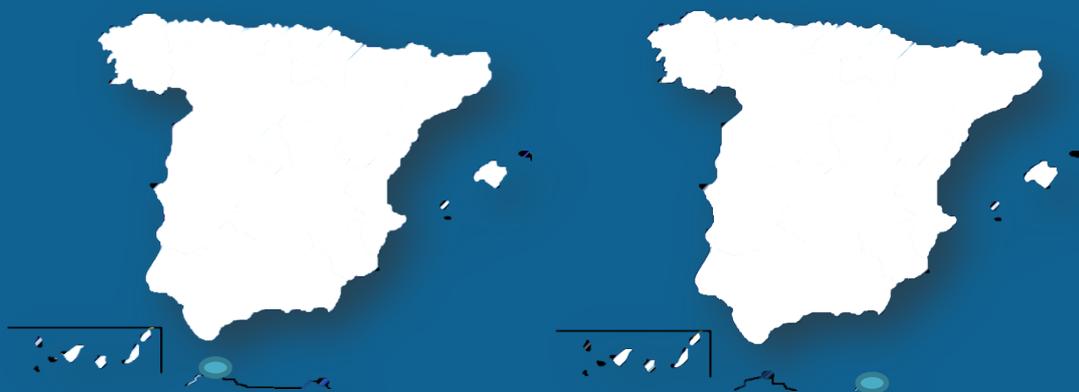


Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2013

Ingresa. Ciudades con Estatuto de Autonomía. Ceuta y Melilla



ESTRATEGIAS Y MEDIDAS LLEVADAS A CABO
POR LA COMUNIDAD AUTÓNOMA EN 2013
PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD, LA
EFECTIVIDAD, LA EFICIENCIA Y EN TÉRMINOS
GLOBALES LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA
SANITARIO

Índice

Demografía y entorno económico	2
Resumen	3
Estrategias y medidas llevadas a cabo en el año 2013	4
1. Impacto en los servicios sanitarios de Ceuta y Melilla de la atención sanitaria prestada a la población no española carente de sistema de protección de la salud	4
1.1. Introducción.....	4
1.2. Asistencia sanitaria a extranjeros.....	4
2. Aplicación en INGESA durante 2013 del desarrollo del Real Decreto 16/2012	10
2.1. Procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios	10
2.2. Aplicación de la resolución por la que se determina el cobro de las aportaciones económicas de los usuarios en determinados medicamentos de dispensación hospitalaria en el ámbito del SNS.....	14
3. Implantación de receta electrónica	15
3.1. Facturación de receta electrónica con respecto al total de recetas prescritas en el ámbito INGESA.....	16
ANEXO	18
Índice de tablas.....	21
Índice de gráficos	22
Abreviaturas, acrónimos y siglas	23

Demografía y entorno económico

	Ceuta	España	Fuente
Población	84.500	46.593.236	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	51,2	49,2	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	48,8	50,8	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	21,0	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	68,1	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	10,9	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	12,9	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	–	5,8%	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

	Melilla	España	Fuente
Población	83.645	46.593.236	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Hombres	51,3	49,2	INE- Cifras de población 1.07.2013
% Mujeres	48,7	50,8	INE - Cifras de población 1.07.2013
% Población de 14 años y menos	23,4	15,2	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 15 a 64 años	66,8	66,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
% Población de 65 años y más	9,8	17,9	INE – Cifras de población 1.07.2013
Tasa bruta de natalidad por 1.000 hab.	18,0	9,1	INE- Estadísticas Movimiento Natural de la población Nacimientos. 2013
Gasto sanitario público como % del PIB	–	5,8%	MSSI- Estadística Gasto Sanitario Público 2012 (el 7,9% no se recoge territorializado)

*Elaborado por la Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación.
Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*

Resumen

La Administración Central del Estado mantiene, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

INGESA desde sus Servicios Centrales en Madrid, y conjuntamente con sus Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla, gestiona las prestaciones sanitarias de los Centros Sanitarios públicos en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y es el garante de la atención sanitaria que en dichos centros se presta, no teniendo competencias en materia de salud pública.

En virtud de la legislación vigente, los ciudadanos marroquíes que pasan de forma legal para estancias breves, no residenciales, pueden demandar asistencia sanitaria. Por todo esto, la población atendida en los Centros sanitarios de las Áreas Sanitarias del INGESA no se limita a la de derecho en dichas ciudades, sino que también debe considerarse como usuaria potencial la población no española residente o transeúnte en ambas ciudades, siempre que concurren las circunstancias recogidas en la legislación vigente.

Además, la situación geográfica de los centros sanitarios del INGESA, en relación con la frontera, posibilita una mayor demanda de los desplazados de otras Comunidades Autónomas españolas que se encuentran en Marruecos, y de los transfronterizos.

El impacto que la población carente de cobertura sanitaria produce en los servicios sanitarios de las ciudades de Ceuta y Melilla, se da, prioritariamente en las siguientes áreas: Urgencias, Obstetricia, Neonatología/Pediatría, Diálisis, Atención Primaria (Urgencias), y Servicios Sociales de ambos niveles asistenciales.

Para dar cumplimiento en Ceuta y Melilla al Real Decreto 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS) y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, así como poner en marcha el procedimiento común de reembolso automático acordado por el Consejo Interterritorial del SNS en junio de 2012, El Director del INGESA, mediante Resolución de 11 de enero de 2013, estableció el procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios. Poniéndose en marcha, en enero de 2013, el procedimiento referido al reembolso del copago farmacéutico y, en octubre de 2013, el del copago hospitalario en la dispensación de los medicamentos incluidos en la Resolución de 10 de septiembre de 2013 del Director General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia.

Para la implantación de la Receta Electrónica (RE) se firmó, en abril de 2013, una adenda al Concierto vigente entre el INGESA y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, estableciéndose las condiciones de dispensación y de facturación de las prescripciones realizadas a través de RE en Ceuta y Melilla, implantándose a partir de esa fecha esta nueva modalidad de receta oficial. En 2013 se ha alcanzado la implantación total en Atención Primaria, teniendo pendiente iniciarlo en Atención Especializada. Además, en Diciembre de 2013, el 100% de las oficinas de farmacia tenían implantada la Receta Electrónica.

1. Impacto en los servicios sanitarios de Ceuta y Melilla de la atención sanitaria prestada a la población no española carente de sistema de protección de la salud

1.1. Introducción

La Administración Central del Estado mantiene, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria-INGESA- la gestión de la asistencia sanitaria en las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla.

INGESA desde sus Servicios Centrales en Madrid, y conjuntamente con sus Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla, gestiona las prestaciones sanitarias de los Centros Sanitarios públicos en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, y es el garante de la atención sanitaria que en dichos centros se presta, no teniendo competencias en materia de salud pública.

No obstante lo anterior, al INGESA, como prestador de servicios sanitarios en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, le compete la aplicación de las leyes vigentes en el ámbito estatal referentes de la igualdad en el acceso, y de la calidad de la atención sanitaria, como son la Ley 14/1986, General de Sanidad, la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, y además el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de las prestaciones. En dichas leyes se establece la accesibilidad a las prestaciones sanitarias en las mismas condiciones para toda la población.

Por otro lado, la aplicación, primero de la ley la Ley 4/2000 de 11 de enero sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, con sus sucesivas reformas, hasta la actual Ley orgánica 2/2009, de 11 de diciembre, y anteriormente además el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, han tenido, desde la creación del INGESA, una especial relevancia en la gestión de este Organismo, dada la especial situación geográfica de las Ciudades Autónomas.

1.2. Asistencia sanitaria a extranjeros

La legislación española actual establece que los extranjeros no registrados ni autorizados como residentes en España pueden recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles en los siguientes supuestos: de urgencia por enfermedad grave o accidente hasta la situación de alta médica; de asistencia al embarazo, parto y puerperio; y los que sean menores de 18 años.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la población atendida en los Centros sanitarios de las Áreas Sanitarias del INGESA no se limita a la de derecho en dichas

ciudades, sino que también debe considerarse como usuaria potencial la población no española residente o transeúnte en ambas ciudades, siempre que concurren las circunstancias recogidas en la legislación vigente.

En virtud de dicha Legislación, los ciudadanos marroquíes que pasan de forma legal para estancias breves, no residenciales, pueden demandar asistencia sanitaria.

Actualmente, se está demandando y proporcionando cobertura asistencial en base a dicha Legislación a menores y embarazadas extranjeros que residen en Marruecos y que se desplazan a Ceuta o Melilla con carácter programado sólo para recibir atención sanitaria. Es decir, no se encuentran en territorio nacional como residentes temporales ni tampoco podría considerárseles en situación de estancia, aunque el periodo de tiempo de permanencia en Ceuta o Melilla sea menor de 90 días. El objeto de su desplazamiento es recibir la asistencia sanitaria de la que carecen en su país, de forma que, habitualmente, por su ubicación geográfica, cruzan la frontera y permanecen en la ciudad sólo una hora para reclamar esta atención. Se constata que carecen de residencia temporal o fija en dichas ciudades, que no disponen de medios de transporte a la península, que no acuden a estas ciudades como un lugar de tránsito hacia otros estados y que tienen fijada su residencia en Marruecos (lo cual puede documentarse a través del pasaporte).

Además, la situación geográfica de los centros sanitarios del INGESA, en relación con la frontera, posibilita una mayor demanda de los desplazados de otras Comunidades Autónomas españolas que se encuentran en Marruecos, y de los transfronterizos.

El impacto que la población carente de cobertura sanitaria produce en los servicios sanitarios de las ciudades de Ceuta y Melilla, se da, prioritariamente en las siguientes áreas: Urgencias, Obstetricia, Neonatología/Pediatría, Diálisis, Atención Primaria (Urgencias), y Servicios Sociales de ambos niveles asistenciales.

1.2.1. Colectivos demandantes de atención

1. Extranjeros que pasan diariamente la frontera para comerciar o realizar trabajos pequeños no regulados. Se calculan 25.000 a 30.000 diarios en cada paso fronterizo. La demanda de servicios urgentes es muy variable.
2. Trabajadores fronterizos regulados que trabajan en hostelería, construcción, hogar, y otros sectores. Se calculan alrededor de 3000 en cada Ciudad.
3. Personas atendidas en los Centros de Estancia Temporal de Inmigrantes (CETIs): si tenemos en cuenta su capacidad, Ceuta tendría 512 y Melilla 900, pero la población atendida equivalente es mayor debido a la entrada y salida constante de residentes en ellos.

Por otro lado, en los últimos años la población acogida duplica ampliamente su capacidad casi de manera continua.

4. Población marroquí del entorno que pasan expresamente para demandar atención urgente y asistencia especializada en nuestros hospitales, especialmente pacientes con partos en curso, diálisis, etc.
5. Trabajadores peninsulares que están de lunes a viernes en Ceuta o Melilla.

En consecuencia, y sin ni siquiera medir los mayores tiempos de atención debidos al idioma y diferencias socioculturales, sobre todo en atención primaria, se puede concluir que en Ceuta se atiende de forma equivalente a 13.704 personas más que los censados, y en Melilla a 20.680 más, lo que equivale respectivamente aproximadamente a un 18,36%, y un 30,40% añadido a la población censal.

1.2.2. Evolución de la asistencia sanitaria a extranjeros

Los costes asignados por la asistencia a extranjeros están anualmente recogidos y desglosados en el sistema de información Gestión de Recursos Económicos (GRECO) de la siguiente manera: extranjeros residentes en CETI, extranjeros transeúntes, embarazadas transeúntes, menores transeúntes y cribados a residentes del CETI, gasto en Atención Primaria, así como evacuaciones de extranjeros.

La evolución del gasto en Euros contabilizado por GRECO ha sido: 7.748.021 euros en 2005; 8.461.169 en 2006; 11.309.124 en 2007; 9.053.736 en 2008; 8.835.208 en 2009; 11.327.000 en 2010; 10.901281 en 2011; 10.827.809 en 2012; 9.216.555 en 2013.

A partir de 2008 se registra una disminución, como consecuencia de menor asistencia a extranjeros por la reorganización de los mecanismos de revisión de pacientes que entran por la frontera en transporte sanitario, la mejora de asistencia en CETIs, y revisión de criterios de ingreso. Hay un repunte en 2010, 2011 y 2012, debido a otras asistencias fundamentalmente en entradas masivas y ajustes tarifarios.

Tabla 1.1. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Ceuta. Año 2013

Ciudad Autónoma de Ceuta	Hospitalización (GRD)		Urgencias		Consultas		Otras: Importe	Total importe
	Pacientes	Importe	Nº	Importe	Nº	Importe		
Residentes CETI	23	80.480	183	37.980	29	3.978		122.437
Extranjeros Transeúntes	107	592.905	3.056	471.760	32	3.586	6.064	1.074.314
Embarazadas Transeúntes	371	784.313	401	63.147				847.460
Menores Transeúntes	47	192.559	342	53.945	3	295	1.236	248.036
Screening a Residentes del CETI	...						5.462	5.462
SUMA	548	1.650.257	3.982	626.832	64	7.859	12.762	2.297.710
Gasto en Atención Primaria	...	...	...	...	...	...	85.139	85.139
Gasto Direccion Territorial (evacuaciones)	...	...	...	...	...	...	57.182	57.182
TOTAL	548	1.650.257	3.982	626.832	64	7.859	155.083	2.440.031

Observación: Importe en euros. CETI: Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes. Importe en Euros. Fuente: Instituto de Información Sanitaria (INGESA). Sistema de Información GRECO.

Tabla 1.2. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Melilla. Año 2013

Ciudad Autónoma de Melilla	Hospitalización (GRD)		Urgencias		Consultas		Otras: Importe	Total importe
	Pacientes	Importe	Nº	Importe	Nº	Importe		
Residentes CETI	80	235.951	1.413	214.267	469	46.867	890	497.977
Extranjeros Transeúntes	184	1.041.577	3.544	554.288	22	6.569	8.591	1.611.026
Embrazadas Transeúntes	1.293	2.946.258	2.836	443.336	217	20.294	0	3.409.889
Menores Transeúntes	228	770.964	1.190	187.309	52	4.744	0	963.017
Screening a Residentes del CETI	...	...	...	...	...	...	...	0
SUMA	1.785	4.994.752	8.983	1.399.200	760	78.476	9.482	6.481.911
Gasto en Atención Primaria	...	...	...	...	...	...	23.195	23.195
Gasto Dirección Territorial (evacuaciones)	...	...	...	...	...	...	271.417	271.417
TOTAL	1.785	4.994.752	8.983	1.399.200	760	78.476	304.095	6.776.524

Observación: Importe en euros. CETI: Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes. Importe en Euros.
Fuente: Instituto de Información Sanitaria (INGESA). Sistema de Información GRECO.

Tabla 1.3. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Año 2013

Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla	Hospitalización (GRD)		Urgencias		Consultas		Otras: Importe	Total importe
	Pacientes	Importe	Nº	Importe	Nº	Importe		
Residentes CETI	103	316.430	1.596	252.247	498	50.845	890	620.414
Extranjeros Transeúntes	291	1.634.482	6.600	1.026.047	54	10.155	14.655	2.685.341
Embrazadas Transeúntes	1.664	3.730.571	3.237	506.483	217	20.294	0	4.257.350
Menores Transeúntes	275	963.523	1.532	241.254	55	5.039	1.235	1.211.053
Screening a Residentes del CETI	...	...	0	0	0	0	5.462	5.462
SUMA	2.333	6.645.008	12.965	2.026.032	824	86.335	22.244	8.779.621
Gasto en Atención Primaria	...	...	...	...	...	...	108.334	108.334
Gasto Direccion Territorial (evacuaciones)	...	...	...	...	...	...	328.599	328.599
TOTAL	2.333	6.645.008	12.965	2.026.032	824	86.335	459.178	9.216.555

Observación: Importe en euros. CETI: Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes. Importe en Euros.
Fuente: Instituto de Información Sanitaria (INGESA). Sistema de Información GRECO.

1.2.3. Consideraciones finales

Por todo lo expuesto anteriormente, en INGESA, los recursos y actividades puestos al servicio de dicha población están configurados para la demanda real existente y contemplan año tras año la demanda asistencial que se produce, especialmente en algunas áreas asistenciales como se ha expuesto anteriormente, de usuarios provenientes de la población de la zona limítrofe de Marruecos así como de la población no española residente o transeúnte en las Ciudades Autónomas, y las personas que, a través de los servicios públicos (Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes, CETIs, Ciudad Autónoma) y no públicos (ONGs) demanda asistencia, siempre que concurren las circunstancias recogidas en las leyes reguladoras.

En este sentido, los Contratos de Gestión de INGESA con las Áreas Sanitarias Únicas y las Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla establecen los recursos asignados y los volúmenes de actividad para el ámbito de estas dos ciudades. Paralelamente, se analizan las principales causas de morbi-mortalidad y los problemas de salud prevalentes, existiendo protocolos de actuación específicos para inmigrantes, dado el peso tan importante que tiene su atención en la globalidad de los servicios sanitarios de INGESA.

Los programas de salud se establecen siguiendo las recomendaciones contenidas dentro de las Estrategias de Salud para el Sistema Nacional de Salud, que incluyen medidas dirigidas especialmente a fomentar la participación y el acceso a las prestaciones de toda la

población, teniendo en cuenta sus características socio- culturales. Para ello, se recurre a mediadores culturales y, sobre todo, lingüísticos, como traductores.

La elaboración de folletos informativos en distintos idiomas es una práctica habitual en ambas ciudades, así como en la formación de profesionales, que contempla la prevención y manejo de malos tratos en mujeres, niños y ancianos.

Además, existen dispositivos sanitarios específicos previstos para la atención ante la entrada masiva de inmigrantes, que se ponen en marcha dependiendo de los niveles de alerta establecidos. Dichos niveles van del 0 al 3, y tienen en cuenta el tipo de acontecimiento, número y complejidad de los heridos, y los recursos que se asignan, según los "Planes de Emergencias" de las Áreas Sanitarias Únicas de Ceuta y Melilla.

Con dichos Planes se garantiza la atención de los directamente afectados, con la menor repercusión posible sobre las actividades sanitarias ordinarias dirigidas a la población residente.

Para afrontar las dificultades que plantean las barreras culturales e idiomáticas, se intenta implicar a los líderes de la propia comunidad en actividades educativas y de promoción de la salud. Estos mediadores culturales realizan un papel de enlace entre las personas inmigrantes y el sistema sanitario, facilitando el conocimiento por los inmigrantes de la estructura sanitaria y de la oferta de servicios. Además los Hospitales de Ceuta y Melilla cuentan con sistemas de traducción a más de 30 idiomas y dialectos, incluyendo particularmente lenguas limítrofes y subsaharianas.

Son fundamentalmente los servicios de atención primaria quienes mayor esfuerzo están realizando para adaptar su oferta a las necesidades de la población inmigrante y asegurar la eficacia en la consecución de sus objetivos preventivos, de promoción de la salud y asistenciales. En este sentido, el impulso, desde los organismos administrativos sanitarios así como desde las sociedades científicas, de acciones y programas multidisciplinarios de formación para los profesionales sanitarios, elaboración de guías clínicas y protocolos de actuación, así como la mejor interrelación con los servicios de atención especializada permiten asegurar una asistencia integral a las personas inmigrantes.

El impulso actual de proyectos de investigación en nuestras áreas en colaboración con centros sanitarios de otras Comunidades Autónomas que permitirán conocer la situación real respecto a la salud de los inmigrantes, sus necesidades y prioridades sanitarias, ayudando también en las tareas de adecuación de los servicios de salud de este colectivo.

Los principales problemas a los que se ha enfrentado INGESA para dar las prestaciones de la que es garante son: la dificultad de contratar médicos, la transitoriedad de las plantillas de profesionales dadas las especiales circunstancias de trabajo –aislamiento profesional, jornadas laborales con localización/guardias permanentes o muy frecuentes, etc.–, la necesidad de crecimiento de las estructuras y dispositivos sanitarios en mayor medida que el presupuesto disponible, la falta de equidad en el acceso a determinados recursos sanitarios de la población protegida, dada la situación geográfica, etc.

En definitiva, con el objeto de cumplir la legislación vigente, ha sido necesario, no sólo optimizar los recursos sanitarios gestionados por INGESA para la población habitual que le

está asignada, sino también incrementar, dentro de lo permitido en nuestros presupuestos ajustados a la población de derecho normalmente establecida, estos recursos en las áreas asistenciales de mayor impacto, para adecuarlos a la evolución de la demanda no reglada que se detalla en este informe.

2. Aplicación en INGESA durante 2013 del desarrollo del Real Decreto 16/2012

2.1. Procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios

Para dar cumplimiento en Ceuta y Melilla al RD. 16/2012, la Dirección del INGESA emitió en junio de 2012 unas *Instrucciones internas para la aplicación de la nueva aportación del usuario en medicamentos y productos sanitarios*, que debían de ponerse en marcha a partir del 1 de julio del mismo año. Posteriormente, por Acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS, de fecha 27 de junio de 2012, se aprobó un procedimiento común de reembolso automático por cada servicio de salud. Para poner en marcha dicho acuerdo, y con el fin de favorecer a los pensionistas en la aplicación de la nueva normativa, el Director del INGESA, mediante *Resolución de 11 de enero de 2013(BOE Num.23, 26 de enero)*, establece el *procedimiento de reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurados pensionistas así como por sus beneficiarios*.

2.1.1. El reembolso a pensionistas plantea los siguientes requerimientos

1. Conocimiento del gasto real mensual dispensado a cada pensionista y/o sus beneficiarios, y el N° de cuenta corriente (CCC) del paciente en el que hay que ingresar el reembolso.
2. Establecimiento del procedimiento para el pago directo al pensionista/beneficiario, y para el Ingreso en CCC del pensionista.
3. Aprobación por la Intervención del pago a los pensionistas/beneficiarios como grupo de perceptores de devolución.

Circuito establecido por el INGESA para el Reembolso:

- *Organismos que intervienen: INGESA(Servicios Centrales en Madrid, Direcciones Territoriales del INGESA en Ceuta y Melilla, Asesoría Jurídica y la Intervención Delegada) ,Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Ceuta y Melilla, Agencia Estatal de Administración Tributaria, Tesorería de la Seguridad Social(TGSS), Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), y Gerencia de Informática de la Seguridad Social (GISS).*
- Procedimiento común de reembolso:
 - *De oficio:* Ingreso automático por el INGESA de las cuantías a devolver en la cuenta bancaria en la que está domiciliada la pensión del titular pensionista.

- *A Instancia de parte*: Solicitud de reembolso al INGESA mediante un impreso específico, acompañado de hoja de información de receta, recibos etc.

2.1.2. Secuencia de acciones

Límite temporal: 31 de enero de 2013 para los primeros reembolsos (correspondientes a julio 2012).

Definición de actividades:

- I. Diseño del Plan de Acción: "Circuito de devolución"
- II. Consulta a Asesoría Jurídica y a Intervención Central y General.
- III. Adaptación de DIGITALIS para la obtención de la información necesaria.
- IV. Contactar con el INSS para el CCC de ingreso de pensiones de los usuarios afectados.
- V. Elaboración de la Resolución del Director del INGESA para establecer el procedimiento de reembolso.
- VI. Elaboración de Instrucciones Internas para la tramitación de las solicitudes de reintegros de gastos.
- VII. Contactar con la GISS para envío de preceptores de devolución y CCC, y de allí a la TGSS para que esta Administración dé a las Entidades Financieras las órdenes de transferencia bancaria.
- VIII. Elaboración de Folletos, cartas y carteles informativos para la población.
- IX. Apertura de plazo de reclamaciones.

2.1.3. Acciones durante 2013 para el reembolso del exceso de aportación farmacéutica a los usuarios que ostenten la condición de asegurado pensionistas así como a sus beneficiarios

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, estableció mediante Resolución de su Director, del 11 de enero de 2013, publicada en el BOE de 26 de enero de 2013, el procedimiento para la aplicación del artículo 94. Bis 6, de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, que prevé el reembolso a los pensionistas de la Seguridad Social y a sus beneficiarios, de las cuantías por ellos aportadas en concepto de prestación farmacéutica ambulatoria, que superen los límites mensuales de 8, 18 ó 60 euros, según el nivel de renta aplicable en cada caso.

Para ello se tuvo en cuenta el procedimiento común aprobado por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud así como lo dispuesto en la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, estableciéndose un procedimiento de oficio para que las Direcciones Territoriales de INGESA rembolsen a los pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, residentes en Ceuta y Melilla, las cantidades que superen el tope máximo de aportación mensual a la prestación farmacéutica ambulatoria que en cada caso les corresponda.

El reembolso se realiza mediante ingreso directo en la cuenta bancaria en la que esté domiciliada la pensión del titular pensionista o en la cuenta que el titular o beneficiario determine.

Las cantidades objeto de reembolso se abonan en periodos trimestrales y comprenden las cuantías que superen el límite de aportación mensual acumulada en el trimestre. La tramitación y ordenación del expediente del reintegro le corresponde a la Dirección Territorial del INGESA de la ciudad donde el paciente tenga su residencia. El primer reembolso se realizó el 31 de enero de 2013, correspondiente al copago de julio de 2012.

Tabla 2.1. Cifras totales en Ceuta de número de receptores y reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios según nivel de aportación. Año 2013

Código TSI	Total nº de perceptores 2013	Total Importe	Total Aportación	Total reintegro oficio 2013 euros
TSI-002 Subtipo 01	18.553	3.958.710	319.612	168.797
TSI-002 Subtipo 02	1.235	441.927	34.638	12.043
TSI-005 Subtipo 03	78	20.316	9.026	4.268
Total	19.866	4.420.953	363.276	185.108

Observación: TSI-002-01 código de la Tarjeta Sanitaria Individualizada de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 8 euros al mes. TSI-002-02 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 18 euros al mes. TSI-005-03 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación del 60% y con límite de 60 euros al mes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (BDTSI-SNS). Diciembre 2012- 2013.

Tabla 2.2. Cifras totales en Melilla del número de receptores y reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios según nivel de aportación. Año 2013

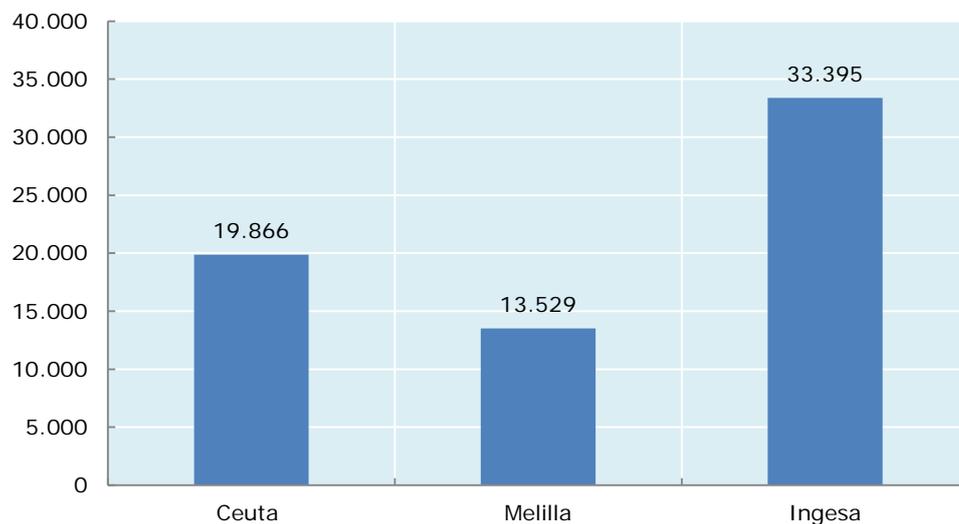
Código TSI	Total nº de perceptores 2013	Total Importe	Total Aportación	Total reintegro oficio 2013 euros
TSI-002 Subtipo 01	12.710	2.864.177	221.052	117.731
TSI-002 Subtipo 02	779	284.643	22.713	8.463
TSI-005 Subtipo 03	40	17.140	3.935	1.496
Total	13.529	3.165.960	247.700	127.690

Observación: TSI-002-01 código de la Tarjeta Sanitaria Individualizada de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 8 euros al mes. TSI-002-02 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 18 euros al mes. TSI-005-03 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación del 60% y con límite de 60 euros al mes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (BDTSI-SNS). Diciembre 2012- 2013.

En 2013 en INGESA (Ceuta y Melilla) el total de perceptores de reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios con códigos TSI 002-01, TSI 002-02 y TSI 005-03 fue de 33.395 y el total de reintegros de oficio de 312.798 euros.

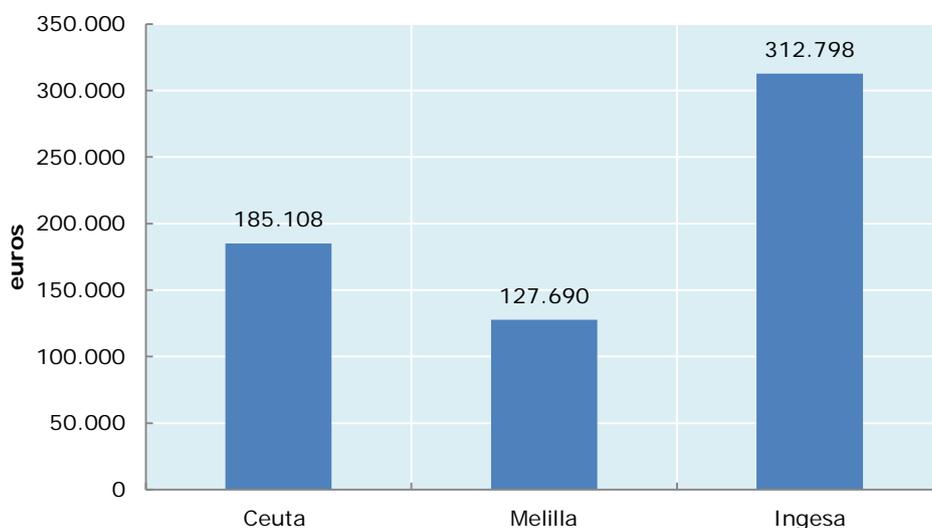
Gráfico 2.1. Total de perceptores de reintegro de oficio de pensionistas y sus beneficiarios. Ingesa 2013



Observación: En el número total de perceptores se incluye TSI-002-01 código de la Tarjeta Sanitaria Individualizada de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 8 euros al mes. TSI-002-02 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 18 euros al mes. TSI-005-03 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación del 60% y con límite de 60 euros al mes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Base de Datos Tarjeta Sanitaria Individual del SNS (BDTSI-SNS). Diciembre 2012- 2013.

Gráfico 2.2. Total de reintegros de oficio en euros a pensionistas y sus beneficiarios. Ingesa 2013



Observación: En el número total de preceptores se incluye TSI-002-01 código de la Tarjeta Sanitaria Individualizada de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 8 euros al mes. TSI-002-02 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación reducida del 10% y con límite de 18 euros al mes. TSI-005-03 código de pensionistas y sus beneficiarios con aportación del 60% y con límite de 60 euros al mes.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2.2. Aplicación de la resolución por la que se determina el cobro de las aportaciones económicas de los usuarios en determinados medicamentos de dispensación hospitalaria en el ámbito del SNS

La Dirección del INGESA, puso en marcha un procedimiento para su aplicación a partir del 1 de octubre de 2013, por los hospitales de Ceuta y Melilla, con el objetivo de posibilitar en los hospitales de Ceuta y Melilla el cobro a los usuarios de la cuantía establecida en concepto de aportación económica, por los medicamentos dispensados desde los Servicios de Farmacia Hospitalaria, según establece la Resolución del 10 de septiembre de 2013, de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia.

En dicho procedimiento se establece que cuando la cantidad resultante de aportación es superior al tope mensual que el paciente tenga establecido, solo se le cobre la cantidad que corresponda hasta llegar a ese tope, momento a partir del cual dejará de aportar por la dispensación hospitalaria hasta el siguiente mes.

Los Servicios de Farmacia Hospitalaria de Ceuta y Melilla, mantienen informada a la Dirección de INGESA de las cantidades abonadas mensualmente por los pacientes, en relación con la dispensación de estos medicamentos.

Desde la Dirección de INGESA se remite a dichos servicios la actualización de los medicamentos sometidos a esta aportación, que la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia comunica al INGESA mensualmente, junto al resto del SNS, en el Nomenclátor de productos farmacéuticos del SNS.

En resumen, en 2013 se pusieron en marcha dos procedimientos referidos a copago, regulados en el RDL 16/2012:

1. El 31 de enero de 2013, el reembolso de los topes de aportación de recetas, por la Resolución de Director de INGESA de 11-01-2013.
2. El 1 de octubre de 2013, el copago hospitalario, para aplicar la Resolución del Director General de Cartera de Servicios y Farmacia del 10 de septiembre de 2013.

3. Implantación de receta electrónica

La Receta Electrónica, en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, permite el acceso por parte de los ciudadanos a la dispensación de los medicamentos prescritos en el ámbito territorial del INGESA, mediante soporte electrónico, con plena garantía de igualdad, calidad y seguridad.

El 10 de abril de 2013 se firmó una adenda al Concierto vigente entre el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, para establecer las condiciones de dispensación y de facturación de las prescripciones realizadas a través de receta electrónica en el ámbito INGESA, implantándose a partir de esa fecha esta nueva modalidad de receta oficial, de forma simultánea en la totalidad de las oficinas de farmacia de las dos ciudades.

El acuerdo con las oficinas de Farmacia como adenda al vigente Concierto, teniendo como marco de referencia el artículo 77.8 de la Ley 29/2006, el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, de receta médica y ordenes de dispensación que establece el marco jurídico de la receta médica electrónica oficial del SNS, y determina con carácter básico sus requisitos con el fin de asegurar la accesibilidad de todos los ciudadanos, en condiciones de igualdad efectiva en el conjunto del territorio español, a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

En dicho acuerdo o adenda, las partes consideran conveniente incluir el Sistema de Receta Electrónica (SER) para la automatización mediante las nuevas tecnologías de los procesos de prescripción y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios, en la colaboración establecida en el Concierto del INSALUD con las oficinas de farmacia de 17 de noviembre de 1998.

Las recetas electrónicas que reciban las oficinas de farmacia a través del SER de INGESA, se consideran recetas oficiales a efectos de lo establecido en el vigente Concierto, estando sometidas a las mismas condiciones que las recetas oficiales emitidas en papel, y con las particularidades establecidas en esta Adenda.

A efectos de lo establecido en el Concierto y sus posteriores modificaciones, todas y cada una de las oficinas de farmacia legalmente establecidas en Ceuta y en Melilla tienen el derecho, y la obligación, de disponer de acceso al SER, en la medida que técnicamente sea posible. Los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Ceuta y Melilla son, respectivamente, responsables de la seguridad del nodo del Colegio, así como de la autenticación de los farmacéuticos de las oficinas de farmacia de su ámbito territorial, mediante certificación electrónica, garantizando que el proceso de dispensación electrónica cumple todos los requisitos legales.

Paralelamente a las medidas llevadas a cabo para poner en marcha la receta electrónica en las oficinas de farmacia, se realizaron actividades de formación a los profesionales sanitarios y a los usuarios de los centros sanitarios. Se realizaron y distribuyeron folletos informativos con toda la información referente a este nuevo sistema de prescripción y de dispensación en oficinas de farmacia.

3.1. Facturación de receta electrónica con respecto al total de recetas prescritas en el ámbito INGESA.

En 2013 se ha alcanzado la implantación total en Atención Primaria, teniendo pendiente iniciarlo en Atención Especializada.

Para el periodo acumulado de enero a diciembre de 2013, los porcentajes de facturación de recetas electrónicas sobre el total de prescripción realizado en el ámbito INGESA fue de un 2,53% para el ámbito INGESA, con un 2,02% en Ceuta y un 3,13% en Melilla.

Con respecto a los valores mensuales, en porcentajes, para este concepto (valor mensual de facturación de recetas del último mes, diciembre), se cierra el año con un 11,6% en Ceuta y un 17,3% en Melilla (14,3% para el ámbito INGESA, para este último mes de 2013).

A Diciembre de 2013, el 100% de las oficinas de farmacia tenían implantada la Receta Electrónica.

Respecto a la prescripción de los médicos de Atención Primaria, al cierre de mes de diciembre de 2013 el 52% de las prescripciones eran por Receta Electrónica.

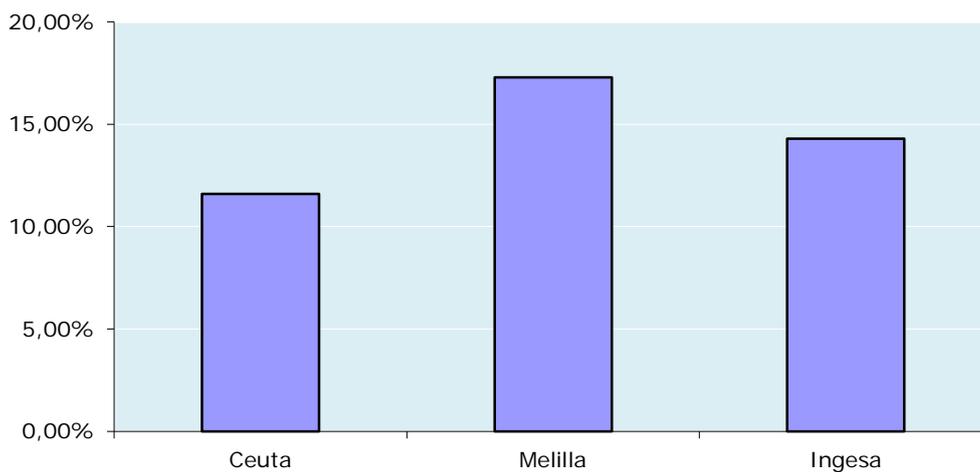
Tabla 3.1. Porcentaje de facturación mensual a diciembre de 2013 a través de recetas electrónicas, sobre el total de prescripción en dicho mes

	% facturación RE diciembre sobre el total de prescripción
Ceuta	11,6
Melilla	17,3
INGESA	14,3

Observación: RE Receta electrónica

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Año 2013.

Gráfico 3.1. Porcentaje de facturación mensual a diciembre de 2013 a través de recetas electrónicas, sobre el total de prescripción en dicho mes



Observación: RE Receta electrónica.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Año 2013.

ANEXO

Folleto informativo para pacientes referente al sistema de prescripción y de dispensación de Receta Electrónica en oficinas de farmacia.

¿Qué es la Receta Electrónica?

Es un sistema informatizado que permite al médico transmitir directamente su receta médica a la farmacia, sin escribirla en la receta habitual.

La receta electrónica *no necesita papel*.

Para el uso de la receta electrónica es imprescindible la presentación de su *Tarjeta Sanitaria*.

¿Cómo funciona la Receta Electrónica?

La información de su receta no se envía por Internet ni por correo electrónico. Las recetas se envían a la farmacia por un sistema informatizado confidencial y seguro.

¿Cómo se usa?

1. *En su Centro de Salud. Presente su Tarjeta Sanitaria a su médico, para que acceda a su historia clínica y actualice su medicación.* El médico debe entregarle su *Hoja de Medicación*, un documento en papel en el que figura su plan de medicación: nombre de los medicamentos, dosis, frecuencia de administración y *el tiempo previsto de duración de sus tratamientos*.
2. *En la Farmacia.* Puede acudir a cualquier *Oficina de Farmacia de la ciudad*, presentando su *Tarjeta Sanitaria Individual*, para que el farmacéutico pueda acceder a través del ordenador a las prescripciones que tenga activas y dispensarle sus medicamentos.
3. *Plazos de recogida.* La *primera receta electrónica permite un plazo de 10 días, después de la fecha de prescripción*, para retirar los tratamientos de la farmacia, como sucede en la receta en papel.

Si no retira los medicamentos en esos primeros 10 días, el tratamiento completo se anulará y no podrá recogerlo en ninguna farmacia. Si esto ocurre debe volver a su Centro de Salud para que su médico le recete de nuevo el tratamiento.

Para tratamientos crónicos. Durante el periodo indicado por el médico (hasta un año de duración) en la farmacia le entregaran la medicación necesaria para 28 días de tratamiento.

La medicación sucesiva que necesite para cumplir el tratamiento, puede retirarla en la farmacia 10 días antes de que se acabe su medicación continuada y hasta 10 días después de que se hubiera acabado.

Cuando finalice el periodo indicado por el médico para su tratamiento, deberá volver al Centro de Salud para su revisión por el médico, quien valorará si tiene que mantenerlo, cambiarlo o si se puede considerar finalizado.

¿Qué me pueden prescribir en la Receta Electrónica?

Los medicamentos correspondientes a sus *tratamientos de larga duración* (medicación que toma habitualmente, durante largos periodos de tiempo) y/o sus *tratamientos de corta duración*.

En el caso de los tratamientos de larga duración (tratamientos crónicos), el médico puede prescribirle los envases necesarios para completar hasta un año de tratamiento, si bien solo podrá retirarse de la farmacia la medicación necesaria para el mes.

Por el momento algunos tratamientos que requieren un control especial (productos de visado, estupefacientes, apósitos....) no pueden ser prescritos en receta electrónica y aún se prescriben en receta en papel.

¿Cuántos envases puedo retirar con la Receta Electrónica?

Puede retirar los envases que necesite para completar 28 días de tratamiento.

Si para completar los 28 días de tratamiento con un medicamento le prescriben más de un envase del mismo producto, puede obtenerlos de una vez o conforme los precise, en tantas visitas a la farmacia como número de envases tenga prescrito.

Si le prescriben un tratamiento de larga duración de hasta un año de duración, sólo puede recoger su tratamiento mes a mes, cuando esté a punto de acabarse el envase del mes anterior.

¿Tengo que recoger los medicamentos siempre en la misma farmacia?

No. Puede recogerlos en *cualquier farmacia de la ciudad*. Incluso cuando se trate de medicación continuada, puede recoger sus tratamientos un mes en una farmacia y al siguiente en otra.

¿Dónde es válida la receta electrónica?

Hasta que los sistemas de prescripción electrónica de los distintos Servicios de Salud *sean interoperables*, las *recetas electrónicas únicamente se pueden dispensar en las farmacias del mismo Servicio de Salud*, de tal forma que:

La receta electrónica del Ingresa sólo es válida en su territorio (Ceuta y Melilla), no pudiéndose recoger en las oficinas de farmacia de las mismas productos farmacéuticos prescritos electrónicamente en otro Servicio de Salud distinto de Ingresa.

RECUERDE:

LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS EN RECETA ELECTRÓNICA SE OBTIENEN PRESENTANDO SU TARJETA SANITARIA EN LAS OFICINAS DE FARMACIA.

- CUANDO INICIE UN TRATAMIENTO DISPONE DE 10 DÍAS, DESDE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN, PARA RETIRARLO DE LAS OFICINAS DE FARMACIA. SI NO ACUDE A LA FARMACIA SE ANULA EL TRATAMIENTO
- SOLO PODRÁ RETIRAR DE UNA SOLA VEZ LOS MEDICAMENTOS SUFICIENTES PARA COMPLETAR 28 DÍAS
- PARA CONTINUAR UN TRATAMIENTO CRÓNICO O DE MÁS DE UN MES:
 - NO ES NECESARIO QUE VUELVA A SU MÉDICO PARA DIPONER DE LOS ENVASES SUCESIVOS, MIENTRAS ESTÉ VIGENTE SU TRATAMIENTO.
 - SÓLO TIENE QUE PRESENTAR SU TARJETA SANITARIA EN LA OFICINA DE FARMACIA.
 - LOS ENVASES SUCESIVOS DEBE RECOGERLOS EN LA OFICINA DE FARMACIA DESDE 10 DÍAS ANTES DE LA FECHA DE PRESCRIPCIÓN.
- DEBE VOLVER AL CENTRO DE SALUD CUANDO SE ACABE LA VIGENCIA DE SU TRATAMIENTO.
- SOLO SE PODRÁN RETIRAR MEDICAMENTOS PRESCRITOS EN RECETA ELECTRÓNICA EN LAS OFICINAS DE FARMACIA DEL ÁMBITO INGESA (CEUTA O MELILLA)
- NO OLVIDE SOLICITAR A SU MÉDICO LA HOJA DE MEDICACIÓN.

Índice de tablas

Tabla 1.1. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Ceuta. Año 2013	6
Tabla 1.2. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en la ciudad autónoma de Melilla. Año 2013.....	7
Tabla 1.3. Asistencia a colectivos extranjeros demandantes de atención sanitaria en las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla. Año 2013.....	8
Tabla 2.1. Cifras totales en Ceuta de número de receptores y reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios según nivel de aportación. Año 2013	12
Tabla 2.2. Cifras totales en Melilla del número de receptores y reintegros de oficio de pensionistas y sus beneficiarios según nivel de aportación. Año 2013	12
Tabla 3.1. Porcentaje de facturación mensual a diciembre de 2013 a través de recetas electrónicas, sobre el total de prescripción en dicho mes	17

Índice de gráficos

- Gráfico 2.1. Total de perceptores de reintegro de oficio de pensionistas y sus beneficiarios (códigos TSI 002-01, TSI 002-02 y TSI 005-03). Año 2013 13
- Gráfico 2.2. Total de reintegros de oficio en euros a pensionistas y sus beneficiarios (códigos TSI 002-01, TSI 002-02 y TSI 005-03). Año 2013 14
- Gráfico 3.1. Porcentaje de facturación mensual a diciembre de 2013 a través de recetas electrónicas, sobre el total de prescripción en dicho mes 17

Abreviaturas, acrónimos y siglas

C

CCC: Cuenta Corriente

CETI: Centro de Estancia Temporal de Inmigrantes

D

DIGITALIS: aplicación informática que gestiona el fichero de la prestación farmacéutica

GRECO: Gestión de Recursos Económicos

GISS: Gerencia de Informática de la Seguridad Social

I

INGESA: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria

INSS: Instituto Nacional de la Seguridad Social

O

ONG: Organización no Gubernamental

R

RE: Receta electrónica

S

SER: Sistema de Receta Electrónica

SNS: Sistema Nacional de Salud

T

TGSS: Tesorería de la Seguridad Social

TSI: Tarjeta Sanitaria Individual