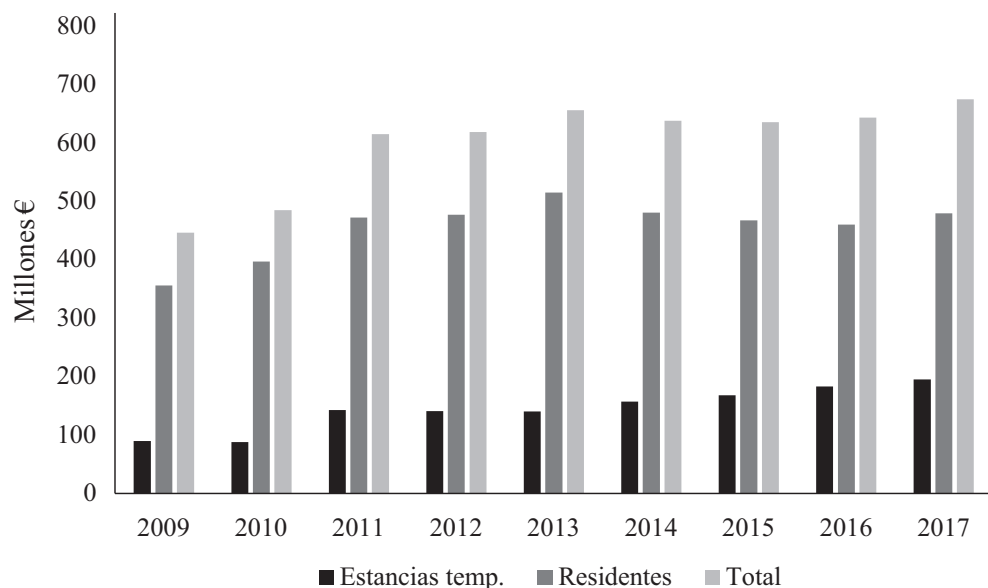
Gráfico 1
Distribución por países de la facturación por asistencia sanitaria en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales (2017)



Fuente: INSS, Informe estadístico.

La facturación de los servicios sanitarios a organismos aseguradores extranjeros viene creciendo de forma continuada desde 2009, como muestra el gráfico 2. El crecimiento de la facturación entre 2009 y 2017 fue del 51,2%; en esta evolución se pueden apreciar dos periodos con ritmos de crecimiento diferentes que se resumen en la tabla 1. La mayor parte del crecimiento, 37,9%, se produjo en el periodo 2009-2011; mientras que en los seis años siguientes el crecimiento ha sido del 13,3%. La evolución de la facturación por servicios sanitarios durante estancias temporales fue más uniforme, mientras que la correspondiente a cuotas globales está estancada desde 2011.

Gráfico 2
Facturación por asistencia sanitaria en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales, 2009-2017



Fuente: INSS, Informe estadístico.

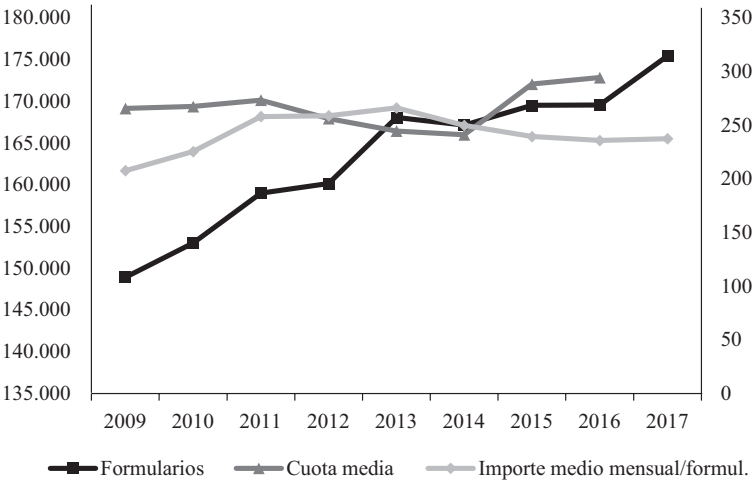
La facturación por asistencia sanitaria a **residentes** tan solo aumentó en un 1,6% en el período 2011-2017 y ello a pesar de que el número de personas protegidas aumentó de forma continuada durante el período. Dicha disminución se debe a la rebaja, entre 2011 y 2014, de la cuota mensual por asegurado consecuencia de la disminución del coste medio por persona en el SNS, si bien los efectos en la facturación se observan entre 2013 y 2016 debido al tiempo de tramitación de las cuotas por parte del organismo comunitario competente (gráfico 3).

Tabla 1
Variación en la facturación de servicios de asistencia sanitaria en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales 2009-2017

	2009-2011	2011-2017	Total
Gasto real	52.612.083	52.453.250	105.065.333
Cuotas globales	116.438.528	7.054.940	123.493.467
Total	169.050.611	59.508.190	228.558.801
Gasto real	11,8	11,8	23,6
Cuotas globales	26,1	1,6	27,7
Total	37,9	13,3	51,2

Fuente: INSS, Informe estadístico.

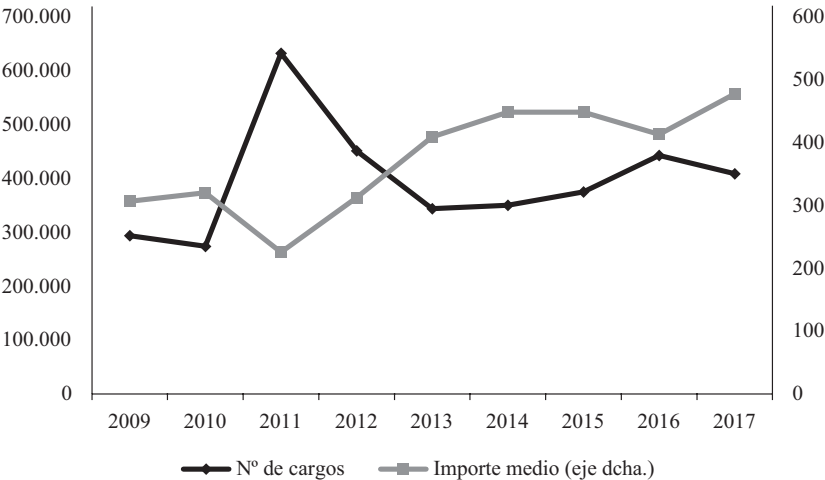
Gráfico 3
Facturación por la asistencia sanitaria a residentes habituales en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales, 2009-2017



Fuente: INSS, Informe estadístico.

El incremento en la facturación por asistencia sanitaria durante **estancias temporales** se debe tanto al incremento en el número de cargos como al importe medio facturado; ambos factores crecieron significativamente a lo largo del período (gráfico 4).

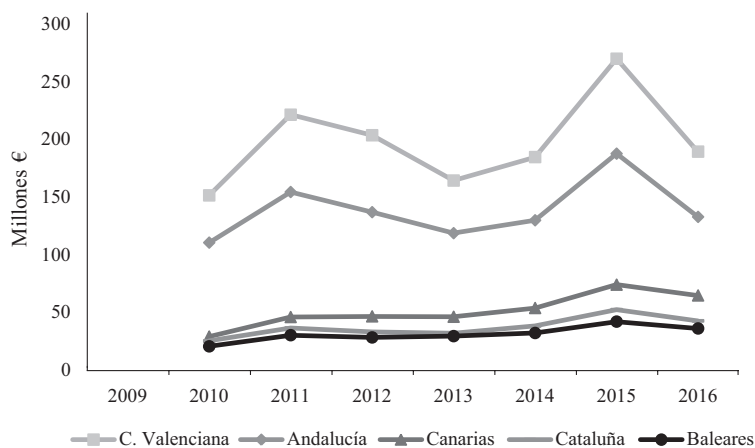
Gráfico 4
Facturación por asistencia sanitaria durante estancias temporales en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales, 2009-2017



Fuente: INSS, Informe estadístico.

El valor de los servicios sanitarios por cuenta de organismos aseguradores extranjeros se ha incrementado en todas las **comunidades autónomas** como se muestra en el gráfico 5, si bien la Comunidad Canaria ha logrado un mayor incremento en términos relativos.

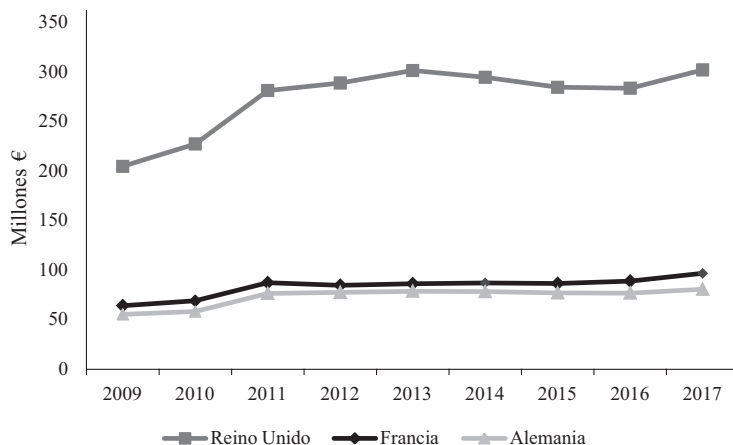
Gráfico 5
Facturación de servicios sanitarios en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales por Comunidades autónomas



Fuente: INSS, Sub. Gral. Gestión de las Prestaciones.

La evolución de los importes facturados a los organismos de seguridad social del Reino Unido, Alemania y Francia (71,2% de la facturación) presenta un perfil similar al del total, con crecimientos limitados desde 2011 (gráfico 6).

Gráfico 6
Facturación de servicios sanitarios en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales por país deudor



Fuente: INSS, Informe estadístico

3. Potencial de crecimiento de los ingresos por asistencia sanitaria por aplicación de reglamentos comunitarios y convenios bilaterales

Los estudios más detallados sobre el funcionamiento de los reglamentos de coordinación de la asistencia sanitaria (García de Cortázar) (Tribunal de Cuentas) coinciden en señalar un elevado potencial de mejora en la facturación. El incremento de la facturación podría derivar: a) del incremento en el número de personas jubiladas residentes en nuestro país por las que sus organismos de seguridad social de origen abonan cuotas a la Administración Española; b) del incremento en el volumen de servicios facturados durante estancias temporales; y c) del incremento de los precios aplicados a la asistencia prestada o de cambios en el procedimiento de facturación. Se examinan a continuación el potencial de estas posibilidades de mejora.

a) Incremento en los ingresos por atención sanitaria a residentes. En la tabla 2 se muestra cómo, a pesar de que el número de personas por las que los organismos de seguridad social extranjeros abonan cuotas globales (número de formularios) ha crecido desde 2009 en un 17,8%, la proporción que representa sobre el colectivo de residentes mayores de 65 años ha disminuido en más de 15 puntos porcentuales; la disminución de esta ratio ha sido menor para el conjunto Reino Unido, Alemania y Francia (72,5%) pasando del 78,4% en 2009 al 71,2% en 2017.

La reducción más significativa en la ratio de formularios/residentes es la del Reino Unido que pasó del 90,5% en 2009 al 71% en 2017. La evolución reciente de este colectivo se está viendo influida por la incertidumbre generada por el Brexit en relación con la aplicación del marco comunitario a la coordinación de la asistencia sanitaria (Cayón de las Cuevas), (The Economist).

Aplicando la ratio formularios/residentes de 2009 se obtendría un incremento del 23,4% lo que puede tomarse como aproximación a la recaudación potencial.

Tabla 2
Relación entre residentes > 65 años inscritos en los servicios de salud a efectos de asistencia sanitaria y residentes extranjeros de un país comunitario empadronados en España

	Residentes	Formularios	Proporc.
2009	184.763	148.936	80,6
2010	196.331	153.056	78,0
2011	208.019	159.020	76,4
2012	224.003	160.187	71,5
2013	236.759	168.106	71,0
2014	247.733	167.189	67,5
2015	256.728	169.543	66,0
2016	264.779	169.597	64,1
2017	268.569	175.463	65,3

Fuentes: INE Padrón M. a 1 de julio; INSS, Informe estadístico

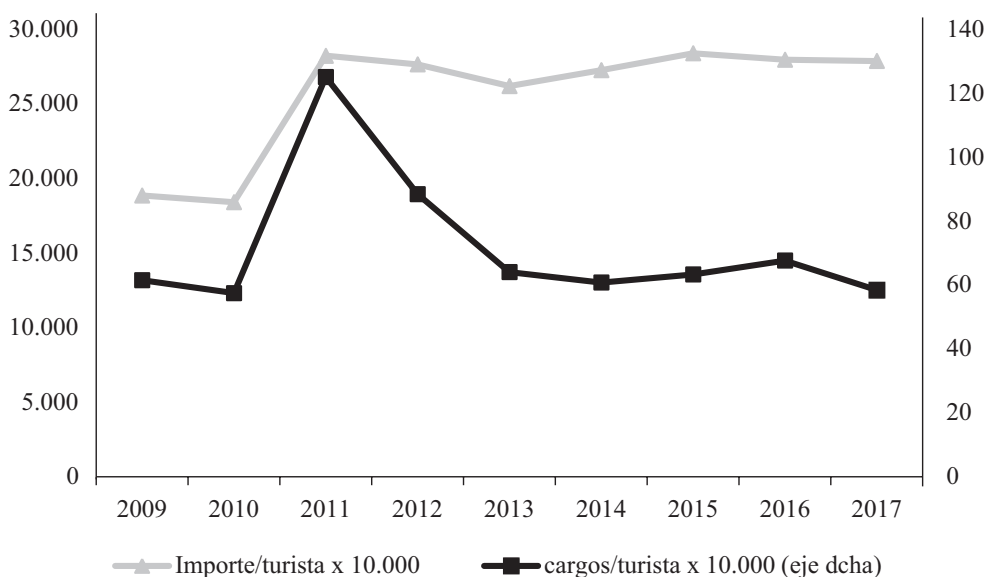
b) Mejora en la facturación. En la fiscalización realizada por el Tribunal de Cuentas en 2009 se constató un déficit de facturación en determinados servicios (farmacia, servicios de emergencia) equivalente al 8,9% del total facturado, así como una importante variabilidad en el volumen relativo de facturación entre los Servicios de Salud autonómicos.

El número de cargos facturados por diez mil turistas puede emplearse como indicador de la utilización de los servicios sanitarios públicos por los visitantes con origen otro país de la UE; si bien no puede apreciarse una tendencia definida en los últimos años, con oscilaciones que podrían deberse a variaciones administrativas en la compleja tramitación de los cargos, el dato de 2017 parece indicar una tendencia a la baja (gráfico 7). El número de cargos facturados en los últimos cinco años (2012-2017) ha experimentado un crecimiento del 20%, frente a un incremento del 30% en el número de turistas europeos.

El margen de incremento en la facturación por estancias temporales se puede estimar por comparación con el coste de la siniestralidad de un seguro estándar de asistencia en viaje cuyo valor de mercado oscila en torno a los 10 € (2).

El importe facturado por turista se mantiene estable en torno al 2,8 €/turista desde 2011. A pesar del importante crecimiento, entre 2009 y 2011, de casi el 50% el estancamiento posterior y la variabilidad de los datos de facturación entre comunidades autónomas (gráfico 8) apuntan a la persistencia de un cierto grado de infra facturación.

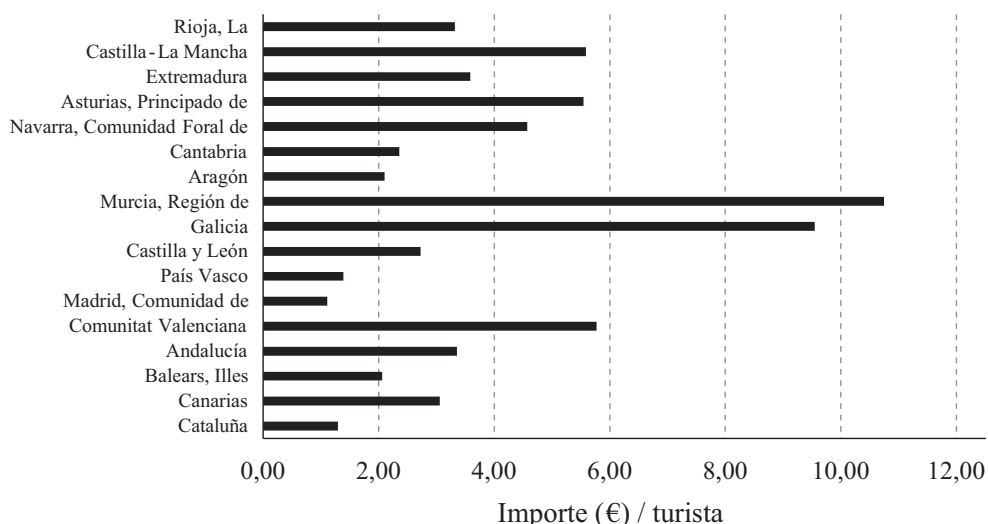
Gráfico 7
Facturación de servicios sanitarios durante estancias temporales



Fuentes: INSS, Informe estadístico; INE, Estadística de movimientos turísticos en frontera.

La variabilidad apuntada en el número de cargos por turista, si bien puede explicarse en parte por la duración de la estancia, para la que no se dispone de datos, resulta significativa si se comparan regiones con similares características geográficas como es el caso de las comunidades del litoral con mayor peso turístico. Otra posible causa explicativa de la variación puede ser la facturación por servicios a residentes que no han tramitado su inscripción en el Servicio de Salud para el pago por cuota global.

Gráfico 8
Facturación por servicios sanitarios durante estancias temporales (2016)



Fuentes: INSS, Informe estadístico; INE, Estadística de movimientos turísticos en frontera.

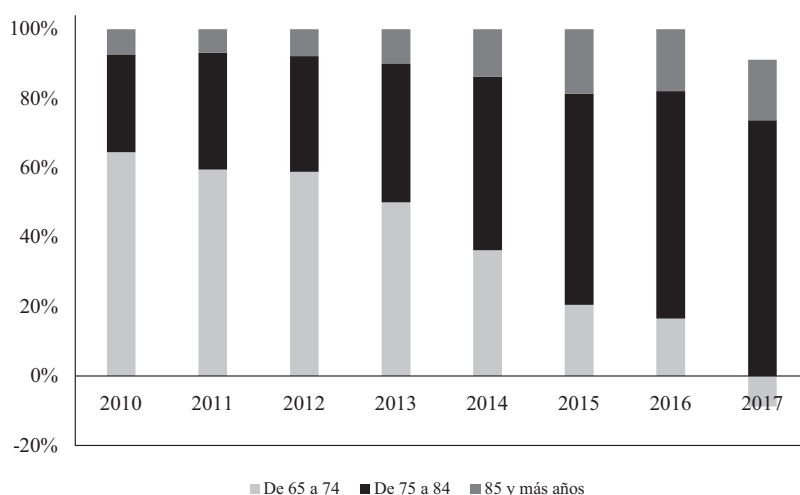
c) Suficiencia de los precios. El Tribunal de Cuentas en su informe de 2009 puso de manifiesto la gran variabilidad existente en las tarifas aplicadas a la facturación a terceros por los servicios de salud autonómicos al tiempo que proponía el establecimiento de una única tarifa de ámbito nacional (4). Desde 2009 el importe medio de los cargos se ha incrementado en un 55,7%, con un incremento significativo en 2017 (gráfico 4).

Por lo que se refiere a las cuotas globales el método de cálculo establecido en los reglamentos comunitarios garantiza, en principio, que aquellas se ajusten al coste medio del SNS ya que en el cálculo de los costes medios se tienen en cuenta las diferencias de utilización por tramos de edad. Como se muestra en el gráfico 3, los costes medios se aplican con un desfase de dos años debido al proceso de aprobación por la Comisión Administrativa, órgano de UE competente en la materia. En 2017 se introdujo en el cálculo de las cuotas globales los gastos de la dependencia (Comisión Europea 2017 (a), (b)) lo que supone un incremento del 19,6%.

La suficiencia de las cuotas globales aplicadas a los jubilados europeos residentes en España y calculadas en base a los costes medios para el grupo de edad de mayores de 65 años, depende de que el perfil de utilización de estos últimos coincida con el del conjunto de población del mismo grupo de edad atendido por los servicios de salud. Comparando el grupo de

residentes mayores de 65 años con origen en un país europeo empadronados en España con el mismo grupo de edad del conjunto de la población se comprueba que los primeros tienen una edad media menor, 71,6 años frente a 75,9 años del conjunto de población; el grupo de 75-84 años, caracterizado por una mayor intensidad en la utilización de servicios sanitarios, representa en el colectivo de pensionistas extranjeros el 29,4% sobre el grupo de más de 65 años, mientras que en el conjunto de la población este tramo de edad representa el 34,2%. No obstante lo anterior, el grupo de residentes de origen comunitario empadronados en España está experimentando en los últimos años un progresivo envejecimiento como muestra el gráfico 9.

Gráfico 9
Incrementos anuales de mayores de 65 años nacidos en la UE, residentes en España



Fuente: INE, Padrón M. a 1 de julio

Es por ello que cobra mayor interés el determinar empíricamente la suficiencia de las cuotas globales mediante el análisis de la utilización real de los servicios sanitarios y de las prestaciones en especie por dependencia por parte de los pensionistas de otros países europeos residentes en nuestro país (5).

El R (CE) 987/2009 establece, con carácter general, la facturación de cada uno de los servicios sanitarios y solo contempla la facturación mediante cuota global en circunstancias tasadas, siendo España uno de los pocos países que la aplican. Por tanto, es relevante valorar la aplicación de la facturación por gasto real a toda la asistencia prestada. Además del posible impacto en las cantidades facturadas, sobre el cual el análisis de la utilización real de los servicios debería aportar la evidencia necesaria, el cambio en el método de facturación de la asistencia prestada a los 175.463 asegurados europeos registrados en la Seguridad Social Española tendrá una importante repercusión en el volumen de actividad administrativa de las instituciones sanitarias y demás organismos que intervienen en el procedimiento; suponiendo una utilización de 10 servicios por jubilado y año, el número actual de facturas a tramitar a los organismos europeos se vería multiplicado por 4,8 con el consiguiente incremento de los

costes de gestión. No obstante, un ajuste en la dimensión de las unidades de facturación de instituciones y servicios sanitarios se hace necesario, por la necesidad de aplicar la Directiva 2011/24/UE sobre libertad de circulación de pacientes.

En la tabla 3 se presenta una estimación de los ingresos por asistencia sanitaria por aplicación de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales de seguridad social para 2018 y 2019 bajo dos escenarios. Los supuestos de cálculo se especifican en la tabla siguiente:

Variación media cargos gasto real últimos tres años (%)	5,57
Variación media formularios últimos tres años (%)	1,65
Turistas europeos 2017	69.986.318
Variación media número turistas europeos últimos tres años (%)	3,9
Variación gasto sanitario (pto. inicial) SNS 2017/2016	3,83
Incremento cuotas globales (2015)	19,56
Coste de la siniestralidad seg. asist. viaje (€/viajero)	5
Incremento en el número de formularios de pensionistas (%)	23,4

En primer lugar, se estima un escenario basado en la tendencia actual de las variables relevantes y las cuotas globales autorizadas por la Comisión Administrativa de la CE. El segundo escenario estima los ingresos potenciales de acuerdo con los márgenes de mejora apuntados anteriormente. El incremento de los ingresos oscila entre el 16% (escenario tendencial) y el 42% (escenario potencial). Las cinco comunidades autónomas que concentran la facturación de servicios sanitarios en aplicación de los reglamentos comunitarios (Andalucía, Valencia, Baleares, Canarias y Murcia) verían incrementado sus ingresos en el escenario potencial hasta alcanzar un 3% del presupuesto gastos de 2017, pudiendo superar el 5% en el caso de Baleares.

Tabla 3
Estimación de ingresos por asistencia sanitaria en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales

	Tendencial		Potencial	
	2018	2019	2018	2019
Estancias temporales	206	225	364	378
Residentes	581	613	592	614
Total	787	838	955	992

Fuente: Estimación propia.

4. Incidencia en la financiación autonómica

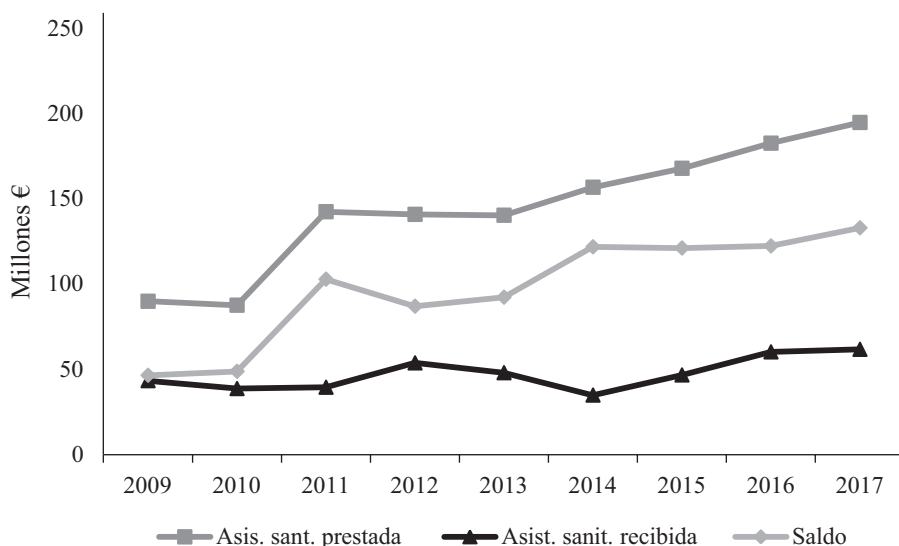
El tratamiento administrativo y presupuestario de los ingresos por prestación de servicios sanitarios en el marco de los reglamentos comunitarios puede condicionar la eficiencia en la gestión de los mismos en la medida en que afecta a los incentivos de las instituciones que intervienen en el proceso.

a) Mecanismos de gestión de las transferencias diferenciados para los cargos por asistencia en desplazamientos temporales y las cuotas globales por atención a residentes. Los ingresos derivados de la facturación por gasto real en desplazamientos temporales se distribuyen a las comunidades autónomas a través del Fondo de Cohesión Sanitaria, mientras que las cuotas globales por atención a los residentes se distribuyen y transfieren a las CCAA directamente por el INSS. Este diferente tratamiento tiene su reflejo en los presupuestos de ingresos regionales. Las transferencias del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) se incluyen, por lo general, en los presupuestos de ingresos de los Servicios de Salud autonómicos; los fondos transferidos por el INSS por las cuotas globales abonadas por los países europeos por atención a residentes se integran con otros ingresos por tasas y precios públicos en el presupuesto de ingresos de la Comunidad Autónoma.

b) Las cantidades liquidadas a las comunidades autónomas vía FCS se realiza por el neto entre la facturación por prestación de servicios sanitarios del Servicio de Salud y el importe facturado por organismos extranjeros por asistencia sanitaria a asegurados de la región en desplazamientos temporales a países europeos o con convenio bilateral (gráfico 10). Este tratamiento no permite reflejar en los presupuestos regionales el importe de las prestaciones en el extranjero dispensadas a ciudadanos españoles, y por tanto hacer transparente el coste de la portabilidad del aseguramiento para los servicios de salud. Al mismo tiempo, tampoco se reflejan en su integridad los ingresos generados por las instituciones sanitarias y por los Servicios de Salud, ya sea por prestación de servicios a desplazados temporales o a residentes. Este tratamiento contable no facilita el establecimiento de incentivos a las instituciones para mejorar la gestión de esta fuente de ingresos.

Gráfico 10

Saldo neto de la asistencia sanitaria prestada y recibida durante estancias temporales en el marco de los reglamentos comunitarios y convenios bilaterales



Fuente: INSS, Informe estadístico

c) Falta de referencia sobre la recaudación normativa. Los ingresos por prestación de servicios sanitarios no intervienen en el cálculo de la cifras de recaudación normativa de las Comunidades Autónomas por lo que el modelo de financiación otorga el mismo tratamiento a todas las comunidades autónomas con independencia del esfuerzo aplicado en la recaudación por cada administración regional. El cálculo de la recaudación normativa para los ingresos por prestación de servicios se ha propuesto como una medida adicional en la línea de mejora de la responsabilidad fiscal de las comunidades autónomas en materia de ingresos (De la Fuente).

5. Conclusiones

La prestación de servicios sanitarios por cuenta de organismos aseguradores de los países de la Unión Europea constituye un segmento de la actividad sanitaria relevante, en particular para los servicios de salud de las regiones con un mayor peso del sector turístico. Esta actividad sanitaria se desenvuelve en un marco reglamentario e institucional que condiciona su funcionamiento. Se ha señalado reiteradamente en distintos informes que los ingresos potenciales por este concepto son muy superiores a la recaudación actual.

De la revisión de las cifras de actividad publicadas por el INSS se deduce que los ingresos por asistencia sanitaria prestada en el marco de los reglamentos comunitarios, tras un notable impulso en 2011, se han estabilizado y solo crecen muy lentamente. Se constata una brecha creciente entre el número de residentes formalmente cubiertos a través de los mecanismos de coordinación europeos y las cifras oficiales de residentes de países europeos empadronados en España. En los últimos años se aprecia un cambio en la composición por edades del colectivo de pensionistas europeos residentes en España, lo que contribuye a ampliar el diferencial de este grupo con los costes medios de la población general.

De otro lado, la evolución divergente de las cifras de visitantes y del número de cargos facturados sugiere que la facturación a las personas desplazadas temporalmente en España se muestra lejos del potencial estimado.

El procedimiento de gestión establecido para transferir a las Comunidades Autónomas los ingresos por asistencia sanitaria que facturan en el marco de los reglamentos comunitarios no facilita la creación de incentivos en los diferentes niveles de la administración para mejorar los resultados. Una buena parte de los ingresos no tiene su reflejo en los presupuestos de ingresos de los Servicios de Salud autonómicos; los flujos monetarios lucen en los presupuestos netos de los costes que asume el SNS por la atención a sus beneficiarios en otros países de la Unión Europea. Por último, el esfuerzo de gestión de las comunidades autónomas no incide en el cálculo de la financiación vía mejoras sobre cifras de recaudación normativa.

La prestación de servicios a asegurados de otros países, en particular en las regiones en las que se concentra esta asistencia, es una fuente de ingresos que puede alcanzar para este grupo de comunidades cantidades equivalentes al 3% del presupuesto de gastos y en algún caso superar el 5%. El logro de incrementos de facturación hasta alcanzar el potencial de ingresos está relacionado con la implantación coordinada de mejoras en la gestión, facturación y tratamiento presupuestario de los ingresos generados por esta parte de la actividad de los Servicios de Salud.

Notas:

¹ El autor agradece la valiosa colaboración de D. César L. Gómez Garcillán, Subdirector General de Gestión de Prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social, en la facilitación e interpretación de parte de los datos empleados en el estudio.

² La prima de una póliza básica de asistencia en viaje para un desplazamiento de 10 días, con cobertura de asistencia sanitaria hasta un máximo de 1.000€, sin franquicia, es de 11,12€; se considera un coste de la siniestralidad del 50%.

³ El coste de la asistencia se distribuye entre los grupos de edad en función de la utilización de las consultas médicas (coste de atención primaria), estancias hospitalarias (asistencia especializada) y consumo de farmacia. El R(CE) 987/2009 fija los tramos de edad para los que se calculan los costes medios (Comisión Europea, 2017 (a)).

⁴ Una tarifa de ámbito nacional es preceptiva tras la regulación del derecho a la movilidad de pacientes en la Directiva 2011/24/UE del Parlamento y del Consejo, de 9 de marzo de 2011, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

⁵ El INSS en colaboración con varias CCAA está realizando un estudio de utilización de servicios sanitarios por parte de los jubilados de otros países europeos.

6. Bibliografía

Cayón de las Cuevas, J.; Hervey, T. (2017). «A place in the sun? Healthcare rights of retired citizens in Spain post-Brexit», *Health economics, Policy and Law* (2017), 12, 297-307.

Comisión Europea (2017) (a). Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social. Costes medios de las prestaciones en especie por asistencia sanitaria para el ejercicio de 2016 en aplicación del artículo 64 del R (CE) 987/2009. Nota española de 27 de septiembre de 2017.

Comisión Europea (2017) (b). Comisión Administrativa de Coordinación de los Sistemas de Seguridad Social. Costes medios de las prestaciones en especie. (2017/ C 50/03). DOCE 17.2.2017.

De la Fuente, A. (2012): «¿Qué reformas necesita el Sistema de Financiación regional?», *Papeles de Economía Española*, 133, 153-163.

García de Cortázar, C. y AA.VV. (2008). «La Movilidad de pacientes y la atención transfronteriza». En García-Sánchez, I.; Páez Muñoz, E. Eds. Cuadernos del OSE sobre políticas de salud en la UE. Número 3. Observatorio de Salud en Europa de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, Diciembre 2008.

INE. Movimientos Turísticos en fronteras (FRONTUR) http://estadisticas.tourspain.es/WebPartInformes/paginas/rsvisor.aspx?ruta=%2fFrontur%2fEstructura%2fAnual%2fEntradas+de+turistas+seg%u00fan+Pa%u00eds+de+Residencia.+--+Ref_203&par=1&idioma=es

Instituto Nacional de la Seguridad Social. Informe Estadístico <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/141885.pdf>

Ministerio de Energía, Turismo y Agenda Digital. Turespaña: Frontur <http://estadisticas.tourspain.es/ES/estadisticas/frontur/informesdinamicos/paginas/anual.aspx>

The Economist (2017). 23rd dec.: «¡Adiós amigos! The great migration of British pensioners to Europe appears to have peaked.»

Tribunal de Cuentas (2012). «Informe de fiscalización de la Gestión de las Prestaciones de Asistencia Sanitaria derivadas de la aplicación de los Reglamentos Comunitarios y Convenios Internacionales de la Seguridad Social. Marzo 2012». *BOE*, n.º 72, 25 de marzo de 2013, pp. 23.154-23.331.