
"En cumplimiento de una Orden comunicada de V. E de 23 de septiembre de 2013, con registro de entrada del día 24 de septiembre siguiente, el Consejo de Estado ha examinado el expediente relativo a un proyecto de Real Decreto por el que se regula la prestación del transporte sanitario no urgente incluida en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.

De antecedentes resulta:

PRIMERO.- El proyecto de Real Decreto que constituye el objeto del expediente remitido a este Consejo (citado también, abreviadamente en lo sucesivo, como el "Proyecto"), está fechado el 19 de septiembre de 2013 y viene precedido de tres borradores de 26 de febrero, 4 de julio y 9 de septiembre de 2013.

El Proyecto consta de un preámbulo, siete artículos, dos disposiciones adicionales, tres disposiciones finales y un anexo.

El preámbulo se inicia con la cita del artículo 8.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su redacción dada por 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. Entre las prestaciones que se incluyen dentro de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, señala el preámbulo que se encuentra 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, aunque sin ser aplicables los mismos límites de aportación. El preámbulo cita también el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y, en concreto, el anexo VIII que regula la cartera de servicios comunes de transporte sanitario.

Prosigue el preámbulo señalando que el Real Decreto que se proyecta tiene por objeto hacer efectivas las previsiones del artículo 8 ter de la citada Ley 16/2003 *"en cuanto a la prestación del transporte sanitario no urgente (...). No obstante, el anexo VIII 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, sigue vigente, aunque este real decreto concreta algunos aspectos de su contenido"*.

Por lo que hace a la parte dispositiva, el Proyecto consta de siete artículos:

- el artículo 1 se refiere al objeto de la norma proyectada, en concreto, por un lado, definir el transporte sanitario no urgente, los criterios clínicos de indicación y los tipos de traslado y, por otro lado, determinar los límites de aportación del usuario;
- el artículo 2 define el "transporte sanitario no urgente";
- el artículo 3 clasifica el transporte sanitario no urgente en traslado puntual del paciente desde su domicilio a un centro sanitario o viceversa y en traslado periódico del paciente;
- el artículo 4 establece los criterios clínicos de indicación de transporte sanitario no urgente;

- el artículo 5 regula las situaciones en las que el paciente puede llevar acompañante;
- el artículo 6 trata de la denominada "reevaluación" de la necesidad de transporte sanitario no urgente que requiere traslados periódicos, examen que deberá ser realizado por parte de las comunidades autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (en adelante, "INGESA", que se ocupa de las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades autónomas de Ceuta y Melilla);
- finalmente, el artículo 7 alude a la aportación del usuario que se fija, en un porcentaje sobre la base de cálculo "en función del nivel de renta".

En cuanto a las disposiciones adicionales, la primera se refiere al transporte sanitario no urgente en los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios. Y la disposición adicional segunda establece el plazo de seis meses desde la entrada en vigor de la norma en proyecto para que las Administraciones públicas competentes adapten sus normativas y establezcan los "dispositivos necesarios para hacer efectiva la aportación del usuario".

Respecto de las disposiciones finales, la primera señala que la norma proyectada se dicta al amparo de lo dispuesto en la regla 16ª del artículo 149.1 de la Constitución; la disposición final segunda habilita a la Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para la actualización del anexo, a propuesta de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; y, por último, la disposición final tercera establece la entrada en vigor del proyectado Real Decreto el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Por último, el anexo del Proyecto establece los criterios para la prescripción ("indicación") de transporte sanitario no urgente.

SEGUNDO.- Además de la Orden comunicada de V. E., el Proyecto –junto con los borradores que lo preceden- y un índice numerado, integran el expediente los siguientes documentos:

- Informe de la Dirección General de Coordinación de Competencias con las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, de 5 de marzo de 2013, que se refiere a la adecuación del Proyecto al orden de distribución de competencias y concluye que el Proyecto no presenta problemas a ese respecto.

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, fechado el 28 de mayo de 2013, que se inicia con la cita de los distintos antecedentes normativos y, a continuación, se refiere al objeto y estructura del Proyecto, al rango de la norma propuesta, al procedimiento de elaboración y al contenido del Real Decreto proyectado, haciendo unas consideraciones de carácter formal y otras al preámbulo, así como a determinados preceptos proyectados, habiendo sido prácticamente todas ellas incorporadas a la última versión del Proyecto.

- Informe de la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), de 13 de mayo de 2013, que no formula alegaciones "toda vez que el colectivo afiliado a la Mutualidad queda encuadrado en la modalidad de copago máximo de 10€/mes".

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Fomento, de 13 de mayo de 2013, que no formula observaciones al Proyecto.

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Economía y Competitividad, de 9 de abril de 2013, en el que se formulan diversas observaciones relacionadas con la posibilidad de "lograr un ahorro suficiente".

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa, de 21 de marzo de 2013, que se refiere a la disposición adicional

segunda sobre la posibilidad de limitar la adaptación de la normativa a fecha de 31 de diciembre de 2013.

- Informe de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social, de 14 de marzo de 2013, en el que se propone especificar que el traslado, en el supuesto de las personas a que se refiere el apartado f) del artículo 7.7, ha de estar originado por el tratamiento derivado de accidente de trabajo o enfermedad profesional.

- Certificado del Secretario de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Asuntos con Trascendencia Presupuestaria para el Equilibrio Financiero del Sistema Nacional de Salud o Implicaciones Económicas Significativas, de 8 de abril de 2013, en el que se hace constar que, tras el estudio y debate oportuno del Proyecto, el Pleno de la Comisión acordó informar favorablemente.

- Certificado del Presidente de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación, de 8 de mayo de 2013, en el que se hace constar también que la Comisión se dio por informada del Proyecto.

- Informe de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, de 27 de febrero de 2013, en el que se realiza una "valoración positiva" del Proyecto, aunque seguidamente se proponen unas observaciones al texto del Proyecto que han sido recogidas en su última versión.

- Certificados de las Secretarías del Comité Consultivo y del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, ambos de 21 de diciembre de 2012, en los que se hace constar que se dieron por informados del Proyecto.

- Informe de la Agencia Española de Protección de Datos (fechado el 19 de marzo de 2013). Efectúa algunas observaciones con relación a la protección de ciertos datos de carácter personal, sobre información a poner a disposición del público por la Agencia Española de Medicamentos y Productos

Sanitarios, concluyendo que el régimen de aportación en este punto queda sometido a las mismas reglas que rigen la aportación farmacéutica.

- Informe del Instituto Nacional del Consumo, de 28 de febrero de 2013, en el que se considera que el Proyecto queda fuera del concepto de consumidor y usuario y que afecta únicamente al ámbito de la sanidad pública por lo que no se realizan observaciones.

- Informe del Consejo Nacional de la Discapacidad de 15 de marzo de 2013 en el que se aportan las diversas observaciones formuladas por CERMI, CNSE, FEAPS y ARCASAM y que, en gran medida, han sido incorporadas a la última versión del Proyecto sometido a consulta.

- Informe de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, en el que se sugiere la necesidad de incluir a los pacientes oncológicos dentro del grupo de traslados periódicos "siendo necesario redefinir dicho concepto".

- Informe del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, que hace un extenso estudio sobre los antecedentes normativos del Proyecto, un análisis de su contenido y las distintas alternativas para gestionar la aportación del usuario en esta prestación, tales como la gestión a través de la empresa adjudicataria del servicio, la gestión a través de las oficinas de farmacia y la gestión de la propia Administración.

- Informe del Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco, en el que, en primer lugar, reitera su posición de considerar inconstitucional el Real Decreto-ley 16/2012 "por la no concurrencia de las razones de extraordinaria y urgente necesidad que exige el artículo 86 de la Constitución". Además, el informe alude a la insuficiencia de rango (téngase en cuenta que el trámite de audiencia que se concedió a las Comunidades Autónomas, lo era con relación a un borrador previo al Proyecto, entonces tramitado como un proyecto de Orden Ministerial).

- Informe del Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña, que examina los diversos borradores previos al Proyecto y, especialmente, alude a los inconvenientes que implica la aplicación de los nuevos recursos para hacer efectivo el cobro y recaudación de la aportación del usuario en el transporte sanitario no urgente: "ello implica un coste suplementario que conlleva la nueva organización de gestión de cobro de dicho aporte".

- Informe del Servicio Canario de Salud del Gobierno de Canarias, en el que se cuestiona principalmente el régimen de copago concluyendo que tiene la naturaleza de "prestación patrimonial de carácter público, porque la decisión de demandar el servicio no es realmente libre, al tratarse de un servicio que puede calificarse como esencial e indispensable (...). En consecuencia existe una reserva de ley formal respecto de su establecimiento". Considera que la solución correcta consiste, en todo caso, en la modificación del artículo 8 ter de la Ley 16/2003.

- Informe de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, que valora positivamente la última versión del Proyecto que le fue sometido a consulta, haciendo unas observaciones a la memoria del análisis de impacto normativo.

- Informe de la Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias, que formula diversas observaciones al articulado del Proyecto siendo la mayoría de ellas incorporadas a la última versión del texto proyectado.

- Informe del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, que hace una serie de sugerencias como, por ejemplo, las relativas a las organizaciones de voluntariado para que puedan seguir prestando los mismos servicios como hasta ahora, dentro de su labor social y humanitaria.

- Informe de la Consejería de Sanidad de la Generalidad Valenciana, en el que no se formulan observaciones al texto del Proyecto.

- Informe de la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia, que examina con detalle los antecedentes normativos, el ámbito competencial y formula varias observaciones al articulado con especial detenimiento en el ámbito de aplicación donde propone la no inclusión de los traslados periódicos superiores a tres meses para recibir tratamientos asistenciales prolongados.

- Informe de la Consejería de Salud, Familia y Bienestar Social del Gobierno de las Illes Balears, en el que se limita a señalar que se establece una discriminación positiva en el artículo 6.6.d) del Proyecto que fue objeto de examen para los beneficiarios de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por mutualidades de funcionarios, al establecer el límite de los 10 euros.

- Informe de la Consejería de Salud y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, que formula diversas alegaciones al marco competencial, al "copago como barrera económica de acceso a la atención", a la contratación normativa, a la aportación del paciente, a la burocratización e inflación administrativa y al ámbito de aplicación y delimitación del transporte sanitario no urgente.

- Informe de la Consejería de Salud y Política Social de Extremadura que hace observaciones de índole menor a la redacción del artículo 4, apartado 3, y artículo 6, apartado 9.d), además de otras observaciones al texto de la memoria.

- Informe de diversas entidades, públicas o privadas, afectadas por el contenido del proyectado Real Decreto a las que se ha dado la posibilidad de alegar, que han sido: Consejo de Consumidores y Usuarios, Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos, Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería, Federación Nacional de Empresarios de Ambulancias (ANEA) y Asociación Nacional de Grandes Empresas de Transporte Sanitario (AGETRANS).

- Obra en el expediente un informe final general en el cual se relacionan las diversas alegaciones recibidas y se explican las razones para su acogimiento o el rechazo en el texto del proyecto final.

TERCERO.- El texto del Proyecto se acompaña de una memoria del análisis de impacto normativo, sin fechar.

La memoria, en cuyo anexo I figura un "resumen ejecutivo" de la misma, comienza examinando la necesidad y oportunidad de la norma en proyecto, recordando que, en desarrollo del artículo 19 de la Ley 16/2003, el anexo VIII del Real Decreto 1030/2006 regula la cartera de servicios comunes de transporte sanitario señalando que deberá ser accesible a las personas con discapacidad y que consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte.

Subraya que el Real Decreto-ley 16/2012 modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, estableciendo dentro de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, entre otras, la cartera común suplementaria, dentro de la cual se incluyen prestaciones "cuya provisión se realizará mediante dispensación ambulatoria y estarán sujetas a aportación del usuario". Entre estas prestaciones se recoge el transporte sanitario no urgente señalando que estará sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica, aunque sin ser aplicables los mismos límites de aportación.

Señala la memoria que la utilización adecuada del transporte sanitario es fundamental para un uso eficiente de los recursos y para una atención más adecuada a los pacientes. Por ello, "el objetivo de esta norma es lograr una racionalización del uso del transporte sanitario no urgente fundamentalmente a través de la limitación de su utilización a las situaciones en las que realmente sea necesario por motivos exclusivamente clínicos".

En cuanto a las alternativas, señala la memoria que "de acuerdo a lo señalado por el Consejo de Estado para la norma que regula la aportación de

la prestación con productos dietéticos que asimismo forma parte de la cartera común suplementaria y teniendo en cuenta lo recogido en la disposición final segunda apartado 1 de dicho real decreto-ley, se ha optado finalmente por un real decreto”.

A continuación, la memoria procede a examinar el contenido del Proyecto y su análisis jurídico, concluyendo que se ampara en la necesidad de desarrollo reglamentario de lo previsto en el artículo 8 de la Ley 16/2003. A su vez, el título competencial se recoge en la disposición final segunda del Real Decreto-ley 16/2012.

Se analiza también el procedimiento de elaboración de la disposición normativa en proyecto y se refieren los distintos informes que han sido evacuados, así como un resumen de las diversas observaciones formuladas.

Por lo que se refiere al análisis de impactos, la memoria señala que la norma en proyecto se adecua al orden de distribución de competencias y que ha habido una activa participación de las comunidades autónomas en su elaboración sin que hayan suscitado ningún problema competencial.

En lo atinente al impacto económico, señala la memoria que la norma que se proyecta no tiene impacto directo sobre el empleo, la productividad o la innovación, *“podría tener repercusión sobre las empresas que prestan el servicio de TSNU, que tienen la consideración de PYMEs, por una posible reducción de sus ingresos si al introducir criterios de utilización del TSNU se reduce de forma significativa el número de servicios”.*

Señala también la memoria en este sentido que el Proyecto no tiene impacto sobre la competencia.

La memoria examina, a continuación, las cargas administrativas concluyendo que *“esta norma no implica directamente cargas administrativas para el usuario ya que no establece el mecanismo por el cual se hará efectiva la aportación y serán las comunidades autónomas, INGESA y mutualidades*

quienes en su ámbito de gestión deberán determinar en sus respectivas normativas este procedimiento".

Además del análisis sobre la repercusión económica del Proyecto para los sectores afectados, en cuanto al impacto presupuestario, la memoria señala que los ingresos que puede suponer la aportación del usuario pueden verse compensados por los costes de la gestión de su cobro: *"el gasto del transporte sanitario en España, urgente y no urgente, ha sido estimado por la Universidad Juan Carlos I [se entiende que quiere decirse Universidad Rey Juan Carlos], para 2010, en 771.779.198,01 euros, esto es, 1,3% del total del gasto sanitario y 16,56 euros por habitante de media".* El gasto de transporte sanitario no urgente, según la información aportada por las comunidades autónomas, es de 455.000.000 euros anuales.

Tras un estudio sobre los distintos traslados de usuarios en función del destino al que acuden y de la duración de los mismos, la memoria ha estimado el impacto económico de la norma proyectada: *"se podría estimar un ahorro de alrededor 70 millones de euros"* sobre la base de un transporte sanitario no urgente más adecuado (*"considerando una reducción del 10% = 45.000.000 euros"*) y un incremento de aportación usuario según norma (*"alrededor de 26.000.000 euros"*). Sin embargo, matiza la memoria que *"la implantación del sistema de gestión y cobro de la aportación va a suponer un gasto importante para las comunidades autónomas e INGESA que es difícil de cuantificar en este proyecto de norma y que puede hacer que los ingresos debidos a la aportación se vean neutralizados por los costes de la gestión de cobro"*.

En lo relativo al impacto por razón de género, señala la memoria que es nulo.

Concluye la memoria que el desarrollo de las previsiones del Real Decreto en proyecto tiene un claro impacto en la equidad al introducir criterios comunes para todos los usuarios del Sistema Nacional de Salud creando condiciones de mayor homogeneidad y transparencia en todo el territorio.

Y, en tal estado de tramitación, el expediente fue remitido al Consejo de Estado para dictamen.

I. Objeto y competencia

Se somete a dictamen el proyecto de Real Decreto por el que se regula la prestación del transporte sanitario no urgente incluida en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.

El dictamen de este Consejo de Estado es preceptivo al tratarse de una norma reglamentaria dictada en ejecución del artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su redacción dada por 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.

II. Procedimiento de elaboración

Por lo que se refiere a la tramitación dada al expediente ahora analizado, se han observado las prescripciones generales del procedimiento de elaboración de disposiciones administrativas, siguiéndose los trámites esenciales previstos en el artículo 24 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, en los términos que han quedado recogidos en los antecedentes.

Y, así, obran en el expediente, aparte de los tres borradores que han precedido al del Proyecto final -y la memoria del análisis de impacto normativo-, los informes de las Secretarías Generales Técnicas de los Ministerios de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del Ministerio de Fomento, del Ministerio de Economía y Competitividad y del Ministerio de Defensa. Igualmente constan los informes de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y de la Dirección General de Coordinación de Competencias con las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

Han informado también el Instituto Nacional del Consumo y la Agencia Española de Protección de Datos.

Consta en el expediente el certificado de la Comisión Interministerial para el Estudio de los Asuntos con Trascendencia Presupuestaria para el Equilibrio Financiero del Sistema Nacional de Salud o Implicaciones Económicas Significativas, el certificado de la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación y los certificados de las Secretarías del Comité Consultivo y del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Con relación a estos últimos, hay que tener en cuenta que dichos certificados, como se ha expuesto en el antecedente segundo, se limitan a hacer constar que el Comité Consultivo y el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se dieron por informados del Proyecto sometido ahora a examen. El Consejo de Estado llama la atención a este respecto en el sentido de que la disposición adicional segunda del Real Decreto-ley 16/2012 habilita precisamente al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para elaborar una norma *"recogiendo los acuerdos del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas"*. Tales acuerdos no se encuentran en el expediente, lo que hubiera sido conveniente tanto por la necesidad general de que los expedientes de proyectos normativos deben contener la documentación íntegra como, sobre todo, porque en el presente caso, la norma en Proyecto debe "recoger" los acuerdos del Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, de conformidad con la citada disposición adicional segunda del Real Decreto-ley 16/2012.

Se ha emplazado para alegaciones a las Comunidades Autónomas y a las Ciudades Autónomas.

Se ha dado asimismo audiencia al Consejo de Consumidores y Usuarios, al Consejo Nacional de la Discapacidad, a MUGEJU (no constan, sin embargo, alegaciones de MUFACE ni de ISFAS) y a numerosas entidades, públicas y privadas, cuyos intereses pueden estar afectados por el Proyecto.

III. Base normativa y rango

El proyecto de Real Decreto tiene por objeto, como se señala en su propio artículo 1, definir el transporte sanitario no urgente, los criterios clínicos de indicación y los tipos de traslado, por un lado, y determinar los límites de aportación del usuario, por otro.

Según reza en la fórmula promulgatoria del preámbulo del proyecto de Real Decreto, esta norma *"se dicta en uso de las atribuciones conferidas por la disposición final segunda del 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 disposición final segunda del citado Real Decreto-ley 16/2012, bajo la rúbrica "Desarrollo reglamentario", dispone lo siguiente:

"1. Se autoriza al Gobierno y a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en el ámbito de sus respectivas competencias, para dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en este real decreto-ley.

2. Las modificaciones que, a partir de la entrada en vigor de este real decreto-ley, puedan realizarse respecto a lo dispuesto en su artículo 5, así como en las disposiciones finales quinta, sexta y séptima, podrán efectuarse reglamentariamente con arreglo a la normativa específica de aplicación.

3. Las comunidades autónomas adoptarán, en el ámbito de sus respectivas competencias, las medidas necesarias para la efectividad de lo previsto en este real decreto-ley".

En efecto, la reproducida disposición final segunda autoriza al "Gobierno" y "a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad" para "dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en este real decreto-ley". Como ya ha puesto de manifiesto el Consejo de Estado (entre otros, dictamen núm. 607/2013), esta autorización simultánea a favor del Gobierno y de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad no se realiza de

tal manera que sea indiferente cuál de los dos órganos debe actuar en cada caso. Cada uno de dichos órganos –Gobierno y, en este caso, Ministra- es competente para actuar ante determinados supuestos tasados.

En el supuesto de la norma proyectada sometida a consulta, y en particular con relación a la "aportación de los usuarios", deben recordarse dos normas:

- a) Por un lado, el artículo 94 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios –modificado por el citado Real Decreto-ley 16/2012-, alude directamente al "Gobierno" al señalar lo siguiente:

"Artículo 94. Obligaciones de los pacientes

1. El Gobierno revisará periódicamente la participación en el pago a satisfacer por los ciudadanos por la prestación farmacéutica incluida en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, y los supuestos de financiación íntegra con cargo a fondos públicos.

La revisión se publicará en el "Boletín Oficial del Estado" mediante orden de la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2. La participación en el pago podrá modularse por el Gobierno con criterios que tengan en cuenta:

- a) La capacidad de pago.*
- b) La utilidad terapéutica y social de los medicamentos o de los productos sanitarios.*
- c) Las necesidades específicas de ciertos colectivos.*

d) *La gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para los que resulten indicados.*

e) *Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica.*

f) *Existencia de medicamentos o productos sanitarios ya disponibles y otras alternativas mejores o iguales para las mismas afecciones.*

3. *Los usuarios estarán obligados a justificar su derecho a la correspondiente modalidad de pago cuando así les sea requerido por el personal facultativo del Sistema Nacional de Salud o en las oficinas de farmacia dispensadoras".*

b) Y por otro lado el artículo 8 ter de la Ley 16/2003 –también incorporado por el Real Decreto-ley 16/2012- que regula la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, incluye el transporte sanitario no urgente, "con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica" (ex artículo 8 ter.3).

Además de las normas referidas, en el caso concreto del transporte sanitario no urgente, la disposición adicional segunda del Real Decreto-ley 16/2012, señala lo siguiente: "El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaborará, en el plazo de 6 meses a contar desde la entrada en vigor de este real decreto-ley, una orden ministerial recogiendo los acuerdos del pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas".

Señala la memoria que, sobre la base únicamente de esta disposición, inicialmente el Proyecto se tramitó como una Orden Ministerial pero que, a la vista de lo que el Consejo de Estado expuso en su dictamen núm. 607/2013, con relación a la prestación con productos dietéticos y teniendo en cuenta la regulación del resto de prestaciones que comprenden la cartera

común suplementaria en las que también se regula la aportación del usuario, "se ha optado por un real decreto".

A la vista del contenido del Proyecto y del conjunto de disposiciones normativas que le son aplicables, el Consejo de Estado no muestra objeción alguna al rango de la norma proyectada pues, efectivamente, dicho contenido trasciende de los acuerdos adoptados en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud –pese a que no se han incorporado al expediente, como ya se ha expuesto más arriba- al regular sustantivamente el régimen de la aportación del usuario, de acuerdo con lo previsto en la reproducida disposición final segunda del Real Decreto-ley 16/2012, artículo 94 de la Ley 29/2006 (modificado por el Real Decreto-ley 16/2012) y artículo 8 ter.3 de la Ley 16/2003 (introducido también por el Real Decreto-ley 16/2012).

Y todo ello sin perjuicio del carácter restrictivo bajo el que debe interpretarse el salto normativo de una Ley a Orden Ministerial (vid., entre otros, el dictamen núm. 46.013, de 16 de febrero de 1984, o más recientemente el dictamen núm. 231/13). En efecto, como ha puesto de manifiesto este Consejo de Estado, la Ley puede remitir a una Orden Ministerial la regulación de ciertos aspectos de su desarrollo, fundamentalmente de carácter organizativo y procedimental (vid. dictámenes números 841/2005 o 479/2011). Sin embargo, las normas reglamentarias externas que afectan como *normae agendi* a todos los ciudadanos no pueden ser dictadas por los Ministros como tales, ya que implican una incidencia general sobre el pueblo que es propia del Gobierno como órgano político. Es cierto que los Ministros pueden también dictar normas que sobrepasen el ámbito puramente organizativo o doméstico de sus departamentos y que pueden afectar a terceros, al referirse a expedientes o actos que atañen a los ciudadanos; pero ello es posible cuando el contenido sustancial de tales disposiciones y sus efectos están determinados en las normas superiores respectivas, ya sean Leyes, ya sean Reales Decretos, lo que no sucede en el presente caso en lo relativo, sobre todo, a la determinación de la aportación del usuario.

Por todo, puede concluirse que el Proyecto cuenta con cobertura normativa y su rango –real decreto- es el adecuado.

IV. Observaciones al Proyecto

a) Enquadramiento

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se dictó con objeto, como dispone su artículo 1, de "establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud". La misma parte de la "prestación de los servicios a los usuarios del Sistema Nacional de Salud" en forma de "atención integral a la salud, comprensiva tanto de su promoción como de la prevención de enfermedades, de la asistencia y de la rehabilitación" (artículo 2 a. y d.).

A tal fin se contemplan el "catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud" (artículo 7) y la "cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud" (artículo 8).

i. El "catálogo de prestaciones" comprende "las prestaciones correspondientes a salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario" a prestar por el Sistema Nacional de Salud bajo el régimen de financiación pública que corresponda.

ii. La "cartera común" se define como "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" (artículo 20, en su redacción originaria, de dicha Ley; artículo 8 de la actual redacción,

introducida por 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). Los artículos 12 y siguientes de la Ley (en su original redacción) añadían que las prestaciones serían de los siguientes tipos: atención primaria -en sus diversas modalidades-, atención especializada -asimismo con sus modalidades correspondientes-, atención sociosanitaria, atención de urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación de productos dietéticos, y prestación de transporte sanitario.

Actualmente, el artículo 8.2 de la Ley (redactado por el Real Decreto-ley 16/2012) lo viene a confirmar así a base de estructurar la "cartera común" del siguiente modo:

"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."*

Y así, 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" (artículo 8 bis).

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": prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica y prestación con productos dietéticos, además del "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" (artículo 8 ter.3). Se añade que "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".

Y 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".

A su vez, "las comunidades autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán cuando menos la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud" (artículo 20 original de la Ley 16/2003).

Ciñendo ya la cuestión al ámbito del transporte sanitario no urgente, el artículo 19 de la Ley 16/2003 especifica que *"el transporte sanitario, que necesariamente deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. Esta prestación se facilitará de acuerdo con las normas que reglamentariamente se establezcan por las Administraciones sanitarias competentes"*.

El mencionado artículo 19 de la Ley 16/2003 no distinguía entre transporte sanitario urgente y no urgente.

Hasta el momento, este desarrollo reglamentario a que se refiere dicho artículo 19 de la Ley 16/2003, y previo dictamen núm. 1.063/2006 de este Consejo de Estado, se llevó a cabo a través 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. Sus

anexos precisan el alcance de los distintos tipos de atención a la salud que estaban previstos en esa norma. En concreto, en su anexo VIII se regula la cartera de servicios comunes de transporte sanitario, señalando que el transporte sanitario, que deberá ser accesible a las personas con discapacidad, consiste en el desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte. A continuación, previa reproducción de la definición de transporte sanitario contenida en la Ley, trata sobre diversos aspectos relativos al acceso a la prestación, su contenido, los requisitos de transporte y el traslado de pacientes entre comunidades autónomas.

Por tanto, el referido anexo VIII tampoco diferencia entre el transporte sanitario urgente y el no urgente, si bien el transporte sanitario urgente se contempla en el anexo IV de dicho Real Decreto dentro de la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia, como el transporte sanitario terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.

Posteriormente, el citado Real Decreto-ley 16/2012, en su artículo 2, modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, estableciendo dentro de la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud, además de otras prestaciones, el transporte sanitario no urgente, *"con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica"* (ex artículo 8 ter.3).

Es por tanto, el Real Decreto-ley 16/2012 el que establece expresamente la distinción entre transporte sanitario urgente y no urgente, el primero de ellos encuadrado dentro de la cartera básica de servicios comunes y, en consecuencia, como señala el artículo 8 bis de la Ley 16/2003, "cubierto de forma completa por financiación pública", y el segundo, el transporte sanitario no urgente, configurado como un servicio inserto en la cartera común suplementaria y, por tanto, con aportación del usuario (8 ter de la Ley 16/2003).

Así, el Proyecto que ahora es objeto de examen, viene a desarrollar las previsiones del nuevo artículo 8 ter.3 de la Ley 16/2003, en cuanto a la prestación del transporte sanitario no urgente, definiéndolo, estableciendo los criterios clínicos de indicación y los tipos de traslado y determinando asimismo los límites de aportación del usuario, elementos que, como ya se ha indicado, hasta ahora no han sido objeto de regulación expresa por ninguna norma, al igual que lo relativo a la aportación del usuario.

b) Observación general

Como se ha puesto de manifiesto, el Real Decreto-ley 16/2012, en su artículo 2 modifica el artículo 8 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, estableciendo dentro de la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud la cartera básica de servicios asistenciales –donde se incluye el transporte sanitario urgente cubierto totalmente por financiación pública-, la cartera común suplementaria –donde se integra el transporte sanitario no urgente, con aportación del usuario- y la cartera común de servicios accesorios.

Por lo que se refiere al transporte sanitario no urgente, el Real Decreto-ley 16/2012 señala que estará sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica, aunque sin ser aplicables los mismos límites de aportación.

Como señala la memoria, el objetivo del Proyecto dictaminado es *“lograr una racionalización del uso del TSNU [transporte sanitario no urgente] fundamentalmente a través de la limitación de su utilización a las situaciones en las que realmente sea necesario por motivos exclusivamente clínicos”*. Esto es, la utilización adecuada del transporte sanitario mediante la aplicación de criterios clínicos que determinen qué personas necesitan este tipo de transporte para recibir una atención sanitaria que no es de urgencia, pero que por la situación clínica del paciente no pueden utilizar los medios de transporte ordinario, *“es fundamental para un uso eficiente de los recursos y para una atención más adecuada a los pacientes”*. Añade la memoria que este proceso

va a suponer "un ahorro para las comunidades autónomas e INGESA, al acotar mejor las indicaciones del transporte sanitario no urgente, y un ingreso económico debido a la aportación de los usuarios según las condiciones establecidas en la norma, por lo que se ha considerado oportuna su tramitación en estos momentos de situación económica de crisis".

Para la consecución de este objetivo de "ahorro", el Proyecto apunta los criterios de utilización y racionalización del transporte sanitario no urgente para un más adecuado uso del mismo y, a su vez, regula la aportación del usuario en cada uno de los supuestos.

Tras un estudio sobre los distintos traslados de usuarios en función del destino al que acuden y de la duración de los mismos, la memoria indica que "se podría estimar un ahorro de alrededor de 70 millones de euros", de los cuales:

- "Unos 45.000.000 euros" (equivalente al 10% del presupuesto del transporte sanitario no urgente) resultarían de la aplicación de los "criterios de racionalización" en el uso del transporte sanitario no urgente;
- Y "alrededor de 26.000.000 euros" resultarían de los ingresos obtenidos por la aportación del usuario.

Pues bien, en lo que se refiere a la aportación del usuario y los ingresos que ésta puede suponer, la propia memoria, a la hora de analizar los impactos económicos, señala en su página 12 que "hay que tener en cuenta que todas las CCAA e INGESA tienen que poner en marcha un mecanismo que permita la gestión y cobro de esta aportación. La puesta en marcha de este mecanismo es compleja y obliga a hacer un gasto tanto en infraestructuras como en recursos humanos, difícilmente cuantificable en este Proyecto de norma, ya que cada comunidad e INGESA pueden optar por un mecanismo distinto y en el momento actual ninguna cobra aportación, previendo la norma que en el plazo de 6 meses desde la entrada en vigor las CCAA e INGESA adapten sus normativas a lo dispuesto en el Real Decreto que se proyecta y

establezcan los dispositivos necesarios para hacer efectiva la aportación del usuario".

Y concluye en este punto la memoria del siguiente modo: *"Por tanto, los ingresos que puede suponer la aportación pueden verse compensados por los costes de la gestión de su cobro".*

Sería, en consecuencia, conveniente que el Proyecto apuntase criterios de gestión sin perjuicio del respeto a los propios mecanismos que las Comunidades Autónomas hayan de establecer, todo ello de acuerdo con lo previsto en la disposición adicional segunda del Real Decreto-ley 16/2012.

Y, por otro lado, respecto del "ahorro" derivado de los criterios de racionalización, considera el Consejo de Estado que deberían especificarse con más precisión pues son muy similares a los actualmente previstos, además de la mera delimitación de los colectivos o los tipos de trayectos.

Por tanto, el Consejo de Estado llama la atención sobre el hecho de que el objetivo de ahorro puede verse frustrado dado el equilibrio o compensación a que se refiere la memoria entre ingresos y gastos tanto en cuanto al sistema de cobro como en lo relativo a los criterios de racionalización para la utilización del transporte, por lo que debería llevarse a cabo una reevaluación del sistema previsto o a dotar de una mayor eficiencia a todo el régimen de gestión proyectado.

Además, la memoria debería aclarar otros extremos en conexión con esta misma cuestión sobre el impacto económico de la norma: por ejemplo, a la hora de analizar las cargas administrativas para el usuario; el hecho de que la norma proyectada no establezca el concreto mecanismo por el cual se hará efectiva la aportación –el procedimiento se determinará por las Comunidades Autónomas, por INGESA y por las correspondientes mutualidades- no debería eximir a la memoria del análisis de las cargas que para el ciudadano, usuario del transporte sanitario no urgente, supone el nuevo sistema. Todo ello justifica, además, la necesidad de incorporar el contenido de los acuerdos *del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre transporte sanitario no*

urgente a que se refiere la disposición adicional segunda del Real Decreto-ley 16/2012.

c) Observaciones concretas al articulado

El artículo 1 del Proyecto define el objeto de acuerdo con el citado artículo 8 ter de la Ley 16/2003, introducido por el Real Decreto-ley 16/2012.

A juicio del Consejo de Estado no es necesario que el citado precepto, en su párrafo segundo, explique que el objeto de la norma determinado en el párrafo anterior, pretende hacer efectivas las previsiones, en cuanto a la prestación del transporte sanitario no urgente, de la Ley 16/2003 como el Real Decreto-ley 16/2012, pues todo ello ya se ha expuesto en el preámbulo y en los mismos términos (vid. párrafo tercero).

Sin perjuicio de ello, ese párrafo segundo es incorrecto pues señala que el artículo 8.ter de la Ley 16/2003 ha sido objeto de redacción por la disposición adicional segunda del Real Decreto-ley 16/2012 cuando, en realidad, la nueva redacción del citado precepto viene dada por el apartado tres del artículo 2 del Real Decreto-ley 16/2012 (*"Modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud"*).

El artículo 2 define el transporte sanitario no urgente que es coherente con las previsiones que se contienen en el anexo VIII del Real Decreto 1030/2006 y que se reproducen en gran medida en el Proyecto examinado. En efecto, el citado anexo VIII regula la cartera de servicios comunes de prestación de transporte sanitario en general (consiste en el *"desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte"*, debiendo ser *"accesible a las personas con discapacidad"*), el acceso a la

prestación de transporte sanitario, el contenido de la cartera de servicios comunes de transporte sanitario (refiriéndose tanto al transporte sanitario asistido como no asistido), los requisitos generales de acceso al transporte sanitario y el traslado de pacientes entre comunidades autónomas. Ninguna objeción, en consecuencia, merece el citado artículo 2 del Proyecto.

El artículo 3 lleva por rúbrica "tipos de traslado", aunque se limita a clasificar los tipos de transporte sanitario no urgente en "*traslado puntual*" y "*traslados periódicos*" del paciente desde su domicilio a un centro sanitario o viceversa. Convendría tener en cuenta otros tipos de traslados que no tuvieran como destino u origen el "domicilio" del paciente en un sentido jurídico ya sea porque tiene la residencia fijada temporalmente en otro lugar, etcétera. Igualmente nada señala la norma proyectada, en este punto, sobre el tipo de transporte sanitario no urgente terrestre, aéreo o marítimo.

El artículo 4 del Proyecto se refiere a los criterios clínicos de indicación de transporte sanitario no urgente. El apartado 1 de dicho precepto hace alusión a una serie de criterios tales como "la existencia de deficiencia física, sensorial, cognitiva, intelectual o mental"; el apartado 2 señala que dichos criterios serán evaluados por el médico prescriptor; y el apartado 3 determina que la indicación de este transporte debe estar generada por un "problema de salud y no por cualquier otra causa"; después de todo lo indicado, finalmente, el apartado 4 se remite al anexo donde se establecen los "criterios" que debe cumplir el paciente para la indicación del transporte sanitario no urgente. A juicio del Consejo de Estado, los citados criterios son muy genéricos y difieren poco de los actuales, además de que la sistemática del Proyecto mejoraría si no se solaparan este artículo 4 y el anexo, unificando ambos contenidos.

Los artículos 5 y 6 del Proyecto se refieren, respectivamente, a las situaciones en las que el paciente puede llevar acompañante y a la reevaluación de la necesidad de transporte sanitario no urgente que requiere traslados periódicos. Ninguna objeción se formula a estos preceptos.

Únicamente, se advierte que el artículo 6.1 del Proyecto alude a "las comunidades autónomas, el INGESA y las mutualidades de funcionarios" a la hora de establecer los mecanismos adecuados para la reevaluación periódica de las situaciones que justifiquen la necesidad de dicho transporte, mientras que el artículo 4.2 cita a las comunidades autónomas y a INGESA pero no "a las mutualidades de funcionarios", por lo que se recomienda la unificación de criterios en este punto.

Finalmente, el artículo 7 alude a la aportación del usuario, conforme señala el artículo 8 ter.3 de la Ley 16/2003 que prevé que se incluye dentro de la cartera común suplementaria de prestación 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".

El esquema es similar al de la prestación farmacéutica que se regula en el artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (modificado por el artículo 4.Trece del Real Decreto-ley 16/2012) y al de la prestación ortoprotésica (vid. artículo 9 del Real Decreto 1506/2012) y al de la prestación con productos dietéticos cuyo proyecto ha sido recientemente examinado por el Consejo de Estado (dictamen núm. 607/2013).

En concreto, el citado artículo proyectado señala que la prestación que deberá aportar el usuario está sujeta a un porcentaje del 10% sobre la base de cálculo que se fija en 50 euros ("independientemente del coste real de dicho transporte, del tipo de transporte utilizado, del kilometraje recorrido y de que el medio sea urbano o rural").

A continuación el artículo establece una escala en virtud de la renta de los pacientes prácticamente igual a las prestaciones farmacéutica,

ortoprotésica y con productos dietéticos, distinguiendo en cuatro niveles (una aportación máxima mensual de 60 euros 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; una aportación máxima mensual de 20 euros 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; una aportación máxima mensual de 10 euros para las personas que ostenten la condición de asegurado activo o pensionista y sus beneficiarios y no se encuentren incluidos en los apartados anteriores; y una aportación máxima mensual de 10 euros para las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios, estando exentas de aportación "en el caso de necesitar este tipo de transporte para tratamientos derivados de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional").

Y lo mismo ocurre con el resto de apartados relativos a la determinación de los colectivos exentos de aportación.

Por lo que en este punto, el Consejo de Estado no formula objeciones de fondo.

A la vista de lo expuesto, el Consejo de Estado considera, como ya se ha avanzado en la observación general, que debería llevarse a cabo una reevaluación del sistema previsto que permita dotar de una mayor eficiencia, claridad y precisión a todo el régimen de gestión, especialmente en lo relativo a los criterios clínicos de racionalización en el uso del transporte sanitario no urgente y en lo relativo al sistema de aportación del usuario introducido por el Real Decreto-ley 16/2012 y desarrollado en el artículo 7 del Proyecto. Todo ello

pensando, en particular, en las aplicaciones y eventuales desarrollos normativos del texto que ahora se somete a dictamen.

En mérito de lo expuesto, el Consejo de Estado es de dictamen:

Que, una vez consideradas las observaciones formuladas en el cuerpo del presente dictamen, puede someterse a la aprobación del Consejo de Ministros el proyecto de Real Decreto por el que se regula la prestación del transporte sanitario no urgente incluida en la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud."

V. E., no obstante, resolverá lo que estime más acertado.

Madrid, 7 de noviembre de 2013

EXCMA. SRA. MINISTRA DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD.

