

Departamento de Documentación

Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud

[121/000021]



DOCUMENTOS COMPARATIVOS Y
TEXTO DEROGADO



Documentos comparativos: textos vigentes y propuestas de modificación

- **Ley 16/2003**, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud
- **Real Decreto 8/2008**, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados
- **Real Decreto Legislativo 1/2015**, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

Texto que deroga

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

LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

[Texto consolidado]

Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud

[modificación]¹

CAPÍTULO PRELIMINAR

Disposiciones generales

Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española **y** las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.

Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria, tendrán acceso a la misma, siempre que residan

Artículo 3. Titulares del derecho a la protección a la salud y a la atención sanitaria.

1. Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todas las personas con nacionalidad española, **así como** las personas extranjeras que tengan establecida su residencia en el territorio español.

Sin perjuicio de lo anterior, las personas con derecho a la asistencia sanitaria en España en aplicación de los reglamentos comunitarios de coordinación de sistemas de Seguridad Social o de los convenios bilaterales que comprendan la prestación de asistencia sanitaria tendrán acceso a la misma, siempre que residan

¹ Se resalta en la columna de la izquierda, en color rojo, lo que se suprime y en la de la derecha, en color azul, las modificaciones y adiciones propuestas en el Proyecto de Ley.

en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.

2. Para hacer efectivo el derecho al que se refiere el apartado 1 con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.

b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

c) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

en territorio español o durante sus desplazamientos temporales a España, en la forma, extensión y condiciones establecidos en las disposiciones comunitarias o bilaterales indicadas.

2. Para hacer efectivo el derecho al que se refiere el [párrafo primero](#) del apartado 1 con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, las personas titulares de los citados derechos deberán encontrarse en alguno de los siguientes supuestos:

a) Tener nacionalidad española y residencia habitual en el territorio español.

b) Tener reconocido su derecho a la asistencia sanitaria en España por cualquier otro título jurídico, aun no teniendo su residencia habitual en territorio español, siempre que no exista un tercero obligado al pago de dicha asistencia.

c) Ser persona extranjera y con residencia legal y habitual en el territorio español y no tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía.

d) Ser persona con nacionalidad española de origen residente en el exterior que, no teniendo cobertura de la asistencia sanitaria de acuerdo con las normas internacionales en materia de coordinación de Seguridad Social, se desplazada temporalmente al territorio español, así como los familiares que, sin tener cobertura sanitaria por otra vía, le acompañen y se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

1.ª Ser su cónyuge o conviviente con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

2.ª Ser su descendiente o de su cónyuge o de su pareja de hecho, cuando esté a cargo de aquellas.

3.ª Ser su ascendiente o de su cónyuge o de su pareja de hecho, cuando esté a cargo de aquellas.

Para que las personas contempladas en esta letra reciban atención sanitaria con cargo a fondos públicos, esta atención no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.

3. Aquellas personas que de acuerdo con el apartado 2 no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos, podrán obtener dicha prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

4. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

e) Ser persona ascendiente reagrupada por su hijo o hija titular del derecho a la protección y a la asistencia sanitaria y estar a su cargo, siempre que no exista un tercero obligado al pago de su asistencia sanitaria. A tales efectos, las autoridades competentes no exigirán seguro de enfermedad para la autorización de residencia en España o la inscripción en el registro central de extranjeros, cuando comprueben que la persona ascendiente se encuentra a cargo de la persona titular del derecho.

3. Aquellas personas que de acuerdo con el apartado 2 no tengan derecho a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos podrán obtener dicha prestación mediante el pago de la correspondiente contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

4. Lo dispuesto en los apartados anteriores de este artículo no modifica el régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares y sus beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, la Mutualidad General Judicial y el Instituto Social de las Fuerzas Armadas, que mantendrán su régimen jurídico específico.

A este respecto, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público serán adscritas a los servicios de salud de las Comunidades Autónomas o al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, según corresponda, que les facilitarán, conforme a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10 con la única salvedad de la prestación farmacéutica ambulatoria a través de las oficinas de farmacia.

Por su parte, las personas encuadradas en dichas mutualidades que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de entidades de seguro deberán ser atendidas en los centros sanitarios concertados por estas entidades. En caso de recibir asistencia en centros sanitarios públicos, el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado al pago, de acuerdo a la normativa vigente.

Artículo 3 bis. Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

1. El reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el artículo 3.2, en la forma en que se determine reglamentariamente.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo anterior, la gestión de los derechos de asistencia sanitaria derivados de las normas internacionales de coordinación de los sistemas de seguridad social, así como las demás funciones atribuidas por dichas normas a las instituciones competentes y organismos de enlace, corresponderán al Instituto Nacional de la Seguridad Social.

2. Una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, éste se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

3. Los órganos competentes en materia de extranjería podrán comunicar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y a las entidades y administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, sin contar con el consentimiento del interesado, los datos que resulten imprescindibles para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y las entidades y administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, podrán tratar los datos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes y órganos de las administraciones públicas competentes que resulten

Artículo 3 bis. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras no titulares del derecho.

1. Las siguientes personas extranjeras tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas titulares del derecho durante su permanencia en España:

a) Personas solicitantes de protección internacional.

b) Personas solicitantes y beneficiarias de protección temporal.

c) Víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual que hayan sido identificadas en el marco de lo dispuesto por el artículo 59 bis de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, de derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social o que hayan sido acreditadas como tales en el marco de lo dispuesto por el artículo 47 del Real Decreto-ley 6/2022, de 29 de marzo, por el que se adoptan medidas urgentes en el marco del Plan Nacional de respuesta a las consecuencias económicas y sociales de la guerra en Ucrania.

d) Personas no registradas ni autorizadas como residentes en España.

2. La asistencia sanitaria a la que se refiere este artículo no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables.

3. En el caso de las personas incluidas en la letra d) del apartado 1 la citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos:

a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable.

imprescindibles para verificar la concurrencia del reconocimiento y control del citado derecho. La mencionada cesión de estos datos no precisará del consentimiento del interesado.

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y las entidades y administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, tratarán la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y atención sanitaria con cargo a fondos públicos, sin precisar para ello del consentimiento del interesado.

Cualquier modificación o variación que puedan comunicar el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y las entidades y administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1, deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual.

b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.

c) No existir un tercero obligado al pago.

Estos requisitos podrán acreditarse ante las administraciones competentes mediante declaración responsable de la persona solicitante, de acuerdo al artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

4. Para que las personas extranjeras que se encuentren en situación de estancia, de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, reciban asistencia sanitaria con cargo a los fondos públicos será preceptivo un informe previo favorable que acredite su voluntad de residir en España emitido por los servicios sociales competentes de las Comunidades Autónomas o de las ciudades de Ceuta o de Melilla en el caso del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. La atención sanitaria no podrá constituir el motivo de su desplazamiento.

5. Las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo. En cualquier caso, la asistencia se prestará con cargo a los fondos públicos desde el momento de la presentación de la solicitud, sin menoscabo de que posteriormente, al resolverse el procedimiento administrativo, se deba gestionar el pago de la asistencia recibida por la persona usuaria o por un tercero obligado al pago.

	<p>6. Las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este artículo.</p>
<p>Artículo 3 ter. Protección de la salud y atención sanitaria a las personas extranjeras que encontrándose en España no tengan su residencia legal en el territorio español.</p> <p>1. Las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española, tal y como se establece en el artículo 3.1.</p> <p>2. La citada asistencia será con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes siempre que dichas personas cumplan todos los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none">a) No tener la obligación de acreditar la cobertura obligatoria de la prestación sanitaria por otra vía, en virtud de lo dispuesto en el derecho de la Unión Europea, los convenios bilaterales y demás normativa aplicable.b) No poder exportar el derecho de cobertura sanitaria desde su país de origen o procedencia.c) No existir un tercero obligado al pago. <p>2. La asistencia sanitaria a la que se refiere este artículo no genera un derecho a la cobertura de la asistencia sanitaria fuera del territorio español financiada con cargo a los fondos públicos de las administraciones competentes, sin perjuicio de lo dispuesto en las normas internacionales en materia de seguridad social aplicables.</p>	<p>Artículo 3 ter. Reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos.</p> <p>1. La competencia para el reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos corresponderá al Ministerio de Sanidad con la colaboración de las entidades y administraciones públicas imprescindibles para comprobar la concurrencia de los requisitos a los que se refiere el artículo 3.2. Reglamentariamente se determinarán los procedimientos para ejercer el reconocimiento y control del derecho, cuya gestión podrá estar atribuida a otros órganos o entidades de las administraciones públicas.</p> <p>Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo anterior, la expedición del documento certificativo que acredite el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en los supuestos a que se refiere el artículo 3 bis, así como la gestión de la asistencia sanitaria, será competencia de las Comunidades Autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.</p> <p>Por su parte, el reconocimiento y la gestión de los derechos de asistencia sanitaria derivados de las normas internacionales de coordinación de los sistemas de seguridad social, así como las demás funciones atribuidas por dichas normas a las instituciones competentes y organismos de enlace, corresponderán al Instituto Nacional de la Seguridad Social o al Instituto Social de la Marina en el ámbito de las competencias que tienen asignadas.</p> <p>2. Una vez reconocido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, este se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual o del documento que en cada caso corresponda.</p>

3. Las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, fijarán el procedimiento para la solicitud y expedición del documento certificativo que acredite a las personas extranjeras para poder recibir la prestación asistencial a la que se refiere este artículo.

En aquellos casos en que las personas extranjeras se encuentren en situación de estancia temporal de acuerdo con lo previsto en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre Derechos y Libertades de los Extranjeros en España y su Integración Social, será preceptiva la emisión de un informe previo favorable de los servicios sociales competentes de las comunidades autónomas.

4. Las comunidades autónomas deberán comunicar al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, mediante el procedimiento que se determine, los documentos certificativos que se expidan en aplicación de lo previsto en este artículo.

3. El Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1 podrán acceder telemáticamente a los datos referentes a la situación administrativa de los extranjeros, así como a otros datos personales, excluidos los datos de salud, para realizar la comprobación necesaria del reconocimiento y control del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria con cargo a fondos públicos, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 6.1.e) del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016.

Del mismo modo, el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1 podrán tratar los datos administrativos obrantes en los ficheros de las entidades gestoras, servicios comunes y órganos de las administraciones públicas competentes para verificar la concurrencia del reconocimiento y control del citado derecho.

El Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1 tratarán la información a la que se refieren los dos párrafos anteriores con la finalidad de comunicar a las administraciones sanitarias competentes los datos administrativos, así como otros datos personales, excluidos los datos de salud, necesarios para verificar en cada momento que se mantienen las condiciones y los requisitos exigidos para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y atención sanitaria con cargo a fondos públicos.

Cualquier modificación o variación que puedan comunicar el Ministerio de Sanidad y los órganos o las entidades de las administraciones públicas a las que se refiere el apartado 1 deberá surtir los efectos que procedan en la tarjeta sanitaria individual o en el documento que en cada caso corresponda.

CAPÍTULO I

De las prestaciones

Sección 1.ª Ordenación de prestaciones

Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud **es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.**

2. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud se articulará en torno a las siguientes modalidades:

a) Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 bis.

b) Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 ter.

c) Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud a la que se refiere el artículo 8 quáter.

Artículo 8. Cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud **comprende todas las actividades asistenciales de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, con ingreso del paciente o ambulatoriamente, pudiendo ser la modalidad de atención presencial o no presencial, incluyendo las prestaciones farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietoterápicos, el transporte sanitario urgente y no urgente, así como los servicios accesorios, entendiéndose como tales 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 o para la prevención de la intensificación de una discapacidad. Asimismo, incluye las prestaciones de salud pública.**

2. Todas las prestaciones incluidas en la cartera común de servicios estarán basadas en el conocimiento y evidencia científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias y de mejora de la salud de la población.

3. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante **Real Decreto**.

4. **El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad realizará anualmente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.**

3. En el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se aprobará mediante **real decreto, sin perjuicio de la normativa específica aplicable a la prestación farmacéutica.**

4. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial y la longitudinalidad, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en la persona, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta y el derecho a la participación en salud.

5. Para las prestaciones ortoprotésica, de productos dietoterápicos y de servicios accesorios se aprobarán, por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud, al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y a las mutualidades administrativas por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.

6. La cartera común de servicios está financiada en su totalidad con cargo a los fondos públicos, salvo las singularidades establecidas en la normativa específica en el caso de la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y las prestaciones de servicios accesorios que estarán sujetas a aportación por parte de la persona usuaria.

7. El Ministerio de Sanidad realizará periódicamente una evaluación de los costes de aplicación de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como del cumplimiento de la equidad en el acceso a las prestaciones y servicios incluidos en ella.

Artículo 8 bis. Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

2. La prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta.

Artículo 8 ter. Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.

1. La cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario.

2. Esta cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud incluirá las siguientes prestaciones:

- a) Prestación farmacéutica.
- b) Prestación ortoprotésica.
- c) Prestación con productos dietéticos.

3. También gozará de esta consideración el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

4. Para las prestaciones previstas en el apartado 2 de este artículo, a excepción de la prestación farmacéutica que se regirá por su normativa, se aprobarán por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,

<p>previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, la actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final.</p> <p>5. El porcentaje de aportación del usuario se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como base de cálculo para ello el precio final del producto y sin que se aplique el mismo límite de cuantía a esta aportación.</p>	
<p>Artículo 8 quáter. Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>1. La cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud incluye todas aquellas 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, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.</p> <p>2. Por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, se aprobará la inclusión de servicios accesorios, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, así como las modalidades de aportación o reembolso aplicables en cada caso.</p> <p>Las actividades, servicios o técnicas incluidas en esta modalidad de cartera se harán efectivas una vez se aprueben por orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.</p>	

3. La aportación del usuario o, en su caso, el reembolso, se regirá por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica, tomando como referencia el precio final de facturación que se decida para el Sistema Nacional de Salud.

Artículo 13. Prestación de atención especializada.

1. La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquél pueda reintegrarse en dicho nivel.

2. La atención sanitaria especializada comprenderá:

- a) La asistencia especializada en consultas.
- b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- c) La hospitalización en régimen de internamiento.
- d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.
- e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- f) La atención paliativa a enfermos terminales.
- g) La atención a la salud mental.
- h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional **recuperable**.

Artículo 13. Prestación de atención especializada.

1. La atención especializada comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de la enfermedad, cuya naturaleza aconseja que se realicen en este nivel. La atención especializada garantizará la continuidad de la atención integral al paciente, una vez superadas las posibilidades de la atención primaria y hasta que aquel pueda reintegrarse en dicho nivel.

2. La atención sanitaria especializada, **en coordinación con la atención primaria**, comprenderá:

- a) La asistencia especializada en consultas.
- b) La asistencia especializada en hospital de día, médico y quirúrgico.
- c) La hospitalización en régimen de internamiento.
- d) El apoyo a la atención primaria en el alta hospitalaria precoz y, en su caso, la hospitalización a domicilio.
- e) La indicación o prescripción, y la realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- f) La atención paliativa a enfermos terminales.
- g) La atención a la salud mental.
- h) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional **encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e**

<p>3. La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.</p>	<p>independencia posible, con el fin de mantener su máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual.</p> <p>i) La medicina de precisión personalizada, predictiva, preventiva, participativa y poblacional.</p> <p>3. La atención especializada se prestará, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, en consultas externas y en hospital de día.</p>
<p>Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.</p> <p>1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.</p> <p>2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los cuidados sanitarios de larga duración. b) La atención sanitaria a la convalecencia. c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. <p>3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes.</p>	<p>Artículo 14. Prestación de atención sociosanitaria.</p> <p>1. La atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellas personas, generalmente pacientes crónicos y/o personas con discapacidad, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social y en su caso, y de acuerdo con sus condiciones personales, el mantenimiento o la reintegración en el ámbito laboral.</p> <p>2. En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria determine y en cualquier caso comprenderá:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Los cuidados sanitarios de larga duración. b) La atención sanitaria a la convalecencia. c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional encaminada a facilitarles, mantenerles o devolverles el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible, con el fin de mantener su máxima autonomía y reintegrarles en su medio habitual. <p>3. La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales y, en su caso, educativos, a través de la adecuada coordinación entre las administraciones públicas correspondientes.</p>

	<p>4. Esta coordinación será reforzada mediante la constitución de órganos de coordinación sociosanitaria en las Comunidades Autónomas y ciudades de Ceuta y de Melilla que faciliten la cooperación entre el ámbito social y sanitario, así como el educativo, para responder de forma integral, coordinada y eficiente a las necesidades de atención de las personas en situación de dependencia, con discapacidad o con enfermedades crónicas o de salud mental, entre otras. Asimismo, se dispondrá de un sistema de información compartido que permita la gestión y el seguimiento de los planes de atención individualizados.</p>
--	---

REAL DECRETO 8/2008, DE 11 DE ENERO, POR EL QUE SE REGULA LA PRESTACIÓN POR RAZÓN DE NECESIDAD A FAVOR DE LOS ESPAÑOLES RESIDENTES EN EL EXTERIOR Y RETORNADOS

Real Decreto 8/2008, de 11 de enero, por el que se regula la prestación por razón de necesidad a favor de los españoles residentes en el exterior y retornados

[Texto consolidado]

Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud

[modificación]¹

CAPÍTULO IV

Prestaciones para españoles de origen retornados

Artículo 26. Asistencia sanitaria para **españoles de origen retornados y para los trabajadores y pensionistas españoles de origen residentes en el exterior desplazados temporalmente al territorio nacional y para los familiares de los anteriores que se establezcan con ellos o les acompañen.**

1. Los españoles de origen residentes en el exterior que retornen a España así como los trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia y los pensionistas españoles de origen residentes en el exterior en sus desplazamientos temporales a nuestro país tendrán derecho a la asistencia sanitaria cuando, de acuerdo con las

Artículo 26. Asistencia sanitaria para **las personas españolas de origen desplazadas temporalmente al territorio nacional y para los familiares que les acompañen.**

Las personas españolas de origen residentes en el exterior, así como los familiares que les acompañen, tendrán derecho a la asistencia sanitaria en sus desplazamientos temporales a nuestro país en los términos previstos en la legislación vigente en materia sanitaria.

¹ Se resalta en la columna de la izquierda, en color rojo, lo que se suprime y en la de la derecha, en color azul, las modificaciones y adiciones propuestas en el Proyecto de Ley.

disposiciones de la legislación de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, no tuvieran prevista esta cobertura.

2. Los familiares de los españoles de origen retornados que se establezcan con ellos en España, y los de los pensionistas y trabajadores por cuenta ajena y por cuenta propia españoles de origen, residentes en el exterior, que les acompañen en sus desplazamientos temporales a España, tendrán igualmente derecho a la asistencia sanitaria en España, a través del Sistema Nacional de Salud, cuando, de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios internacionales de Seguridad Social establecidos al efecto, estos familiares no tuvieran prevista esta cobertura.

A los efectos indicados, se entenderá que son familiares con derecho a asistencia sanitaria:

a) El cónyuge de las personas indicadas en el apartado 1 o quien conviva con ellas con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.

b) Los descendientes de las personas indicadas en el apartado 1 o los de su cónyuge o los de su pareja de hecho, que estén a cargo de aquellas y sean menores de 26 años o mayores de dicha edad con una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65 por ciento.

3. El reconocimiento del derecho a la asistencia sanitaria en todos estos supuestos corresponde al Instituto Nacional de la Seguridad Social, el cual expedirá el documento acreditativo del derecho. Este derecho se conservará hasta que el beneficiario reúna los requisitos establecidos para obtenerlo de acuerdo con las disposiciones de Seguridad Social española, las del Estado de procedencia o las normas o Convenios Internacionales de Seguridad Social.

Los españoles de origen retornados justificarán su condición mediante la presentación de la baja consular en el país de residencia y el certificado de empadronamiento en el municipio donde hayan fijado su residencia en nuestro país.

REAL DECRETO LEGISLATIVO 1/2015, DE 24 DE JULIO, POR EL QUE SE APRUEBA EL TEXTO REFUNDIDO DE LA LEY DE GARANTÍAS Y USO RACIONAL DE LOS MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS

Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios

[Texto consolidado]

Proyecto de Ley de universalidad del Sistema Nacional de Salud

[modificación]¹

TÍTULO VIII

De la financiación pública de los medicamentos y productos sanitarios

Artículo 102. Aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.

1. Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria, a través de oficinas o servicios de farmacia.

Artículo 102. Aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria.

1. Se entiende por prestación farmacéutica ambulatoria la que se dispensa al paciente mediante receta médica u orden de dispensación hospitalaria, a través de oficinas o servicios de farmacia.

¹ Se resalta en la columna de la izquierda, en color rojo, lo que se suprime y en la de la derecha, en color azul, las modificaciones y adiciones propuestas en el Proyecto de Ley.

2. Solo la prestación farmacéutica ambulatoria que se dispense por medio de receta médica oficial u orden de dispensación a través de oficinas de farmacia estará sujeta a aportación del usuario.

3. La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.

4. La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

5. Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 40 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

e) Un 40 % del PVP para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a los que se refiere el artículo 3 ter de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

2. Solo la prestación farmacéutica ambulatoria que se dispense por medio de receta médica oficial u orden de dispensación a través de oficinas de farmacia estará sujeta a aportación del usuario.

3. La aportación del usuario se efectuará en el momento de la dispensación del medicamento o producto sanitario.

4. La aportación del usuario será proporcional al nivel de renta que se actualizará, como máximo, anualmente.

5. Con carácter general, el porcentaje de aportación del usuario seguirá el siguiente esquema:

a) Un 60 % del PVP para los usuarios y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

b) Un 50 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas.

c) Un 40 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado activo y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados a) o b) anteriores.

d) Un 10 % del PVP para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios, con excepción de las personas incluidas en el apartado a).

e) Un 40 % del PVP para las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España a las que se refiere el artículo 3 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

f) Un 40 % del PVP para las personas con nacionalidad española de origen residentes en el exterior desplazadas temporalmente al territorio español, así como los familiares que les acompañen, a las que se refiere el artículo 3 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

6. Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:

a) Un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros.

b) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) o d), hasta un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros.

c) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18,52 euros.

d) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionista de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 61,75 euros.

7. El importe de las aportaciones que excedan de las cuantías mencionadas en el apartado anterior será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

g) Un 40 % del PVP para las personas extranjeras solicitantes de protección internacional, desplazadas solicitantes y beneficiarias de protección temporal y víctimas de trata de seres humanos o de explotación sexual a las que se refiere el artículo 3 bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

6. Con el fin de garantizar la continuidad de los tratamientos de carácter crónico y asegurar un alto nivel de equidad a los pacientes pensionistas con tratamientos de larga duración, los porcentajes generales estarán sujetos a topes máximos de aportación en los siguientes supuestos:

a) Un 10 % del PVP en los medicamentos pertenecientes a los grupos ATC de aportación reducida, con una aportación máxima de 4,24 euros.

b) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea inferior a 18.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas o que no estén incluidos en los siguientes apartados c) o d), hasta un límite máximo de aportación mensual de 8,23 euros.

c) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionistas de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea igual o superior a 18.000 euros e inferior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 18,52 euros.

d) Para las personas que ostenten la condición de asegurado como pensionista de la Seguridad Social y sus beneficiarios cuya renta sea superior a 100.000 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, hasta un límite máximo de aportación mensual de 61,75 euros.

7. El importe de las aportaciones que excedan de las cuantías mencionadas en el apartado anterior será objeto de reintegro por la comunidad autónoma correspondiente, con una periodicidad máxima semestral.

8. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

b) Personas perceptoras de rentas de integración social.

c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.

d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.

g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.

h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.

i) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

9. El nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutuality General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles de aplicación lo dispuesto en el párrafo a) del apartado 6 y en el párrafo e) del apartado 8.

8. Estarán exentos de aportación los usuarios y sus beneficiarios que pertenezcan a una de las siguientes categorías:

a) Afectados de síndrome tóxico y personas con discapacidad en los supuestos contemplados en su normativa específica.

b) Personas perceptoras de rentas de integración social.

c) Personas perceptoras de pensiones no contributivas.

d) Parados que han perdido el derecho a percibir el subsidio de desempleo en tanto subsista su situación.

e) Personas con tratamientos derivados de accidente de trabajo y enfermedad profesional.

f) Personas beneficiarias del ingreso mínimo vital.

g) Personas menores de edad con un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33 %.

h) Personas perceptoras de la prestación económica de la Seguridad Social por hijo o menor a cargo en régimen de acogimiento familiar permanente o guarda con fines de adopción.

i) Los pensionistas de la Seguridad Social, cuya renta anual sea inferior a 5.635 euros consignada en la casilla de base liquidable general y del ahorro de la declaración del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, y los que, en el caso de no estar obligados a presentar dicha declaración, perciban una renta anual inferior a 11.200 euros.

9. El nivel de aportación de las personas encuadradas en la Mutuality General de Funcionarios Civiles del Estado, el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutuality General Judicial será del 30 % con carácter general, resultándoles de aplicación lo dispuesto en el párrafo a) del apartado 6 y en el párrafo e) del apartado 8.

Disposición adicional decimoséptima. Conceptos de persona asegurada o beneficiaria a efectos de lo previsto en la normativa internacional y la aportación a la prestación farmacéutica.

1. A los efectos de lo establecido en las normas internacionales de coordinación de los sistemas de Seguridad Social y en la presente ley, el concepto de persona asegurada se entenderá realizado a aquellas personas que se encuentren en alguno de los supuestos previstos en el artículo 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

2. A los efectos de lo establecido en las normas internacionales de coordinación de los sistemas de Seguridad Social y la presente ley, tendrán la condición de personas beneficiarias de las personas a las que se refiere el apartado 3.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, que deberá acreditar la inscripción oficial correspondiente, así como los descendientes y personas asimiladas a cargo del mismo que sean menores de 26 años o que tengan una discapacidad en grado igual o superior al 65 %, siempre que cumplan todos los siguientes requisitos:

a) Tengan su residencia legal y habitual en España, salvo que la misma no sea exigible en virtud de la norma internacional correspondiente, o que se trate de personas que se desplacen temporalmente a España y estén a cargo de trabajadores trasladados por su empresa fuera del territorio español en situación asimilada a la de alta en el correspondiente régimen de la Seguridad Social.

b) No se encuentren en alguno de los siguientes supuestos de los regímenes de la Seguridad Social:

1.º Ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia, afiliado y en situación de alta o asimilada a la de alta.

2.º Ostentar la condición de pensionista de dichos regímenes en su modalidad contributiva.

3.º Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de dichos regímenes.

