



Roj: **STS 1001/2020** - ECLI: **ES:TS:2020:1001**

Id Cendoj: **28079130022020100172**

Órgano: **Tribunal Supremo. Sala de lo Contencioso**

Sede: **Madrid**

Sección: **2**

Fecha: **19/05/2020**

Nº de Recurso: **5617/2018**

Nº de Resolución: **518/2020**

Procedimiento: **Recurso de casación**

Ponente: **JOSE DIAZ DELGADO**

Tipo de Resolución: **Sentencia**

TRIBUNAL SUPREMO Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección Segunda Sentencia núm. 518/2020

Fecha de sentencia: 19/05/2020 Tipo de procedimiento: R. CASACION Número del procedimiento: 5617/2018 Fallo/Acuerdo: Fecha de Votación y Fallo: 24/03/2020 Ponente: Excmo. Sr. D. José Díaz Delgado Procedencia: T.S.J.CANARIAS SALA CON/AD Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Gloria Sancho Mayo Transcrito por: Nota:

R. CASACION núm.: 5617/2018 Ponente: Excmo. Sr. D. José Díaz Delgado Letrada de la Administración de Justicia: Ilma. Sra. Dña. Gloria Sancho Mayo

TRIBUNAL SUPREMO Sala de lo Contencioso-Administrativo Sección Segunda Sentencia núm. 518/2020

Excmos. Sres. y Excmo. Sra. D. Nicolás Maurandi Guillén, presidente D. José Díaz Delgado D. Ángel Aguallo Avilés D. José Antonio Montero Fernández D. Francisco José Navarro Sanchís D. Jesús Cudero Blas D. Isaac Merino Jara D^a. Esperanza Córdoba Castroverde

En Madrid, a 19 de mayo de 2020. Esta Sala ha visto en su Sección Segunda, constituida por los Excmos. Sres. Magistrados indicados al margen, el recurso de casación núm. 5617/2018, interpuesto por la procuradora doña Juana Martínez Ibáñez, en representación de IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.U., mediante escrito fechado el 29 de junio de 2018 preparó recurso de casación contra la sentencia dictada el 8 de mayo de 2018 por la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-administrativo, con sede en Santa Cruz de Tenerife, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, que desestimó el recurso 117/2017, relativo a tres liquidaciones de precios públicos girados por la asistencia sanitaria recibida por pacientes derivados por el Hospital Quirónsalud Costa Adeje a un centro sanitario público, el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Han comparecido en el recurso de casación como parte recurrida La Administración de la Comunidad Autónoma Canarias, asistida por la Letrada de los Servicios Jurídicos del Gobierno de Canarias.

Ha sido ponente el Excmo. Sr. D. José Díaz Delgado.

ANTECEDENTES DE HECHO

PRIMERO.- Resolución recurrida en casación.

Es la sentencia dictada el 11 de abril de 2017 por la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Cantabria, la sentencia dictada el 8 de mayo de 2018 por la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-administrativo, con sede en Santa Cruz de Tenerife, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, que desestimó el recurso 117/2017, relativo a tres liquidaciones de precios públicos girados por la asistencia sanitaria recibida por pacientes derivados por el Hospital Quirónsalud Costa Adeje a un centro sanitario público, el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

SEGUNDO.- Admisión del recurso.

La recurrente en su escrito de preparación del recurso de casación impugnada, identifica como normas infringidas:



1. El artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril) [«LGS»]; el artículo 2.7 y el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización [«RD 1030/2006»], y el artículo 1.1 del Decreto 81/2009, de 16 de junio, por el que se establecen los precios públicos de los servicios sanitarios prestados por el Servicio Canario de la Salud y se fijan sus cuantías (Boletín Oficial de Canarias de 26 de junio de 2009) [«D 81/2009»], porque sólo se puede convertir a los centros hospitalarios privados en terceros obligado al pago de las atenciones o prestaciones a los pacientes derivados al centro hospitalario público, si una norma legal o reglamentaria así lo declara, norma que no existe al día de hoy, o si media algún contrato o convenio en el que se instituya tal obligación o alguna declaración de naturaleza extracontractual en tal sentido, que en este caso tampoco existe.
2. Los artículos 24 y 120 de la Constitución Española y los artículos 33 y 67.1 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa [«LJCA»], por haber incurrido en falta de motivación e incongruencia omisiva, al no resolver cuestiones debidamente planteadas en la demanda relevantes para la resolución del litigio: por un lado, la inexistencia de norma legal o reglamentaria que atribuya a un hospital privado la condición de tercero obligado al pago de los servicios de asistencia sanitaria prestados a un paciente en un hospital público y tampoco de obligación contractual o extracontractual en este caso; y, por otro lado, la falta de acreditación de haber requerido el pago de la asistencia sanitaria al paciente o de haberle solicitado la acreditación de su condición de beneficiario de asistencia sanitaria a través de la "Tarjeta Sanitaria Europea", antes de girar las liquidaciones de precios públicos.
3. El artículo 6.4 de la 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 (DOCE, Serie L, número 88, de 4 de abril de 2011, página 45) [«Directiva 2011/24/UE»], al no haber aclarado por qué no sería de aplicación este precepto, conforme al cual corresponde al Estado miembro del que es originario el paciente asumir los gastos de la asistencia sanitaria solicitada en un Estado miembro que no sea el de residencia.
4. La doctrina jurisprudencial mantenida por los distintos órganos jurisdiccionales que han tratado el tema (audiencias provinciales y tribunales superiores de justicia), aunque no por el Tribunal Supremo que no lo ha tratado específicamente, pese a la existencia de "abundantes" pronunciamientos del Tribunal Supremo sobre "terceros obligados", relativos a seguros obligatorios y entidades aseguradoras -sentencias de 22 de marzo de 2012 (recurso de casación 2940/2009) y 31 de mayo de 2012 (recurso de casación 573/2010);-, lo que puede responder, dice, a que, desde que entraron en vigor las normas citadas sobre "terceros obligados al pago", los servicios de sanidad de otras Comunidades Autónomas no han girado liquidaciones por asistencias prestadas a pacientes inicialmente atendidos en hospitales privados, por entender que nunca podría extenderse dicha condición.

Razona que las infracciones que imputa a la sentencia han sido relevantes y determinantes de su fallo porque la incorrecta aplicación del artículo 83 LGS, del artículo 2.7 y del Anexo IX RD 1030/2006 y del artículo 1.1 D 81/2009, y la interpretación extensiva y *contra legem* de esas normas ha determinado que se atribuya a un hospital privado la condición de "tercero obligado al pago" de asistencias sanitarias prestadas en un hospital público cuando: (a) no existe ni se cita norma legal o reglamentaria que le obligue a hacerse cargo del importe de dichas atenciones; (b) descarga de trabajo al servicio sanitario público respecto de aquellos pacientes que voluntariamente deciden acudir; (c) no tiene asumido, ni se anuncia públicamente para captar pacientes, a diferencia de las aseguradoras sanitarias, limitándose a prestar los servicios sanitarios que tiene autorizados por la autoridad administrativa; (d) no utiliza recursos públicos sin soportar los costes, precisamente porque no tiene obligación de llevar a cabo esa prestación sanitaria integral a los pacientes, a diferencia de las aseguradoras o mutualidades que sí la tendrían, y (e) en ningún caso se puede considerar que se enriquezca injustamente, puesto que se limitó a cobrar la asistencia que prestó al paciente en urgencias, sin que exista ahorro de importes que esté obligado a prestar y que prestase el hospital público.

La Sección Primera de la Sala de lo Contencioso- administrativo, con sede en Santa Cruz de Tenerife, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias tuvo por preparado el recurso de casación en auto de 17 de julio de 2018, ordenando el emplazamiento de las partes para su comparecencia ante esta Sala Tercera del Tribunal Supremo.

SEGUNDO.- 1. La Sala de instancia destaca en el fundamento jurídico segundo de la sentencia impugnada que «consta acreditado que en relación a tres pacientes privados de la recurrente se procedió, por ella, a su remisión a un centro sanitario público para su asistencia, sin que los mismos tuvieran ni seguro que cubriera dicha asistencia ni derecho a la asistencia en centro integrado en la red de centros públicos». Expuesta esta conclusión fáctica afirma que sobre la cuestión jurídica en discusión se pronunció ya anteriormente:



«[A]sí en el recurso seguido bajo el número 104/2017 dijimos "Las liquidaciones giradas lo son al amparo de lo establecido en el art 83 de la Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad, conforme al cual "Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes.

A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados.

El RD 1030/2006,15 de septiembre, establece la cartera de servicios comunes del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actuación así conforme al art 2.7 "Conforme a lo señalado en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, de acuerdo con lo especificado en el anexo IX. Procederá asimismo la reclamación del importe de los servicios a los usuarios sin derecho a la asistencia de los servicios de salud, admitidos como pacientes privados, conforme a lo establecido en el artículo 16 de la Ley General de Sanidad."

El Anexo IX relativo a la asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a terceros obligados al pago, dispone que "Conforme a lo previsto en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad , en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social , aprobado por el Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en el artículo 2.7 del presente real decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación, en los siguientes supuestos

... 6. Ciudadanos extranjeros:

7. Otros obligados al pago. ...c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes.

Se hace referencia a sentencia del TSJ Canarias Sala de Las Palmas recurso 230/2014 conforme a la cual: "[...]. A mayor abundamiento, no puede dejar la Sala de manifestar que se comparte sin duda alguna el planteamiento de la demandada en orden a que si se utiliza un recurso público dada la carencia de medios por parte de un centro privado de asistencia, es dicho centro el que debe satisfacer el precio de la utilización de tal recurso ya que de lo contrario se estaría favoreciendo la captación de clientes ofreciendo una prestación sanitaria sin soportar los costes de mantener los medios necesarios para llevar a cabo dicha prestación..

En definitiva son asistencias de carácter privado y no públicas, requeridas por la entidad Hospitalaria es quien remite el paciente al servicio canario de salud, y no por el propio paciente o un familiar. Es por ello, que debió remitir la documentación relativa al paciente al citado servicio, en caso contrario, como señala la Comunidad Autónoma se podría favorecer la intervención de la sanidad pública por una vía privilegiada sin sumisión a listas de espera única y sin satisfacer contraprestación alguna por ello. Convenimos con la Comunidad Autónoma que es el centro privado, que está en la misma situación que cualquier particular, quien si requiere el recurso público, debe asumir el coste del mismo, o facilitar la documentación necesaria para poder proceder a la facturación. [...]"».

2. En el fundamento jurídico tercero concluye la procedencia de desestimar el recurso con el siguiente razonamiento:

« En el presente recurso la derivación se produce a efectos de atender a tres pacientes que carecen de seguro privado o público que cubra la asistencia producida como consecuencia de dicha derivación, pues incluso el caso del paciente que sí tenía seguro privado el mismo no cubría dicha asistencia, la recurrente señala que dicha derivación lo es a voluntad de los pacientes sin que haya dejado recogida dicha voluntad.

.....Siendo pacientes privados el centro médico que los atiende y deriva a centro público al que no tiene derecho debe asegurarse del cobro de dicha prestación por dicho centro público, ya vía pago por adelantado, tarjeta crédito... sin que quepa que se pueda producirse dicha derivación a fin de que reciban asistencia médica sin hacerse cargo de los costes que para el sistema público se producen y a los que no tenían derecho los pacientes derivados.



En igual sentido se ha pronunciado el TSJ de Madrid en sentencia recaída en el recurso 14/2015, de fecha 24 de febrero del 2016, analizando similares alegaciones e idénticas reclamaciones y legislación aplicada»

IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.U., denuncia, por lo que aquí y ahora importa, la infracción del artículo 83 LGS [« Los ingresos procedentes de la asistencia sanitaria en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago, tendrán la condición de ingresos propios del Servicio de Salud correspondiente. Los gastos inherentes a la prestación de tales servicios no se financiarán con los ingresos de la Seguridad Social. En ningún caso estos ingresos podrán revertir en aquellos que intervinieron en la atención a estos pacientes. A estos efectos, las Administraciones Públicas que hubieran atendido sanitariamente a los usuarios en tales supuestos tendrán derecho a reclamar del tercero responsable el coste de los servicios prestados»], del artículo 2.7 [«Conforme a lo señalado en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, de acuerdo con lo especificado en el anexo IX»] y del Anexo IX, Asistencia sanitaria cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago [«Conforme a lo previsto en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en el artículo 2.7 del presente real decreto y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios públicos de salud reclamarán a los terceros obligados al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación, en los siguientes supuestos: (...) 2. Asegurados o beneficiarios de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito. (...) 5. Convenios o conciertos con otros organismos o entidades. Se reclamará el importe de la asistencia prestada, de acuerdo con los términos del convenio o concierto correspondiente. (...) 7. Otros obligados al pago. (...) c) Cualquier otro supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes»], RD 1030/2006, porque sólo se puede convertir a los centros hospitalarios privados en terceros obligado al pago de las atenciones o prestaciones a los pacientes derivados al centro hospitalario público, si una norma legal o reglamentaria así lo declara, norma que no existe al día de hoy, o si media algún contrato o convenio en el que se instituya tal obligación o alguna declaración de naturaleza extracontractual en tal sentido, que en este caso tampoco existe.

La Sección de Admisión acuerda :

1º) Admitir el recurso de casación RCA/5617/2018, preparado por IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.U., contra la sentencia dictada el 8 de mayo de 2018 por la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-administrativo, con sede en Santa Cruz de Tenerife, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias en el recurso 117/2017.

2º) Precisar la cuestión que presenta interés casacional objetivo para la formación de jurisprudencia, que consiste en:

Determinar si un hospital privado que deriva pacientes a un hospital público puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y de poder serlo bajo qué concretas condiciones, de modo que resulte posible girarle el precio público establecido para los servicios sanitarios prestados por el servicio de salud de la comunidad autónoma competente.

3º) Identificar como normas jurídica que, en principio, serán objeto de interpretación el artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

TERCERO.- Interposición del recurso de casación y oposición.

La recurrente, por escrito de 21 de marzo de 2019, formaliza la interposición del recurso solicitado:

"1º) que con estimación del presente recurso de casación se anule la sentencia impugnada dictada por la Sala de lo contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Canarias con sede en Santa Cruz de Tenerife de fecha 8 de mayo de 2018, con imposición de las costas del recurso a la parte recurrida y a fin de formar jurisprudencia falle acordando que:



"Un hospital privado que deriva o facilita el traslado de pacientes a un hospital público no puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 de la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Solo podrán tener la condición de terceros obligados, en los casos en los que se trate de pacientes derivados del Hospital privado, en aquellas asistencias sanitarias prestadas por el Hospital Público cuya atención corresponda al Hospital privado conforme al convenio o concierto suscrito con la respectiva administración sanitaria".

2º) Que como consecuencia de la estimación del recurso de casación y la consiguiente anulación de la sentencia impugnada, el Tribunal Supremo se sitúe en la posición procesal propia del Tribunal -o Juzgado- de instancia, y entre al examen del fondo del asunto, procediendo a la resolución del litigio en los términos en que quedó planteado el debate procesal en la instancia; y en consecuencia estime el recurso contencioso-administrativo interpuesto por esta parte en los términos solicitados en el escrito de demanda, contra las tres Resoluciones de la Junta Económico-Administrativa de Canarias dictadas en sesión de 6 de abril de 2017, y a) Se anulen y dejen sin efecto de clase alguno las tres Resoluciones de la Junta Económico-Administrativa de Canarias dictadas en sesión de 6 de abril de 2017, así como las liquidaciones / facturas emitidas que derivan de dichos expedientes.

b) Se declare no haber lugar a la reclamación de las cantidades en ellas detalladas en concepto de precio público, acordando en consecuencia en su caso la devolución las cantidades que hubiesen sido abonadas por mi representada".

CUARTO.- Oposición de la Administración de la Comunidad Autónoma de Canarias.

Por escrito de fecha seis de abril de dos mil dieciocho solicitó que se desestime al recurso y confirme la Sentencia impugnada, y se imponga las costas a la recurrente.

QUINTO.- Señalamiento para deliberación del recurso.

El recurso quedó concluso y pendiente de votación y fallo, al no haber lugar a la celebración de vista pública por no advertir la Sala la necesidad de dicho trámite. Llegado su turno, se señaló para deliberación, votación y fallo el 24 de marzo de 2020, prolongándose el debate en sesiones sucesivas.

FUNDAMENTOS DE DERECHO

PRIMERO.- Cuestión controvertida.

La recurrida considera que este Tribunal Supremo por la sentencia de 13 de febrero de 2019, tal y como se planteó en el propio escrito de oposición.

La cuestión planteada por la Sección primera quedó circunscrita en el Auto de admisión del recurso de casación, del citado Auto de 21 de noviembre de 2018, en el FD3ª a:

«Determinar si un hospital privado que deriva pacientes a un hospital público puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 LGS, desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX RD 1030/2006, y de poder serlo bajo qué concretas condiciones, de modo que resulte posible girarle el precio público establecido para los servicios sanitarios prestados por el servicio de salud de la comunidad autónoma competente».

La sentencia n.º 170, de 13 de febrero de 2019 de esta Sección Segunda de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Supremo, en el recurso de casación 2770/2017 ha resuelto un asunto similar, aunque no idéntico. En este caso la asistencia sanitaria fue solicitada al Sistema Nacional de Salud por una entidad aseguradora, haciéndolo para personas que se la reclamaron directamente a ellas. En el caso << fueran enviados al Policlínico La Rosaleda de Santiago de Compostela y ante la imposibilidad de este centro hospitalario de dar la asistencia necesaria los médicos del mismo consideraran oportuno, en ambos casos, la remisión de los pacientes al Centro Hospitalario Universitario De Santiago De Compostela>>. En el caso de esta sentencia los pacientes eran beneficiarios del Sistema Público de Salud (SPS),

La sentencia de 13 de febrero de este año viene a recordar también que << Son principios que informan esta ley: a) La prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud en condiciones de igualdad efectiva y calidad, evitando especialmente toda discriminación entre mujeres y hombres en las actuaciones sanitarias. b) El aseguramiento universal y público por parte del Estado. (...)". 4.- Lo que resulta de las anteriores prescripciones legales es lo siguiente: - el principio de igualdad que rige en la prestación de los servicios que ha de dispensar el Sistema Nacional de Salud [SNS] y el principio de aseguramiento universal y público por parte del Estado; - las dos modalidades de usuario con las que se puede acceder a los servicios sanitarios: usuarios con



derecho a la asistencia de los Servicios de Salud; y usuarios sin ese derecho, que pueden acceder a los servicios sanitarios con la condición de pacientes privados; y - la posibilidad de facturar a estos pacientes privados del SNS la atención que hayan recibido, tomando como base sus costes efectivos y teniendo los correspondiente importes la condición de ingresos propios de los Servicios de Salud>>.

Sigue la citada sentencia señalando que << Siendo también de subrayar, como complemento de lo anterior, que la condición de usuario privado del SNS que ha de soportar la facturación que establece el artículo 16.3 de la Ley 14/1986 corresponde a todo sujeto jurídico que de cualquier forma resulta beneficiario de los servicios sanitarios prestados a título privado por el SNS. Y que, por tal razón, cabe hablar de un usuario directo, que es la persona que recibe directamente la atención sanitaria; y de un usuario indirecto, que es el sujeto o entidad privada que, en virtud de una relación de esta naturaleza, asume el compromiso ante determinada persona de prestarle asistencia sanitaria y, ante la dificultad de poder cumplirlo, originada por cualquier circunstancia, deriva a ese paciente particular suyo al SNS y solicita a éste último que le sustituya en la dispensa de esa asistencia a la que se había comprometido con su paciente particular. Debiendo afirmarse, así mismo, que el cuadro de relaciones con el SNS incluye a los terceros que resultan obligados al pago de las atenciones o prestaciones sanitarias que hayan sido facilitadas directamente a otras personas por dicho SNS; que dicha obligación de pago puede resultar de cualquiera de los títulos que enumera el anexo IX; que, entre estos títulos, su punto 7.c) incluye el supuesto en que, en virtud de normas legales o reglamentarias, el importe deba ser a cargo de las entidades o terceros correspondientes; y que el usuario indirecto obligado a soportar la facturación según lo establecido el artículo según lo dispuesto en el artículo 16.3 de la Ley 14/1986 resulta encuadrable en ese supuesto del punto 7.c) que acaba de mencionarse. 5. Y las conclusiones que cabe extraer de todo lo anterior es que las atenciones o servicios sanitarios dispensadas por el SNS podrán ser reclamadas a los sujetos jurídicos o entidades siguientes: (1) a las personas físicas que, a solicitud de ellas mismas, hayan recibido directamente la asistencia sanitaria; (2) a los sujetos o entidades sanitarias que actúan como usuarios indirectos del SNS, por actuar en relación con personas físicas frente a las que asumieron el compromiso de dispensarles asistencia sanitaria encuadrable en una relación de derecho privado y, ante las dificultades de hacerlo con sus propios medios, derivaron a aquellas hacia el SNS y solicitaron de este que efectuara esta dispensa; y (3) que éstos últimos resultan encuadrables en el supuesto de terceros obligados que enumera el apartado 7.c) del anexo IX al que se remite el artículo 2.7 del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre >>.

SEGUNDO.- Sin embargo, como sostiene la recurrente, el presente caso presenta matices diferenciales respecto al contemplado en la sentencia antes referida de esta misma Sala pues la recurrente no es una entidad aseguradora, sino simplemente una sociedad titular de un hospital privado.

Efectivamente, el caso resuelto por la Sentencia núm. 170/2019 de 13 de febrero de 2019 si bien tiene similitud en determinados extremos con la cuestión objeto del presente recurso, en cuanto se trata de una liquidación girada por el Servicio Gallego de Salud por el importe de la asistencia prestada a un asegurado, no tiene que ver con el promovido por la recurrente en cuanto que la entidad frente a la que se gira dicha liquidación en la sentencia aludida es una entidad aseguradora, la "Unión de Artesanos Mutualidad de Previsión social a prima fija", cuyo régimen jurídico, obligaciones con el asegurado y normativa que las regula y afecta, es completamente diferente a la de los centros hospitalarios privados, que cuentan con un régimen jurídico, normativa y relación con los pacientes asistidos, radicalmente distinto.

En el caso a que se refiere la antedicha Sentencia de 13 de febrero de 2019 la recurrente era una entidad aseguradora que estaba unida al paciente por un previo vínculo contractual de aseguramiento del que se derivan obligaciones: a la aseguradora la de prestar una asistencia sanitaria, y al asegurado la de abonar una prima por la que se le garantiza la prestación de las asistencias sanitarias contratadas; mientras que en el caso de mi representada mi poderdante no es ninguna entidad de seguros (es mera titular de un hospital privado) y como tal, no tenía ninguna relación contractual previa con el paciente que le obligue a prestar una asistencia integral al paciente, ni de asumir todas las prestaciones sanitarias en cada una de las especialidades a un paciente.

Como alega la recurrente, cuando un paciente, libremente, entra por la puerta de urgencias de un hospital privado, el Centro no está obligado por ley, ni se obliga contractualmente a prestar una asistencia integral en todas las especialidades al paciente, sino que presta únicamente una primera asistencia en urgencias, y en su caso, si fuera necesario, en las especialidades y con el equipamiento que libremente decida, anuncie en su cuadro de especialidades, y en todo caso, limitadas por la cartera de servicios, especialidades y unidades que tenga autorizada por la autoridad sanitaria (en la preceptiva Autorización Sanitaria de Funcionamiento) y por la propia decisión del paciente, puesto que en este particular sector (el sector hospitalario), no existe una obligación legal o reglamentaria ni contractual (a diferencia de las aseguradoras sanitarias) que obligue a prestar una asistencia integral en todas las especialidades. El Hospital privado no cobra prima alguna, como digo, por garantizar un servicio integral a los pacientes (a diferencia de las entidades aseguradoras), sino



que únicamente factura las asistencias que realmente presta al mismo. En consecuencia, y a diferencia de las entidades aseguradoras, si el paciente tras recibir una primera asistencia en el servicio de urgencias del Hospital privado, finalmente es asistido por un especialista en un hospital público, el Centro Privado, nunca podrá obtener ingreso, prima, ventaja o ser beneficiado ningún tipo de enriquecimiento injusto, en tanto sólo facturará la asistencia prestada en el servicio de urgencias.

En consecuencia con lo anterior y a la pregunta formulada por el Auto de admisión del recurso,

Determinar si un hospital privado que deriva pacientes a un hospital público puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 LGS, desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX RD 1030/2006, y de poder serlo bajo qué concretas condiciones, de modo que resulte posible girarle el precio público establecido para los servicios sanitarios prestados por el servicio de salud de la comunidad autónoma competente.

Es precisamente este extremo el que reviste interés casacional, es decir, en concreto si un centro sanitario (hospital) privado, por su régimen jurídico específico y su relación con el paciente (con el que no suscribe un contrato de seguro de salud, ni recibe una prima a cambio de prestar una asistencia médica integral a diferencia de las entidades aseguradoras sanitarias), puede ser considerado como "tercero obligado al pago" de acuerdo con la normativa vigente.

Como sostiene la recurrente, la norma en vigor, que establece los casos concretos en los que se atribuye la condición de "tercero obligado al pago" (Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre) persigue la necesidad de no destinar fondos adscritos a la sanidad pública cuando las prestaciones sanitarias al paciente estén ya cubiertas por otros mecanismos, ya públicos o privados, es decir, cuando deban ser asumidas por aquellas entidades que tienen la obligación legal o contractual de hacerlo.

En el supuesto de la entidades aseguradoras, en sus dos modalidades: a) emisoras de pólizas por seguros de suscripción obligatoria (de vehículos a motor, viajeros etc.) considerados como "terceros obligados" en los apartados 4 a) b) c) y d) del Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, o b) Aseguradoras de salud emisoras de pólizas seguros de asistencia sanitaria, respecto de sus asegurados, Sentencia de 13 de febrero de 2019 referenciada, como "tercero obligado al pago", invocando el apartado 7 del Anexo IX (Otros obligados al pago), puesto que en ese caso existe un contrato entre asegurador y asegurado que puede obligar, según las condiciones de la póliza, a prestar una asistencia integral al asegurado, incluyendo el transporte sanitario, y por la cual se beneficia y cobra la correspondiente prima.

En esos casos (aseguradoras de salud), si los pacientes deciden su traslado a un hospital público, esas entidades podría considerarse que si estarían utilizando un recurso público para llevar a cabo una obligación legal o contractual que tienen asumida y, por lo tanto, sin soportar los costes de mantener esos medios necesarios. Es precisamente en estas situaciones donde la norma encuentra su finalidad y sentido, y es la propia lógica del sistema de terceros obligados la que exige que esas prestaciones sanitarias sean asumidas precisamente por quien tiene asumida la obligación legal o contractual de prestarlas (Aseguradoras o Mutualidades etc.).

Sin embargo, comparte la Sala el criterio de la recurrente de que esta previsión legal en ningún caso puede extrapolarse al supuesto de los hospitales privados, que no tienen ninguna obligación legal, reglamentaria ni contractual de asumir todas las prestaciones sanitarias a un paciente a cambio de una prima, sino las que libremente decida el hospital y en todo caso limitadas por la cartera de servicios, especialidades y unidades que tenga autorizada por la autoridad sanitaria (en la preceptiva Autorización Sanitaria de Funcionamiento).

TERCERO.- Fijación de doctrina legal.

En consecuencia procede contestar a la pregunta formulada por la Sección: " *Determinar si un hospital privado que deriva pacientes a un hospital público puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y de poder serlo bajo qué concretas condiciones, de modo que resulte posible girarle el precio público establecido para los servicios sanitarios prestados por el servicio de salud de la comunidad autónoma competente*", en el siguiente sentido:

Un hospital privado que deriva o facilita el traslado de pacientes a un hospital público no puede ser considerado tercero obligado al pago de la asistencia sanitaria que se les haya prestado, en el sentido que deriva del artículo 83 de la ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, desarrollado en el artículo 2.7 y en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, salvo en aquellas asistencias sanitarias



prestadas por el Hospital Público cuya atención corresponda al Hospital privado conforme al convenio o concierto suscrito con la respectiva administración sanitaria.

CUARTO.- Sobre las costas.

En virtud de lo dispuesto en el artículo 93.4 LJCA, no procede declaración expresa de condena a las costas del recurso de casación, al no apreciarse mala fe o temeridad en la conducta procesal de ninguna de las partes.

FALLO

Por todo lo expuesto, en nombre del Rey y por la autoridad que le confiere la Constitución, esta Sala ha decidido:

Primero.- Fijar los criterios interpretativos expresados en el fundamento jurídico Tercero de esta sentencia.

Segundo.- Declarar haber lugar al recurso de casación núm. 5617/2018, interpuesto por la procuradora doña Juana Martínez Ibáñez, en representación de IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.U., contra la sentencia dictada el 8 de mayo de 2018 por la Sección Primera de la Sala de lo Contencioso-administrativo, con sede en Santa Cruz de Tenerife, del Tribunal Superior de Justicia de Canarias, que desestimó el recurso 117/2017, relativo a tres liquidaciones de precios públicos girados por la asistencia sanitaria recibida por pacientes derivados por el Hospital Quirónsalud Costa Adeje a un centro sanitario público, el Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria.

Tercero.- Que como consecuencia de la estimación del recurso de casación y la consiguiente anulación de la sentencia impugnada, el Tribunal Supremo se sitúa en la posición procesal propia del Tribunal de instancia, y entrando a resolver del fondo del asunto, procede la resolución del litigio en los términos en que quedó planteado el debate procesal en la instancia; y en consecuencia estimamos el recurso contencioso-administrativo interpuesto por esta parte en los términos solicitados en el escrito de demanda, contra las tres Resoluciones de la Junta Económico-Administrativa de Canarias dictadas en sesión de 6 de abril de 2017, y las anulamos, y dejamos sin efecto las tres Resoluciones de la Junta Económico-Administrativa de Canarias dictadas en sesión de 6 de abril de 2017, así como las liquidaciones/ facturas emitidas que derivan de dichos expedientes. Se declara no haber lugar a la reclamación de las cantidades en ellas detalladas en concepto de precio público, acordando en consecuencia en su caso la devolución las cantidades que hubiesen sido abonadas por la recurrente.

Cuarto.- No formular pronunciamiento sobre las costas del recurso de casación.

Notifíquese esta resolución a las partes e insértese en la colección legislativa.

Así se acuerda y firma.

D. Nicolas Maurandi Guillen D. José Díaz Delgado

D. Angel Aguallo Aviles D. Jose Antonio Montero Fernandez

D. Francisco José Navarro D. Jesus Cudero Blas

D. Isaac Merino Jara D^a Esperanza Córdoba Castroverde.

PUBLICACIÓN . Leída y publicada ha sido la anterior sentencia por el Magistrado Ponente en la misma, Excmo. Sr. D. José Díaz Delgado, estando celebrando audiencia pública la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Supremo, lo que, como Letrada de la Administración de Justicia, certifico.