



CONSULTA PÚBLICA PREVIA SOBRE EL ANTEPROYECTO DE LEY DE MEDIDAS PARA LA EQUIDAD, UNIVERSALIDAD Y COHESIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

De conformidad con lo previsto en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, con el objetivo de mejorar la participación de los ciudadanos en el procedimiento de elaboración de normas, con carácter previo a la elaboración del proyecto de reglamento, se sustanciará una consulta pública, a través del portal de la web de la administración competente, en la que se recabará la opinión de los sujetos y de las organizaciones más representativas potencialmente afectados por la futura norma acerca de:

- a) Los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa.
- b) La necesidad y oportunidad de su aprobación.
- c) Los objetivos de la norma.
- d) Las posibles soluciones alternativas regulatorias y no regulatorias.

En cumplimiento de lo anterior y de acuerdo con lo dispuesto en la Orden PRE/1590/2016, de 3 de octubre, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros de 30 de septiembre de 2016, por la que se dictan instrucciones para habilitar la participación pública en el proceso de elaboración normativa a través de los portales web de los departamentos ministeriales, se plantea el siguiente cuestionario:

Los ciudadanos, organizaciones y asociaciones que así lo consideren, pueden hacer llegar sus opiniones sobre los aspectos planteados en este cuestionario, hasta el día 19 de noviembre 2020, a través del siguiente buzón de correo electrónico: cpncartera@mscbs.es

Antecedentes de la norma	<p>Los antecedentes relativos a este proyecto se encuentran en diferentes normas, dado que los problemas que se pretenden solucionar con la iniciativa se enmarcan legislativamente en:</p> <ul style="list-style-type: none">- <i>Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en adelante Ley 50/1997.</i>- <i>Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del</i>
---------------------------------	---



Sistema Nacional de Salud (en adelante, SNS).

- *Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud.*
- *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 sus prestaciones.*

La exposición de los antecedentes de la norma se realiza en relación con los objetivos a alcanzar:

- 1) Hacer preceptiva la evaluación del impacto en salud en la elaboración de las iniciativas normativas reguladas por la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, disponiendo en las Memorias del análisis de Impacto Normativo de un apartado relativo al impacto en la salud de la población.

Tal y como se define en la Declaración de Helsinki sobre salud en todas las políticas (8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud de la Organización Mundial de la Salud), la incorporación de la salud a todas las políticas consiste en adoptar un enfoque intersectorial de las políticas públicas en el que se tengan en cuenta sistemáticamente las repercusiones sanitarias de las decisiones, se promuevan las sinergias y se eviten los efectos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria.

La legislación sanitaria española ya recogía este enfoque en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, a través de su artículo 35, donde se establece que “la evaluación de impacto en salud deberá prever los efectos directos e indirectos de las políticas sanitarias y no sanitarias sobre la salud de la población y las desigualdades sociales en salud con el objetivo de la mejora de las actuaciones” y que “las Administraciones públicas deberán someter a evaluación del impacto en salud, las normas, planes, programas y



proyectos que seleccionen por tener un impacto significativo en la salud, en los términos previstos en esta ley”.

- 2) Evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios, eliminando la relación de financiación con el tipo de cartera, de tal forma que no puedan establecerse copagos sanitarios nuevos.

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, modificó el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, y dividió la cartera común de servicios en torno a las siguientes modalidades:

- a) Cartera común básica de servicios asistenciales del SNS.
- b) Cartera común suplementaria del SNS.
- c) Cartera común de servicios accesorios del SNS.

Esto conllevó dos aspectos relevantes: la división de la cartera común de servicios del SNS según prestaciones y el establecimiento de la modalidad de financiación de las mismas. Así pues, la cartera común básica de servicios asistenciales se establece como financiada de forma íntegra mediante fondos públicos, mientras que, para las carteras comunes suplementaria (incluye las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, dietoterápica y el transporte sanitario no urgente) y de servicios accesorios (incluye las actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico), se establece que ambas estarán sujetas a la aportación del usuario y esta se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica.

- 3) Garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida.



	<p>En la redacción de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, dada por el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, se recuperó la titularidad del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a todas las personas con nacionalidad española y a las personas extranjeras que tienen establecida su residencia en el territorio español y devolvió el derecho a la protección de la salud a las personas no registradas ni autorizadas a residir en España, garantizando la igualdad efectiva y el acceso universal al SNS.</p> <p>También se desligó el aseguramiento con cargo a los fondos públicos de la Seguridad Social al vincularse a la residencia en España, así como a aquellas personas que, sin residir habitualmente en el territorio español, tengan reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico.</p> <p>4) Fortalecer la cohesión y equidad en el SNS facilitando la viabilidad de desarrollo reglamentario del Fondo de Garantía Asistencial</p> <p>El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, regula, en su artículo 3, el Fondo de Garantía Asistencial con el objeto de garantizar la cohesión y equidad en el SNS, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de personas titulares del derecho a la protección de la salud en el SNS. El apartado 5 del citado artículo establece que el importe de las cuantías a liquidar vendrá determinado por dos modalidades de desplazamiento: de corta duración (inferior de 1 mes) y de larga duración (igual o superior a 1 mes).</p>
<p>Problemas que se pretenden solucionar con la nueva norma</p>	<p>En relación con la <u>Ley 50/1997, de 27 de noviembre</u>, se pretende que la evaluación del impacto en salud sea preceptiva en la elaboración de los anteproyectos de ley, los proyectos de real decreto legislativo y las normas reglamentarias, dado que la salud de la población está</p>



	<p>determinada por las políticas e intervenciones en todos los niveles de Gobierno. Esta evaluación preceptiva es determinante para la implantación efectiva y sistemática de la salud en todas las políticas.</p> <p>En relación con la <u>Ley 16/2003, de 28 de mayo</u>, se pretende establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse copagos sanitarios nuevos que no atiendan a la situación socioeconómica de las personas.</p> <p>Con relación a la modificación introducida por el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, respecto al acceso universal al SNS, en este anteproyecto se pretende, tras la experiencia acumulada en la aplicación de la norma citada, realizar las modificaciones pertinentes para garantizar plenamente el derecho a la protección de la salud y garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud.</p> <p>En relación con el <u>Fondo de Garantía Asistencial</u>, se pretende suprimir el apartado 5 del citado artículo para poder abordar esta cuestión en el desarrollo reglamentario preceptivo (tal y como ha observado el Tribunal de cuentas en el “Informe de fiscalización del sistema de compensación de los gastos por asistencia sanitaria gestionado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Ejercicio 2017”), de forma coordinada con las comunidades autónomas para alcanzar un consenso en esta cuestión.</p>
<p>Necesidad y oportunidad de su aprobación</p>	<p>La exposición de la necesidad y oportunidad de su aprobación se realiza en función a las normas a modificar, en concreto:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Ley 50/1997, de 27 de noviembre. <p>Los grandes retos de salud actuales, haciendo especial mención a la pandemia de la COVID-19, sólo pueden abordarse con garantías de éxito si el conjunto de la sociedad se gobierna teniendo en cuenta y maximizando los resultados que las diversas actuaciones y normas tienen en la salud. Esto ya se anunciaba en el preámbulo de la Ley 3/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.</p>



Salud en Todas las Políticas es un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que, de manera sistemática, tiene en cuenta las implicaciones en la salud que conllevan las decisiones que se toman, busca sinergias y evita impactos perjudiciales para la salud con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud.

Por ello, es imprescindible que, más allá de las acciones realizadas por las Administraciones sanitarias de este país y aquellas que realiza en coordinación con otros órganos de Gobierno, se fortalezca la visión de que la salud se considera como uno de los resultados esperados de las diversas políticas e intervenciones en todos los niveles de gobierno.

2. Ley 16/2003, de 28 de mayo.

La modificación que introdujo el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, dividiendo la cartera común de servicios del SNS, abrió la posibilidad de establecer nuevos copagos, siguiendo las mismas reglas que los copagos farmacéuticos, en prestaciones en que hasta la fecha no están impuestos, tales como el transporte sanitario no urgente, los productos dietoterápicos y los productos ortoprotésicos.

Cabe destacar que actualmente la prestación ortoprotésica ambulatoria está sujeta a aportación, pero esta no sigue el patrón definido para la prestación farmacéutica de medicamentos dispensados en oficinas de farmacia. Dicha aportación está definida según los importes establecidos en el anexo VI 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, de acuerdo con el tipo de producto (oscilan entre los 12 y 36 euros en el caso de ortesis y ortoprotésis especiales y los cero euros en prótesis externas y sillas de ruedas).

La prestación con productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente nunca han tenido aportación del usuario. Tras la aprobación del citado Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, se elaboraron



sendos proyectos de orden para establecer una aportación muy reducida en ambas prestaciones, pero finalmente se decidió no poner en marcha esta aportación, por lo que nunca se llegaron a aprobar dichas órdenes.

Dicho esto, la reglamentación para establecer el copago para las prestaciones de la cartera suplementaria solo se ha visto satisfecha tras el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, en la prestación farmacéutica y se mantuvo la aportación que venía teniendo la prestación ortoprotésica.

Tras lo expuesto, de poder establecerse estos nuevos copagos, incrementarían las cargas financieras de las familias españolas y aumentarían las desigualdades sociales en salud actuales al no poder ser asumidos por parte de la población, en especial por la población en riesgo de pobreza o exclusión social que, además, ha sido duramente afectada por la situación vivida en la pandemia de la COVID-19.

3. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio.

Tras dos años desde su aprobación, se ha evidenciado la necesidad de modificación con objeto, entre otros, de garantizar homogeneidad en el procedimiento y de ampliar la cobertura sanitaria en nuestro país a colectivos sin cobertura en el momento actual.

4. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo

Se han producido intentos de desarrollo legislativo de esta norma que no han progresado ante la falta de consenso de las comunidades autónomas con lo contemplado en su artículo 3.5 respecto a que el importe de las cuantías a liquidar en los supuestos de desplazamientos de larga duración (igual o superior a un mes) se abonarán de acuerdo a la cápita mensual utilizada para los cálculos estadísticos de contabilidad sanitaria del Sistema de Cuentas de Salud. Asimismo, se produjeron otros desacuerdos al respecto, tales como que no se compensaran los gastos derivados de los ingresos hospitalarios en caso de estancias de corta duración o la atención a



	<p>urgencias.</p> <p>La supresión del apartado 5 del artículo 3 pretende facilitar el consenso necesario para poder efectuar el desarrollo reglamentario que la aplicación de este fondo requiere.</p>
<p>Objetivo de la norma</p>	<p>El objetivo de la norma en relación con la <u>Ley 50/1997, de 27 de noviembre</u>, es que la Memoria de Análisis de Impacto Normativo de las iniciativas normativas disponga de un apartado relativo al impacto en la salud de la población.</p> <p>En relación con la <u>Ley 16/2003, de 28 de a mayo</u>, el objetivo consiste en establecer las garantías necesarias para que no puedan introducirse copagos sanitarios nuevos. En concreto, se persigue:</p> <ol style="list-style-type: none">1) Reestablecer la cartera común de servicios del SNS, unificando la cartera común básica de servicios asistenciales, la cartera común suplementaria y la cartera común de servicios accesorios, tal y como estaba hasta la modificación introducida por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de mayo.2) Evitar la incorporación de nuevos copagos sanitarios, eliminando la relación de financiación con el tipo de cartera, de tal forma que no puedan establecerse copagos sanitarios nuevos.3) Modificar el artículo 8 y suprimir los artículos (8 bis, 8 ter y 8 quáter) que introdujo el citado real decreto-ley. <p>Esta norma no persigue eliminar la cartera complementaria de las comunidades autónomas.</p> <p>En relación con la modificación introducida por el Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, el objetivo es garantizar la homogeneidad en la efectividad del derecho a la protección a la salud y ampliar los derechos de población actualmente no incluida.</p> <p>En lo referente al <u>Fondo de Garantía Asistencial</u>, el objetivo es hacer viable el desarrollo reglamentario para poder cubrir mediante este</p>



	fondo extrapresupuestario los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla y garantizar la cohesión y equidad en el SNS.
Posibles soluciones alternativas y no regulatorias	Queda descartada la opción de no hacer nada, dado que esta alternativa afectaría a la salud de la población española, así como a la cohesión y equidad en el SNS. Asimismo, los objetivos a alcanzar exigen una solución regulatoria.