

Cambios normativos operados por el RD Ley 16/2012

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de Medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (BOE del 24, corrección de errores 15 de mayo de 2012) que entró en vigor el 24 de abril (Disposición Final 9ª) modifica sustancialmente el SNS, mediante la operación realizada en diversas normas, como la Ley de Cohesión y Calidad del SNS o la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Los principales cambios operados por esta norma y que pueden afectar directamente al tratamiento de la hemofilia y otras coagulopatías congénitas son las siguientes:

El art. 1 RD Ley 6/2012 modifica el art. 3 de la LCCSNS, teniendo actualmente la siguiente redacción, en lo que a nuestros efectos importa:

Artículo 3. De la condición de asegurado.

1. La asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, se garantizará a aquellas personas que ostenten la condición de asegurado.

2. A estos efectos, tendrán la condición de asegurado aquellas personas que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos:

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

b. Ostentar la condición de pensionista del sistema de la Seguridad Social.

c. Ser perceptor de cualquier otra prestación periódica de la Seguridad Social, incluidas la prestación y el subsidio por desempleo.

d. Haber agotado la prestación o el subsidio por desempleo y figurar inscrito en la oficina correspondiente como demandante de empleo, no acreditando la condición de asegurado por cualquier otro título.

3. En aquellos casos en que no se cumpla ninguno de los supuestos anteriormente establecidos, las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la Unión Europea, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español, podrán ostentar la condición de asegurado siempre que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Así pues, algunos de los pacientes con hemofilia y otras coagulopatías congénitas deberían demostrar una insuficiencia de rentas (art. 3.3 LCCSNS). No obstante, puede entenderse sin derogar la antigua Normativa 160/76, de 20 de noviembre, del antiguo Instituto Nacional de Previsión que preveía, por las peculiares circunstancias que concurren en el tratamiento de la hemofilia, la asimilación de todas las personas con hemofilia y otras coagulopatías congénitas como beneficiarios de pleno derecho del SNS.

El art. 4 RD Ley 6/2012 incluye un nuevo artículo en la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, el art. 94 bis, con la siguiente redacción:

Artículo 94 bis. 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, a través de receta médica, en oficina o servicio de farmacia.
2. La prestación farmacéutica ambulatoria 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).
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 para el 2012, expresada en euros, resultante de la aplicación de la actualización del IPC a la aportación máxima vigente. Dicha aportación máxima se actualizará, de forma automática, cada mes de enero de acuerdo con la evolución del IPC. La actualización se formalizará por resolución de la unidad responsable de farmacia del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
 - 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 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 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 60 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.

9. El nivel de aportación de los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, del Instituto Social de las Fuerzas Armadas y la Mutualidad General Judicial será del 30%.

Del tenor literal del anterior artículo, antes de la corrección de errores, se podría extraer la inclusión del tratamiento de la hemofilia dentro del régimen de copago. Sin embargo, como ha recordado LOZANO CUTANDA, la inclusión del término "receta médica" en el párrafo 1 de dicho artículo lo excluye, tanto para el tratamiento hemostático como para los tratamientos para las enfermedades concomitantes como pueden ser VHC o VIH.

La Disposición Adicional (DA) 4º del RD Ley 6/2012, intitulada como medidas de eficiencia en el ámbito del Sistema Nacional de Salud, a los efectos que aquí nos interesa, es del siguiente tenor literal:

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud fomentará las actuaciones conjuntas de los servicios de salud de las comunidades autónomas para la adquisición de cualquier producto que por sus características sea susceptible de un mecanismo de compra conjunta y centralizado. Asimismo, los servicios de salud de las comunidades autónomas fomentarán la implantación de modelos de servicios compartidos mediante el establecimiento de un solo proveedor del servicio para una red de centros, en cuestiones tales como radiodiagnóstico, laboratorio de análisis

clínicos, farmacia hospitalaria, así como el desempeño de especialidades médicas que precisen una población grande para ser autosuficientes o padezcan dificultades para encontrar profesionales.

Esta norma, puesta en relación con la DA 28ª del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (BOE del 16), son las normas de cobertura para la creación de un mecanismo de compra conjunto y centralizado en el ámbito de la hemofilia y otras coagulopatías congénitas