

## Suplemento

### TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

**9212** *Pleno. Sentencia 136/2012, de 19 de junio de 2012. Recurso de inconstitucionalidad 2810-2009. Promovido por el Presidente del Gobierno con respecto a los artículos 14 y 15 de la Ley de la Comunitat Valenciana 16/2008, de 22 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat. Competencias sobre condiciones básicas de igualdad, bases y coordinación de la sanidad y Seguridad Social: nulidad de los preceptos legales que regulan la tasa autonómica por prestación de asistencia sanitaria y farmacéutica a los afiliados a diferentes mutualidades de funcionarios.*

El Pleno del Tribunal Constitucional, compuesto por don Pascual Sala Sánchez, Presidente; don Eugeni Gay Montalvo, don Javier Delgado Barrio, doña Elisa Pérez Vera, don Ramón Rodríguez Arribas, don Manuel Aragón Reyes, don Pablo Pérez Tremps, don Francisco José Hernando Santiago, doña Adela Asua Batarrita, don Luis Ignacio Ortega Álvarez y don Francisco Pérez de los Cobos Orihuel, Magistrados, ha pronunciado

EN NOMBRE DEL REY

la siguiente

#### SENTENCIA

En el recurso de inconstitucionalidad núm. 2810-2009, promovido por el Presidente del Gobierno contra los artículos 14 y 15 de la Ley de las Cortes Valencianas 16/2008, de 22 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat. Han comparecido y formulado alegaciones el Gobierno de la Nación y las Cortes Valencianas, debidamente representados. Ha sido Ponente el Magistrado don Pablo Pérez Tremps, quien expresa el parecer del Tribunal.

#### I. Antecedentes

1. Mediante escrito presentado en el Registro General de este Tribunal el día 25 de marzo de 2009, el Abogado del Estado, en representación del Presidente del Gobierno, interpuso recurso de inconstitucionalidad contra los artículos 14 y 15 de la Ley de las Cortes Valencianas 16/2008, de 22 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat («Diario Oficial de la Comunidad Valenciana» núm. 5922, de 29 de diciembre de 2008), por vulneración de las competencias que el artículo 149.1 CE, en sus apartados 1, 14, 16 y 17, atribuye al Estado, contraviniendo en particular la normativa básica estatal dichas materias y el actual régimen de financiación autonómica. Además, solicita la suspensión de la vigencia de dichos preceptos al amparo del art. 161.2 CE.

2. Comienza el Abogado del Estado describiendo la finalidad de los preceptos impugnados, que respectivamente modifican los artículos 171 y 172 del Decreto Legislativo 1/2005, de 25 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat.

Los arts. 171 a 174 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat regulan la «tasa por prestación de asistencia sanitaria», cuyo hecho imponible lo constituye la

prestación de los servicios recogidos en el art. 173 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat.

El art. 14 de la Ley 16/2008 modificó el art. 171.1 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, con la finalidad de que la citada «tasa por prestación de asistencia sanitaria», sea exigible a los «asegurados y beneficiarios del Sistema de la Seguridad Social pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), a la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)». Previamente a su modificación, el art. 171.1 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat finalizaba con el inciso «cuando no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud». En consecuencia, tras su modificación por el citado art. 14 de la Ley 16/2008, la tasa será exigible a los asegurados de MUFACE, MUGEJU e ISFAS que hayan sido adscritos a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud. El art. 15 de la Ley 16/2008 modificó a su vez el art. 172.2 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, para establecer que las citadas mutualidades serán sustitutas del contribuyente.

a) Expuestas las anteriores modificaciones, se describen a continuación el marco y los antecedentes de la controversia competencial. El Abogado del Estado comienza por recordar que, tras la entrada en vigor del modelo de financiación autonómica establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía (Ley 21/2001, en adelante), las Comunidades Autónomas tienen la responsabilidad financiera de los servicios de salud que gestionan, para lo que dicha ley prevé los correspondientes recursos. Pues bien, afirma en su escrito el Abogado del Estado que, pese a haber sido aprobado por unanimidad, la Comunidad Valenciana ha venido discutiendo dicho modelo de financiación en lo que se refiere a los servicios prestados por el Servicio Valenciano de Salud a los funcionarios de MUFACE, MUGEJU e ISFAS que hubieran optado por recibir la prestación sanitaria recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Pretende así la Generalitat que el Estado le transfiera las cotizaciones que los mutualistas abonan a las mutualidades por la prestación del servicio sanitario. Sin embargo, se afirma en el escrito de demanda que las Comunidades Autónomas ya perciben esas cantidades, pues están incluidas en el modelo de financiación autonómica establecido tras la citada Ley 21/2001. Este contexto enmarca la controversia, pues la finalidad de la extensión de las tasas a las mutualidades administrativas citadas no es otra que intentar percibir una cantidad a la que sin embargo la Comunidad Autónoma no tiene derecho, pues el modelo de financiación aprobado en la Ley 21/2001 incluyó como población protegida a los funcionarios de MUFACE, MUGEJU e ISFAS que hubieran optado por recibir la prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud, a efectos de calcular las necesidades de financiación. Es decir, el sistema de financiación autonómica expresamente ha previsto fondos para sufragar el gasto generado por el mutualismo administrativo, por lo que la imposición de la tasa implicaría, de percibirse por la Comunidad Autónoma, cobrar dos veces por lo mismo.

A partir de estas consideraciones generales, afirma el Abogado del Estado que los preceptos impugnados invaden la materia recogida en el art. 149.1.16 CE, «bases y coordinación general de la sanidad», vulnerando también el art. 149.1.1 CE, en relación con el ámbito prestacional sanitario, en conexión con el derecho a la protección de la salud reconocido en el art. 43.1 CE, que exige al Estado garantizar un nivel mínimo de prestaciones suficientes para hacer efectivo dicho derecho a todos los ciudadanos. En concreto, considera que los preceptos autonómicos recurridos vulneran la legislación básica estatal en materia de sanidad y de seguridad social (art. 149.1, apartados 16 y 17 CE), así como el sistema de financiación autonómica, y por tanto, el art. 149.1.14 CE y la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA, en adelante) en relación con el artículo 157.3 CE.

b) En relación con la vulneración de la legislación básica de la Seguridad Social y en materia de sanidad, comienza por destacar que, pese a la separación de títulos competenciales para sanidad (art. 149.1.16) y Seguridad Social (art. 149.1.17), confirmada por la STC 98/2004, de 25 de mayo (FJ 5), hay sin embargo una evidente conexión entre ambas competencias, por lo que los preceptos impugnados también vulneran la competencia estatal en materia de Seguridad Social. En fin, la disponibilidad de fondos públicos en materia de sanidad debe entenderse reservada al Estado en virtud del verdadero y eficaz alcance de ambos títulos competenciales.

A partir de ahí, se centra el alegato en las consecuencias que sobre dicho sistema de financiación de la sanidad suponen los preceptos impugnados, que implican el establecimiento de un «sistema de copago» de la asistencia sanitaria exclusivamente para los funcionarios públicos adscritos a las mutualidades (MUFACE, ISFAS y MUGEJU). Esto supone la quiebra del modelo sanitario vigente en el resto del territorio nacional, «en el que se prevé una prestación sanitaria universal, igualitaria y financiada íntegramente con cargo a los presupuestos públicos».

En particular, lo anterior se deduce del art. 10 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. De acuerdo con este artículo, las prestaciones sanitarias mínimas, esto es, la denominada «cartera básica» que establece el legislador estatal, son de responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas, disponiendo para ello de los recursos establecidos en el sistema de financiación acordado. En consecuencia, la suficiencia para financiar esas prestaciones viene garantizada por los recursos asignados a cada Comunidad de acuerdo con la Ley 21/2001 (párrafos 1 y 2 del artículo 10 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud). El art. 10.1 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece que las prestaciones establecidas en dicha ley «son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago». En su escrito, el Abogado del Estado precisa que la expresión «tercero obligado al pago» se refiere a los casos en los que los servicios públicos de salud reclaman el pago de las prestaciones sanitarias prestadas a aquellas personas que no están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud. Cita como ejemplo el caso de un funcionario, perteneciente a MUFACE, MUGEJU o ISFAS, que, por decisión propia, haya quedado adscrito a recibir la prestación de entidades concertadas con la sanidad privada pero que reciba una prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Establecido de esta forma el sistema de prestaciones sanitarias, las Comunidades Autónomas podrían mejorar dichas prestaciones, pero no empeorarlas, pues el legislador básico estatal ha optado por un modelo asistencial y no asegurativo de la sanidad, lo que se corrobora por el art. 86.2 b) del Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social.

Lo anterior no impide que pudieran establecerse fórmulas de copago, como prevén los arts. 46 d) y 79.1 c) de la Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (LGS, en adelante), pero ello sólo podría hacerlo el Estado, no un legislador autonómico, pues con ello se rompería, en perjuicio de los destinatarios del servicio público, «la mínima igualdad exigible en la prestación sanitaria a que tienen derecho todos los residentes en el territorio nacional». Además, resulta en sí mismo contrario a la igualdad el gravamen, por la tasa autonómica impugnada, a los funcionarios pertenecientes a MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que hayan optado por obtener la prestación sanitaria de la red del Sistema Nacional de Salud, con el resultado de que dichos funcionarios recibirían la prestación de forma más onerosa que el resto de usuarios.

Dicho tratamiento más oneroso no está además justificado, pues los funcionarios adscritos a las citadas mutualidades se computaron entre la población protegida que sirvió para definir la financiación correspondiente a cada Comunidad Autónoma para sufragar el gasto sanitario. Y puesto que la norma designa a los destinatarios del servicio como contribuyentes y a las mutualidades como sustitutas del contribuyente, de acuerdo con el art. 36 de la Ley 58/2003, de 17 diciembre, general tributaria (LGT, en adelante), el

sustituto (la mutualidad) podrá exigir el pago del mismo al contribuyente (el funcionario que recibe la prestación). Se rompe así con el modelo de financiación pública de los servicios sanitarios incluidos en el catálogo mínimo de prestaciones.

En conexión con lo anterior, la quiebra del sistema sanitario que la aplicación de la tasa a los referidos supuestos implica, vulnera además el principio de igualdad, no sólo porque se grava a un determinado grupo de beneficiarios de la sanidad pública, sino porque, en general, se infringen las normas dictadas por el Estado en ejercicio de las bases de sanidad (art. 149.1.16) en conexión con el título derivado del art. 149.1.1 CE. En particular, los arts. 3.2 y 16 LGS garantizan que el acceso a la sanidad será igual para todos. Además, el art. 3.3 de la misma ley dispone que la política de salud se oriente a la superación de los desequilibrios financieros, mandando en fin los arts. 12 y 81 de la misma Ley general de sanidad a los poderes públicos que orienten sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir desigualdades territoriales y garantizando la igualdad de acceso a los servicios sanitarios públicos en todo el territorio del Estado. Por su parte, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge dicho principio de igualdad, en su dimensión territorial, en su exposición de motivos, encontrando el principio reflejo en los arts. 2.1 a) y 23 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, además de en los arts. 33.2 y 71.1 g) y en la disposición adicional sexta.

En fin, se concluye, los preceptos impugnados invaden una materia que además de constituir una condición básica en garantía de la igualdad de todos los españoles en el acceso a las prestaciones del Sistema Nacional de Salud (art. 149.1.16 CE), es una condición básica en el ejercicio de un derecho constitucional (art. 149.1.1 en relación con el art. 43.1 CE).

c) Finalmente, los preceptos impugnados se reputan también contrarios al sistema de financiación autonómica, vulnerando en consecuencia el art. 149.1.14 CE, además de la LOFCA, en relación con el art. 157.3 CE.

Comienza el Abogado del Estado exponiendo los términos en que se negoció, entre el Estado y las Comunidades Autónomas, el sistema de financiación recogido en la supra citada Ley 21/2001, en la que por primera vez se contemplan de forma conjunta las competencias comunes y las sanitarias. Destaca que la financiación por los servicios sanitarios que prestan a los asegurados por las citadas mutualidades los servicios sanitarios autonómicos está ya incorporada al sistema de financiación. En consecuencia, la Comunidad Valenciana vulnera el modelo de financiación, ya que pretende establecer una tasa por la prestación de un servicio para el que ya están reservados fondos públicos en dicho modelo. Nada obsta a que una Comunidad Autónoma, que quiera ampliar su cobertura sanitaria, acuda a otras fuentes de financiación. Sin embargo, infringe el modelo de financiación, y por tanto el art. 149.1.14 CE en virtud del cual se establece, el que para la prestación de la cartera básica la Comunidad se aparte de las fuentes de financiación recogidas en la Ley 21/2001 y pretenda captar recursos directamente de determinados prestatarios del servicio.

Además, la norma autonómica es contraria al art. 7.3 LOFCA, pues las tasas están vinculadas a un servicio (STC 296/2004, de 10 de noviembre, FJ 4), basándose en el «principio de equivalencia» entre el coste del mismo y el importe de la tasa. Se desnaturaliza la tasa si su hecho imponible lo constituye la prestación de un servicio público cuyo coste ya está cubierto por recursos públicos que se encuentran afectos al mismo.

3. El Pleno del Tribunal, por providencia de 21 de abril de 2009, acordó la admisión a trámite del recurso de inconstitucionalidad, así como dar traslado de la demanda y documentos presentados al Congreso de los Diputados y al Senado, y a las Cortes y al Gobierno Valenciano, por conducto de sus Presidentes, al objeto de que, en el plazo de quince días, pudieran personarse y formular alegaciones. Igualmente acordó tener por invocado por el Presidente del Gobierno el art. 161.2 CE, lo que, conforme al art. 30 de la Ley Orgánica del Tribunal Constitucional (LOTIC), produce la suspensión de la vigencia y aplicación del precepto impugnado. Por último también decidió publicar la incoación del recurso en el «Boletín Oficial del Estado» y en el «Diari Oficial de la Generalitat

Valenciana», lo que se verificó en el «BOE» núm. 104, de 29 de abril de 2009, y en el «DOGV» núm. 6007, de 6 de mayo de 2009.

4. Mediante escrito registrado el 29 de abril de 2009, el Presidente del Senado, comunicó la decisión de la Mesa de la Cámara de solicitar que se tenga por personada a la Cámara en el proceso constitucional y por ofrecida su colaboración a los efectos del art. 88.1 LOTC.

5. Con fecha 5 de mayo de 2009 se registra el escrito del Presidente del Congreso de los Diputados comunicando la decisión de la Mesa de la Cámara de solicitar que se tenga por personada a la Cámara en el proceso constitucional y por ofrecida su colaboración a los efectos del art. 88.1 LOTC.

6. El 13 de mayo de 2009 tiene entrada en el Registro General del Tribunal el escrito de la Abogacía General de la Generalitat Valenciana, por el que se solicita la prórroga del plazo concedido mediante la anteriormente citada providencia de 21 de abril.

7. El Pleno del Tribunal, por providencia de 14 de mayo de 2009, accedió a la solicitud del Gobierno Valenciano de prórroga del plazo para personarse en el presente proceso constitucional, ampliando éste en ocho días.

8. Las Cortes Valencianas, por escrito registrado el 29 de mayo de 2009, presentaron sus alegaciones.

9. El 2 de junio de 2009, tuvo entrada en el Registro General del Tribunal el escrito presentado por la Generalitat Valenciana, debidamente representada, en el que se formularon las siguientes alegaciones:

a) Se afirma, en primer lugar, que los preceptos impugnados encuentran apoyo legal en la facultad que tienen atribuida los servicios públicos de salud de reclamar el pago de los importes de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole a los «terceros obligados al pago», a que se refieren el art. 83 LGS, la disposición adicional vigesimosegunda del texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social, o el art. 10.1 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otras normas.

De esta manera, las Comunidades Autónomas pueden solicitar el pago directo a determinadas entidades, tales como el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), las mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y empresas autoaseguradoras, en caso de asistencia sanitaria y farmacéutica derivada de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; a otras Administraciones autonómicas por las prestaciones a sus ciudadanos (asistencia a desplazados); a las entidades extranjeras gestoras de regímenes de seguridad social de países de la Unión Europea, Espacio Económico Europeo, Suiza o de países con los que España tenga suscrito convenios bilaterales en materia de asistencia sanitaria de la seguridad social (asistencia sanitaria internacional), o, finalmente, a las entidades aseguradoras privadas, en caso de asistencia sanitaria derivada de accidentes de tráfico, deportivos, escolares, festivos, etc.

En este contexto procede enmarcar la tasa recurrida, se aduce en el escrito, pues esta facultad de establecerla radica en la base misma de los convenios que suscriben las propias mutualidades administrativas (MUFACE, ISFAS y MUGEJU) con las distintas Administraciones autonómicas para la provisión de asistencia sanitaria en determinados supuestos a sus propios mutualistas.

b) Prosigue el alegato describiendo el funcionamiento del mutualismo administrativo y recalando en particular el significativo incremento en la Comunitat Valenciana, en el periodo 1999-2008, del colectivo de mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU que han optado por recibir la asistencia sanitaria del servicio sanitario público valenciano. Esta circunstancia habría tenido una gran repercusión en la sostenibilidad financiera del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma, aserto que se acompaña con algunos datos económicos.

En este contexto, se afirma, por aplicación del principio de enriquecimiento injusto por parte de las mutualidades administrativas, la controvertida tasa no tiene otra finalidad que recuperar el coste económico de aquellas prestaciones sanitarias y farmacéuticas que facilita la Administración sanitaria valenciana al citado colectivo de mutualistas.

Según la Generalitat, estas prestaciones quedan fuera del sistema de financiación común de los servicios públicos de salud por concurrir determinadas circunstancias, de las que se citan dos: tratarse de prestaciones no concertadas entre el INSS y las mutualidades, como es el caso de la prestación farmacéutica a pacientes no ingresados en centros hospitalarios; y tratarse de prestaciones que, estando incluidas en el ámbito material de los convenios de asistencia sanitaria entre el INSS y las mutualidades, tienen establecida una financiación específica dentro del sistema de financiación actual de los servicios públicos de salud, como es el caso de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole facilitadas con motivo u ocasión de accidente de trabajo, acto de servicio o enfermedad profesional. Es decir, la controvertida tasa no recaería sobre todas las prestaciones sanitarias, sino únicamente sobre las citadas.

Se afirma, en fin, que puesto que las mutualidades administrativas perciben ingresos por cotizaciones de sus mutualistas y del Estado como empleador, para atender específicamente la cobertura de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole de dichos mutualistas, entonces es lógico reclamarles a dichas mutualidades, que no a sus mutualistas, el pago de aquellas prestaciones.

c) A continuación, se niega la infracción del principio de igualdad, pues la norma otorga a las mutualidades administrativas idéntico tratamiento que a otras entidades, como por ejemplo las gestoras de regímenes de seguridad social extranjeros u otras citadas en el anterior apartado a).

d) Tampoco se vulnera el sistema de financiación autonómica pues el propio establecimiento de tasas por la prestación de servicios sanitarios está prevista en el art. 79 LGS. Además, tampoco se pretende gravar servicios ya financiados, pues en particular en los casos de accidente de trabajo o ante el coste económico de determinados fármacos, no hay tal financiación.

El alegato concluye con la afirmación de que no se ha vulnerado tampoco el principio de seguridad jurídica. Se adjuntan al escrito cinco anexos con información estadística y relación de normas de otras Comunidades Autónomas que avalarían las tesis defendidas en el mismo.

10. El Pleno del Tribunal, por providencia de 23 de junio de 2009, acordó incorporar a los autos los escritos de las instituciones autonómicas y, en cuanto a la solicitud de levantamiento de la suspensión, oír al Abogado del Estado y a la representación procesal de la Generalitat Valenciana, no así a las Cortes Valencianas, que se personaron y formularon sus alegaciones fuera del plazo concedido en providencia de 21 de abril de 2009.

11. Por ATC 221/2009, de 21 de julio, se acordó mantener la suspensión, en primer lugar, del art. 14 de la Ley de las Cortes Valencianas 16/2008, de 22 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera y de organización de la Generalitat, en cuanto modifica el art. 171.1 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, para suprimir el inciso «cuando no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud»; en segundo lugar, del art. 15 de la misma ley, que introduce en el art. 172.2 del citado texto refundido el inciso «la Mutualidad a la que pertenece el asegurado o beneficiario, para aquellas prestaciones de servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica no concertadas con entidades aseguradoras privadas y que aquélla venga obligada, legal o reglamentariamente, a prestar. Respecto a aquellas prestaciones sanitarias y farmacéuticas que deban ser facilitadas por la administración sanitaria valenciana en virtud de convenio o concierto suscrito entre la misma y la Mutualidad correspondiente, se estará a lo dispuesto en el concierto o convenio respectivo», y levantar la suspensión en todo lo demás.

12. Por providencia de 19 de junio de 2012 se señaló para deliberación y votación de la presente Sentencia el día 19 del mismo mes y año.

## II. Fundamentos jurídicos

1. El recurso de inconstitucionalidad se interpone por el Abogado del Estado, en representación del Presidente del Gobierno, contra los arts. 14 y 15 de la Ley de las Cortes Valencianas 16/2008, de 22 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat, preceptos que, respectivamente, modifican los artículos 171 y 172.2 del Decreto Legislativo 1/2005, de 25 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat.

Según ha quedado expuesto en los antecedentes, a juicio del recurrente los citados preceptos serían inconstitucionales por invadir las competencias del Estado en materia de bases y coordinación de la sanidad (art. 149.1.16 CE) y de Seguridad Social (art. 149.1.17), además de la competencia para la regulación de las condiciones básicas que aseguran la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales (art. 149.1.1 CE). Finalmente, los artículos impugnados se reputan también contrarios al sistema de financiación autonómica, vulnerando en consecuencia el artículo 149.1.14 CE, además de la Ley Orgánica 8/1980, de 22 de septiembre, de financiación de las Comunidades Autónomas (LOFCA, en adelante) en relación con el artículo 157.3 CE.

Para la Generalitat Valenciana, los preceptos impugnados encuentran apoyo legal en la facultad que se atribuye a los servicios públicos de salud de reclamar el pago de los importes de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole a los «terceros obligados al pago», a que se refiere la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otras normas. Además, la «tasa por prestación de asistencia sanitaria», que los preceptos controvertidos regulan, tiene como finalidad recuperar el coste económico de determinadas prestaciones sanitarias y farmacéuticas que facilita la Administración sanitaria valenciana al colectivo de afiliados a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) o el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y que quedan fuera del sistema de financiación común de los servicios públicos de salud.

2. Hemos de comenzar por precisar tres aspectos previos del presente proceso constitucional.

a) Como ha quedado reflejado en los antecedentes, las Cortes Valencianas presentaron su escrito de alegaciones con fecha de 29 de mayo de 2009, superado el plazo de quince días que les había sido concedido en providencia de 21 de abril de 2009. Por ello, la providencia de 23 de junio de 2009, dictada por el Pleno del Tribunal, acordó por lo que respecta a dichas Cortes, no tenerlas por personadas ni por formuladas sus alegaciones, al resultar su escrito manifiestamente extemporáneo.

b) En cuanto al escrito de demanda, hemos reiterado en anteriores ocasiones que la impugnación de normas precisa de una fundamentación que contenga un análisis y una argumentación suficientes, pues «cuando lo que se encuentra en juego es la depuración del ordenamiento jurídico resulta carga de los recurrentes, no sólo abrir la vía para que el Tribunal pueda pronunciarse, sino también colaborar con la justicia del Tribunal mediante un pormenorizado análisis de las cuestiones que se suscitan, por lo cual, si no se atiende esta exigencia, se falta a la diligencia procesalmente requerida» (por todas, STC 13/2007, de 18 de enero, FJ 1), y ello porque hay una presunción de constitucionalidad de normas con rango de ley que no puede desvirtuarse sin más, prescindiendo de una razón suficientemente fundada [SSTC 204/2011, de 15 de diciembre, FJ 2 b); y 22/2012, de 16 de febrero, FJ 2 b)].

A partir de lo que antecede, no se advierte contenido argumentativo suficiente dirigido a la impugnación, en su totalidad, de los arts. 14 y 15 de la Ley de las Cortes Valencianas

16/2008 que, respectivamente, otorgan nueva redacción a los arts. 171 y 172.2 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat. En efecto, la argumentación del recurso se ciñe exclusivamente a uno de los supuestos en los que procede el pago de la «tasa por prestación de asistencia sanitaria», el que corresponde a los beneficiarios de las mutualidades administrativas (MUFACE, ISFAS y MUGEJU), que hayan optado por la red sanitaria pública. Es decir, aunque formalmente se impugnen ambos preceptos en su totalidad, lo que realmente se controvierte en el recurso es si la aplicación de la citada tasa a los mutualistas que opten por la sanidad pública invade las competencias del Estado en materia de sanidad y régimen económico de la Seguridad Social, y si es además contraria al sistema de financiación autonómica. No se cuestiona así el resto de supuestos a los que la tasa resulta de aplicación, ni tampoco otros aspectos de su régimen jurídico.

Por tanto, el examen de constitucionalidad se ceñirá al concreto objeto de impugnación, respecto del cual se contiene en la demanda la argumentación imprescindible para hacer posible el pronunciamiento de este Tribunal, y no a la totalidad de los apartados de los arts. 171 y 172 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, en la redacción otorgada por los artículos recurridos. El objeto del presente proceso constitucional se circunscribe así a la modificación operada por el art. 14 de la Ley de las Cortes Valencianas 16/2008, de 22 de diciembre, en el apartado 1 del art. 171 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, y por el art. 15 de esa misma norma legal en el inciso segundo del apartado 1 del art. 172.2 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, cuyo tenor se recoge en el correspondiente fundamento jurídico.

c) Según el planteamiento de la demanda, concurre en este proceso lo que hemos denominado «inconstitucionalidad de carácter mediato o indirecto» (por todas, STC 162/2009, de 29 de junio, FJ 2), pues la infracción del orden constitucional de distribución de competencias derivaría de su contradicción con la norma estatal básica. En consecuencia, para la resolución de la controversia será preciso que la norma estatal infringida tenga el carácter de norma básica, desde la doble perspectiva formal y material. Finalmente, deberá de tomarse como parámetro de control la legislación básica estatal vigente en el momento de dictar la correspondiente Sentencia, y no en el momento de interposición del recurso de inconstitucionalidad [por todas, SSTC 1/2003, de 16 de enero, FJ 2; y 26/2012, de 1 de marzo, FJ 2 c)]. Como se expondrá detalladamente en el correspondiente fundamento jurídico, la norma básica estatal pertinente al objeto de este proceso constitucional es la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, reformada tras la interposición del presente recurso mediante 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.

3. Debemos comenzar por ubicar la controversia en el marco competencial que le corresponde, pues el escrito de demanda afirma la incidencia que la «tasa por prestación de asistencia sanitaria» tendría tanto en la competencia estatal que se deriva del art. 149.1, apartado 16 («bases y coordinación general de la sanidad»), como del 17 («régimen económico de la seguridad social»), ambos de la Constitución, además de invocar, por conexión, la vulneración de la competencia sobre condiciones básicas de igualdad contenida en el art. 149.1.1 CE.

Según ha quedado expuesto, la tasa autonómica recae sobre la asistencia sanitaria, cuando se presta por los servicios sanitarios de la Comunidad Autónoma a un determinado grupo de contribuyentes; los asegurados y beneficiarios pertenecientes a MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que hayan optado por recibir dicha prestación de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

Pues bien, desde la perspectiva de su encuadramiento competencial, esta controversia guarda similitud con la decidida en la STC 98/2004, de 25 de mayo, que enjuiciaba la Ley del Parlamento de Canarias sobre los precios de referencia en especialidades farmacéuticas. Entonces sostuvimos que en tanto que el precepto se

refería a la fijación del sistema de financiación pública de una de las prestaciones (los medicamentos) que proporcionaba el Sistema Nacional de Salud, el marco conceptual y competencial específico aplicable debía ser el de la «sanidad» (art. 149.1.16 CE) y no el de la «Seguridad Social» (art. 149.1.17 CE), de manera que, afirmamos entonces, «[a] pesar de la indiscutible vinculación entre la protección de la salud y el sistema público de Seguridad Social, que dentro de su acción protectora incluye la asistencia sanitaria de sus beneficiarios en los casos de maternidad, enfermedad (común y profesional) y accidente (común y de trabajo), no cabe subsumir la materia aquí cuestionada en el título competencial relativo a ella (art. 149.1.17 CE)... En este sentido, se aprecia que la norma canaria no afecta al régimen económico de la Seguridad Social, ni a sus recursos financieros, ni a la vigencia del principio de 'caja única' por el que se rige. Y ello resulta avalado porque la descentralización de la gestión de los servicios sanitarios y el traspaso de servicios y funciones efectuada por la Administración del Estado en materia de sanidad a favor de las distintas Comunidades Autónomas se ha visto acompañada de una nueva forma de financiación de la asistencia sanitaria, que abandonando la específica partida presupuestaria de la Seguridad Social se ha integrado en el sistema general de financiación autonómica junto al resto de las partidas presupuestarias (proceso éste que ha culminado con la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las Comunidades Autónomas de régimen común y Ciudades con estatuto de autonomía)» (FJ 5).

Concluimos así que una medida que se refiere a la fijación del sistema de financiación pública de una de las prestaciones proporcionadas por el Sistema Nacional de Salud debía ubicarse en el título del art. 149.1.16 CE, bases y coordinación de la sanidad, descartando por tanto el contenido en el art. 149.1.17, sobre Seguridad Social.

En el presente proceso constitucional, la tasa establecida por la Comunidad Valenciana incide sobre las prestaciones sanitarias, cuando éstas se dirigen a los beneficiarios de las citadas mutualidades administrativas (MUFACE, MUGEJU e ISFAS) que opten por la sanidad pública. El mutualismo administrativo es uno de los regímenes especiales a que se refiere en el artículo 10 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado mediante Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por lo que existe indudablemente una conexión de la controvertida tasa con el régimen económico de la Seguridad Social. Sin embargo, el centro de la controversia no radica en el sistema de financiación del mutualismo administrativo, sino en la sujeción a una tasa de la asistencia sanitaria recibida por los citados mutualistas, cuando opten por el sistema público.

Por tanto, y puesto que no se afecta de forma directa al régimen económico de la Seguridad Social, por las mismas razones recogidas en el citado fundamento jurídico 5 de la STC 98/2004, también en este caso debemos concluir que el ámbito material más estrechamente relacionado con la controversia constitucional es la sanidad, y puesto que «ha de preponderar la regla competencial específica sobre la más genérica» (por todas, STC 36/2012, de 15 de marzo, FJ 3), el examen deberá partir de la misma.

En cuanto a la competencia estatal del art. 149.1.1 CE también invocada en la demanda, ya establecimos, que «dada la función uniformadora que ha de cumplir la normativa básica, ha de señalarse que tal competencia [del art. 149.1.1 CE] queda absorbida por la que le corresponde al Estado en la regulación de las bases de la sanidad, que es más específica y puede dotarse también de un mayor contenido» (STC 109/2003, de 5 de junio, FJ 3). Razonamiento que también cabe aplicar al presente supuesto, por lo que el examen que sigue se ceñirá al ámbito competencial de sanidad.

4. Alcanzada la anterior conclusión sobre la materia en la que la norma impugnada se incardina dentro del orden competencial previsto en el bloque de la constitucionalidad, procede ahora examinar las competencias que sobre la misma ostentan tanto el Estado como la Comunidad Autónoma Valenciana.

El Estado, de acuerdo con el art. 149.1.16 CE, tiene competencia exclusiva tanto sobre la «sanidad exterior», como sobre las «bases y coordinación general de la sanidad».

Por su parte, el vigente Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, reformado mediante la Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, establece en su art. 54.1 la competencia exclusiva de la Generalitat para la «organización, administración y gestión de todas las instituciones sanitarias públicas dentro del territorio de la Comunitat Valenciana», estableciendo el apartado 4 del mismo artículo que «[l]a Generalitat podrá organizar y administrar para aquellas finalidades, y dentro de su territorio, todos los servicios relacionados con las materias antes mencionadas, y ejercerá la tutela de las instituciones, entidades y funciones en materia de sanidad y seguridad social».

En desarrollo del título competencial contenido en el art. 149.1.16 CE, el Estado ha dictado, entre otras, la citada Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, norma que establece las prestaciones básicas del Sistema Nacional de Salud. La Ley dispone, como uno de sus principios, el de la «financiación pública del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el vigente sistema de financiación autonómica» [art. 2 e) de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud], garantizando a los asegurados «[l]a asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud» (art. 3.1 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).

En cuanto a la condición de asegurado, el art. 3.6 incluye entre ellos a los mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS, que mantendrán su régimen jurídico específico. La disposición adicional cuarta, apartado primero, de la misma ley, establece que las citadas mutualidades administrativas están obligadas a «garantizar el contenido de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, así como las garantías sobre accesibilidad, movilidad, calidad, seguridad, información y tiempo recogidas en esta Ley». Esta disposición ha sido reformada por la Ley 33/2011, de 4 de octubre, general de salud pública, aunque sin que la modificación haya alterado su contenido esencial, limitándose a recoger la mención específica de las tres citadas mutualidades. De acuerdo con el marco jurídico estatal, el único supuesto para el que la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud prevé un pago por parte de los mutualistas es el de aquéllos que, habiendo optado por recibir asistencia sanitaria mediante una «entidad de seguro» (es decir, privada), reciban sin embargo asistencia sanitaria en centros sanitarios públicos. En estos casos «el gasto correspondiente a la asistencia prestada será reclamado al tercero obligado, de acuerdo con la normativa vigente» (art. 3.6, segundo párrafo).

La Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su art. 7, establece el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, cuyo objeto es «garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención». Entre estas prestaciones de atención sanitaria el precepto cita «los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, rehabilitadores y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos». A partir de dicho catálogo, se define en los arts. 8 a 8 quater la denominada «cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud», y sus diferentes modalidades. El art. 8 define la citada cartera común como el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. Esta cartera tiene tres modalidades: «cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud», «cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud» y «cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud» (arts. 8 bis, 8 ter y 8 quater de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud).

Junto a la definición de las diferentes prestaciones que las integran, los citados preceptos regulan el sistema de financiación de dichas carteras. Así, se establece que el coste de la «cartera común básica», integrada por «las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente», sea cubierto «por financiación pública» (art. 8 bis 1), esto es, mediante todos los recursos del Estado y por tanto sin la exigencia de aportaciones directas del destinatario de la prestación sanitaria. Mientras que las carteras común suplementaria y de servicios accesorios, sólo estarán cubiertas parcialmente por financiación pública, pudiendo en este caso las prestaciones sanitarias

estar sujetas a «aportación del usuario» (el denominado «copago»), dentro de las condiciones y con los límites cuantitativos previstos en la propia Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (arts. 8 ter y quáter).

La cartera común de servicios, en todas sus modalidades, se acordará por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, aprobándose después por el Estado, mediante real decreto (art. 8.3 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud). Las Comunidades Autónomas podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, aunque deberán incluir en todo caso la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios, cartera que además deberá garantizarse «a todos los usuarios» (art. 8 quinquies, apartado 1).

De la anterior exposición de las normas básicas del Estado interesa resaltar, a efectos del presente proceso constitucional, que definen quiénes son los asegurados (art. 3, y para los mutualistas, art. 3.6 y disposición adicional cuarta, apartado primero, todos de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), fijando así quiénes habrán de tener acceso al Sistema Nacional de Salud. Asimismo, la ley estatal concreta las prestaciones sanitarias a que dichos asegurados tendrán derecho, mediante la definición de «carteras» comunes a todo el territorio de la Nación (arts. 7, y 8 a 8 quater). Finalmente, la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece, como regla general, la «financiación pública del Sistema Nacional de Salud» [art. 2 e)], así como la garantía de su prestación a los asegurados «con cargo a fondos públicos» (art. 3.1), previendo expresamente en qué supuestos específicos procederá sujetar algunas de estas prestaciones, no integrantes de la cartera «básica», al pago de «aportaciones» del usuario en los términos definidos en la Ley (arts. 8 ter y 8 quáter).

5. Expuestas así las bases dictadas por el Estado en esta materia, debemos comprobar si, en el ejercicio de su competencia, el Estado ha satisfecho los requisitos exigibles de las normas básicas, entre los que debe distinguirse entre las exigencias de orden formal y material.

Para ello debemos partir de nuestra doctrina sobre las bases, que como hemos reiterado en numerosas ocasiones, deben ser en primer lugar expresamente identificadas como tales, de manera que «la propia Ley puede y debe declarar expresamente el carácter básico de la norma o, en su defecto, venir dotada de una estructura que permita inferir, directa o indirectamente, pero sin especial dificultad, su vocación o pretensión básica» (por todas, STC 109/2003, de 5 de junio, FJ 4). Desde una perspectiva formal, el art. 3, los arts. 8 a 8 quinquies y la disposición adicional cuarta de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud se dictan al amparo de la competencia del art. 149.1.16 CE, según se afirma en la disposición final primera de la misma ley.

En segundo lugar, desde la perspectiva material, tempranamente establecimos que tendrán tal condición las normas dirigidas a «garantizar en todo el Estado un común denominador normativo dirigido a asegurar, de manera unitaria y en condiciones de igualdad, los intereses generales a partir [de los cuales] pueda cada Comunidad Autónoma, en defensa de sus propios intereses, introducir las peculiaridades que estime convenientes y oportunas, dentro del marco competencial que en la materia le asigne su Estatuto» (STC 69/1988, de 19 de abril, FJ 5, doctrina recogida en la citada STC 109/2003, de 5 de junio, FJ 4).

Sobre el concreto alcance de las bases de la sanidad, nos pronunciamos en la citada STC 98/2004, de 25 de mayo, en la que afirmamos que la financiación pública del medicamento, constituye «un aspecto esencial o nuclear de la regulación de la prestación farmacéutica, al ser un presupuesto necesario para el acceso de los ciudadanos a los medicamentos en condiciones de igualdad, a precio razonable y con un precio público ajustado», quedando garantizada «una uniformidad mínima en las condiciones de acceso a los medicamentos con independencia del lugar en el que dentro del territorio nacional se resida y se evita la introducción de factores de desigualdad en la protección básica de la salud» (FJ 7).

Constatamos también entonces que, en materia de sanidad, «la Constitución no sólo atribuye al Estado una facultad, sino que le exige que preserve la existencia de un sistema normativo sanitario nacional con una regulación uniforme mínima y de vigencia en todo el territorio español, eso sí, sin perjuicio, bien de las normas que sobre la materia puedan dictar las Comunidades Autónomas en virtud de sus respectivas competencias... dirigidas, en su caso, a una mejora en su ámbito territorial de ese mínimo común denominador establecido por el Estado, bien de las propias competencias de gestión o de financiación que sobre la materia tengan conforme a la Constitución y a los Estatutos. Y se lo exige cuando en el art. 149.1.16 CE le atribuye las bases en materia de 'sanidad', para asegurar –como se ha dicho– el establecimiento de un mínimo igualitario de vigencia y aplicación en todo el territorio nacional en orden al disfrute de las prestaciones sanitarias, que proporcione unos derechos comunes a todos los ciudadanos» (mismo FJ 7), doctrina que ha sido reiterada recientemente, en la *supra* citada STC 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3.

A partir de esta doctrina debemos considerar el carácter básico de art 2 e) de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que establece la garantía de financiación pública del sistema, del art. 3 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que define las personas aseguradas y que por tanto tienen derecho a las prestaciones sanitarias en los términos legalmente establecidos, de la disposición adicional cuarta, referida a los mutualistas, y de los citados arts. 7, y 8 a 8 , que recogen las diferentes modalidades de prestaciones sanitarias, comenzando por las que constituyen el núcleo esencial o epicentro de la propia materia de sanidad, la denominada «cartera común básica», y finalizando por las prestaciones suplementarias y de servicios accesorios.

Pues bien, en aplicación de la doctrina *supra* recogida, cabe concluir que la decisión acerca de quiénes deban ser beneficiarios de las prestaciones sanitarias y cuáles sean dichas prestaciones, pertenece indudablemente al núcleo de lo básico, pues define los ámbitos subjetivo y objetivo de la propia materia. En efecto, la definición de quiénes pueden considerarse asegurados y en consecuencia tener acceso al Sistema Nacional de Salud, así como las concretas prestaciones sanitarias que deben ser garantizadas a todos ellos, por integrarse en la «cartera común», permite establecer un común denominador normativo dirigido a asegurar, de manera unitaria y en condiciones de igualdad, el acceso a la sanidad por parte de todos los ciudadanos incluidos en el ámbito subjetivo de la norma, con independencia de su lugar de residencia. Vinculado con ello, forma lógicamente también parte del ámbito de lo básico la concreta definición de las diferentes modalidades de prestaciones sanitarias comunes (básicas, suplementarias o de servicios accesorios).

Además, también por aplicación de nuestra doctrina (SSTC 98/2004, de 25 de mayo; y 22/2012, de 16 de febrero, FJ 3) cabe considerar como básica la definición del sistema de financiación de la sanidad, lo que incluye tanto la garantía general de financiación pública como, dentro de esta garantía, los supuestos en los que algunas prestaciones comunes que no son básicas (las «suplementarias» y de «servicios accesorios») pueden estar sujetas a una financiación adicional con cargo al usuario del servicio (tasa o «copago»). En efecto, la definición de la modalidad de financiación aplicable a las diferentes prestaciones sanitarias, y en qué supuestos procede el pago de aportaciones por sus destinatarios, tiene una incidencia central en la forma de prestación del propio servicio, constituyendo así también un elemento nuclear del propio ámbito objetivo de las prestaciones sanitarias, que en consecuencia debe ser regulado de manera uniforme, por garantizar el mínimo común de prestaciones sanitarias cubierto por financiación pública en todo el territorio nacional.

Finalmente, dichas bases habilitan un margen para el desarrollo, por parte de las Comunidades Autónomas, de su propia política sanitaria. Éstas podrán, respetando el mínimo formado por las carteras comunes, aprobar sus propias carteras de servicios (art. 8 quinquies), y establecer servicios adicionales para sus residentes. Es decir, las Comunidades Autónomas podrán mejorar el mínimo estatal, pero en ningún caso empeorarlo.

6. Sentado lo anterior, procede ahora examinar la «tasa por prestación de asistencia sanitaria», para determinar si se ha producido una invasión de la competencia básica en materia de sanidad. Debemos recordar, como se expuso en el fundamento jurídico 1, que no se impugnan todos los aspectos del tributo, sino únicamente su extensión a los mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS que opten por la sanidad pública, que de acuerdo con el actual orden de distribución de competencias, será prestada por los servicios sanitarios de las Comunidades Autónomas.

Son así objeto de impugnación:

a) La nueva redacción dada por el art. 14 de la citada Ley de las Cortes Valencianas 16/2008, al art. 171.1 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, en tanto que elimina el inciso «cuando no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud», lo que tiene como consecuencia la inclusión, como contribuyentes de la tasa, de «los asegurados y beneficiarios del Sistema de la Seguridad Social pertenecientes a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), a la Mutualidad General Judicial (MUGEJU) o al Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS)».

b) La redacción dada por el art. 15 al art. 172.2 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, en tanto que incluye, como «sujetos pasivos sustitutos del contribuyente» a «[l]a Mutualidad a la que pertenece el asegurado o beneficiario, para aquellas prestaciones de servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica no concertadas con entidades aseguradoras privadas y que aquélla venga obligada, legal o reglamentariamente, a prestar. Respecto a aquellas prestaciones sanitarias y farmacéuticas que deban ser facilitadas por la administración sanitaria valenciana en virtud de convenio o concierto suscrito entre la misma y la Mutualidad correspondiente, se estará a lo dispuesto en el concierto o convenio respectivo».

Para el Abogado del Estado la norma autonómica ha establecido un «sistema de copago» de la asistencia sanitaria, aplicable exclusivamente al citado colectivo de mutualistas, lo que supone una quiebra del modelo sanitario vigente en el resto del territorio nacional. En particular, dicho sistema es contrario a la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, norma de la que se desprende que el legislador básico estatal ha optado por un modelo asistencial y no asegurativo de la sanidad, es decir, por una asistencia sanitaria de financiación pública, que por tanto ha de ser financiada indirectamente por medio de impuestos y no directamente por la contribución del usuario. Esto se deduce del art. 10.1 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, precepto que establece que las prestaciones establecidas en dicha ley «son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el actual sistema de financiación autonómica, sin perjuicio de la existencia de un tercero obligado al pago». Se precisa además en el escrito que la expresión «tercero obligado al pago», se refiere a los casos en los que los servicios públicos de salud reclaman prestaciones sanitarias, cuando éstas se prestan directamente a personas no directamente cubiertas por el sistema nacional de salud. Cita como ejemplo un funcionario perteneciente a MUFACE, MUGEJU o ISFAS que, por decisión propia, haya quedado adscrito a recibir la prestación de entidades concertadas de la sanidad privada pero que reciba una prestación sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Además, se vulnera también el modelo de financiación autonómica, al establecerse una tasa para financiar la prestación de un servicio para el que ya están reservados fondos públicos en dicho modelo.

Para la Generalitat Valenciana, los preceptos impugnados encuentran sin embargo apoyo legal en la facultad que tienen atribuida los servicios públicos de salud de reclamar el pago de los importes de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole a los «terceros obligados al pago», a que se refieren el citado art. 10.1 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, entre otras normas. Las Comunidades Autónomas pueden así solicitar el pago directo a determinadas entidades, tales como el Instituto Nacional de la Seguridad Social, las mutuas de accidentes de trabajo y

enfermedades profesionales y otros. Además, la tasa es necesaria para financiar la sanidad, debido al significativo incremento del colectivo de mutualistas de MUFACE, ISFAS y MUGEJU que han optado por recibir la asistencia sanitaria del servicio sanitario público valenciano, lo que ha tenido una gran repercusión en la sostenibilidad financiera del sistema sanitario de la Comunidad Autónoma.

7. El hecho imponible de la tasa autonómica lo constituye la prestación de los «servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica» que se detallan en el art. 173 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat. Se incluyen entre dichos servicios diversas modalidades de prestaciones sanitarias, entre ellas: las «tarifas por procesos hospitalarios», las «tarifas por actividad», que se desagregan en «tarifas por actividad de hospitalización» (apartado A), «atención ambulatoria» (apartado B), los «Procedimientos diagnósticos y terapéuticos» (apartado C), «trasplantes, explantes e implantes» (apartado D), y «otros conceptos» (apartado E), entre ellos «transporte en ambulancia», «prótesis», y otros.

Según se expone en el art. 173 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, el importe de dichas tarifas se configura teniendo en cuenta el coste del servicio, en función del tipo de proceso sanitario de que se trate. Así, los denominados «procesos hospitalarios», que el art. 173.1, apartado 1 define como «las prestaciones sanitarias realizadas en un mismo centro hospitalario a un paciente en régimen de internamiento», conllevan la imposición de específicas tarifas en función de su naturaleza; por ejemplo, los denominados «procedimientos sobre válvulas cardiacas y otros procedimientos cardiotorácicos mayores con cateterismo cardiaco», designado con la clave GRD104, implican el pago de una tarifa de 22.281,33 euros; un «parto con complicaciones» (clave GRD372), asciende a 2.022,40 euros, mientras que en ausencia de complicaciones asciende a 1.641,79 euros (clave GRD373) o, finalmente, el proceso denominado «neonato, peso al nacer 750-999 gramos, alta con vida», asciende a 68.238,91 euros (clave GRD604). Idéntico proceso se sigue para la valoración del resto de prestaciones sanitarias contenidas en el art. 173 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat.

A partir de lo anterior, se constata que la tasa controvertida no es estrictamente un supuesto de «aportación del usuario», que en los términos establecidos en los arts. 8 ter y 8 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, implicaría que el prestatario del servicio sanitario aportase un porcentaje del coste (el denominado «copago»). Frente a ello, la tasa autonómica lo que persigue es sufragar el propio coste del servicio, finalidad que queda corroborada por las propias alegaciones de la Generalitat Valenciana, que defiende la necesidad de obtener financiación adicional para sufragar el gasto sanitario generado por la atención sanitaria a los mutualistas administrativos, asimilándolo a otros supuestos en los que también se solicita dicho pago, contemplados en el art. 171, apartados 2 a 7, del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat.

Además, según se desprende del análisis de su hecho imponible, la tasa recae tanto sobre las prestaciones básicas contempladas en la cartera común (arts. 7, 8 y 8 bis de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud), como sobre las suplementarias o accesorias (arts. 8 ter y 8). En efecto, aunque los términos en que está redactado el art. 173 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat no son equivalentes a los de los arts. 8 bis a de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, es evidente tras la comparación de su contenido, que los servicios de asistencia sanitaria detallados en el precepto autonómico están incluidos en las mencionadas carteras de servicios comunes. Por tanto, la tasa autonómica recae directamente sobre prestaciones sanitarias que, de acuerdo con el marco básico estatal que se ha expuesto, deben ser de financiación pública o estar, en su caso, sólo parcialmente sujetas a aportaciones adicionales del usuario, sin que pueda repercutirse su coste íntegro a los prestatarios del servicio.

Esta conclusión no se ve desvirtuada por las alegaciones contenidas en el escrito de la Generalitat Valenciana que, tras justificar el establecimiento de la tasa en que el Estado no habría transferido el coste sanitario correspondiente a la prestación sanitaria pública a los mutualistas, afirma que la tasa no pretendería recuperar el coste económico de todas

las prestaciones, sino únicamente de aquéllas que quedan fuera del sistema de financiación común de los servicios públicos de salud por concurrir determinadas circunstancias. De dichas circunstancias se citan dos: que se trate de prestaciones no concertadas entre el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS) y las mutualidades, como es el caso de la prestación farmacéutica a pacientes no ingresados en centros hospitalarios; o que se trate de prestaciones que, estando incluidas en el ámbito material de los convenios de asistencia sanitaria entre el INSS y las mutualidades, tengan establecida una financiación específica dentro del sistema de financiación actual de los servicios públicos de salud, como es el caso de las prestaciones sanitarias, farmacéuticas y de otra índole facilitadas con motivo u ocasión de accidente de trabajo, acto de servicio o enfermedad profesional.

Pues bien, el examen del hecho imponible de la tasa permite concluir que, frente al alegato de la Generalitat, la misma no se limita a sujetar a gravamen las citadas prestaciones específicas, sino que recae directamente sobre todas las prestaciones básicas establecidas por el Estado en los citados arts. 7 y 8 a 8 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

8. Constatado que el hecho imponible de la tasa lo constituyen las prestaciones sanitarias básicas, el examen de los sujetos pasivos del tributo permite también concluir que éstos coinciden con los asegurados del sistema de salud, de acuerdo con el art. 3 y la disposición adicional cuarta de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En efecto, son sujetos pasivos de la tasa, de acuerdo con el art. 172.1 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, «a título de contribuyente, las personas a quienes se presten los servicios sanitarios a los que se refiere el artículo anterior», lo que incluye a los asegurados y beneficiarios de las tres mutualidades citadas que opten por recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Según se ha expuesto, antes de su modificación, el art. 171.1 finalizaba con el inciso «cuando no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud». La demanda considera que la eliminación de este inciso implica la sujeción de los mutualistas administrativos que opten por la sanidad pública, interpretación que confirma el escrito de la Generalitat Valenciana.

Dichas mutualidades serían, por su parte, «sustitutas» del contribuyente, lo que significa que serán éstas las principales obligadas al pago de la tasa, si bien podrán repercutir su importe sobre los mutualistas (contribuyentes). En efecto, según el art. 36 de la Ley 58/2003, de 17 de diciembre, general tributaria (LGT), norma de aplicación a todas las Administraciones tributarias (art. 1.1 LGT), mientras el contribuyente es el sujeto pasivo que realiza el hecho imponible, el sustituto es el sujeto pasivo que «por imposición de la Ley y en lugar del contribuyente, está obligado a cumplir la obligación tributaria principal, así como las obligaciones formales inherentes a la misma». Salvo precepto legal expreso en contrario, el sustituto podrá exigir del contribuyente el importe de las obligaciones tributarias satisfechas (art. 36.3 LGT). Es decir, la regla general es la posibilidad de repercusión, del sustituto al contribuyente, de las cuotas soportadas por aquél. En consecuencia, y puesto que el texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat nada dice en contra, hay que convenir con el Abogado del Estado cuando afirma que el pago de la tasa podrá corresponder a los mutualistas, por repercusión de las mutualidades.

Por tanto, el examen de su régimen jurídico permite concluir que la tasa autonómica recae sobre prestaciones sanitarias que, de acuerdo con el marco legal estatal expuesto, deberían estar cubiertas de forma completa y exclusiva por financiación pública para sus beneficiarios, entre los que deben incluirse, como quedó expuesto, los mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS que opten por la asistencia sanitaria pública.

No desvirtúan la anterior conclusión el resto de alegaciones de la Generalitat Valenciana. En primer lugar, debe rechazarse la calificación que realizan de las mutualidades administrativas como «tercero obligado al pago», a que se refieren el art. 83

LGS, la disposición adicional vigesimosegunda del texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social, o el art. 10.1 de la Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. En efecto, como correctamente explica en su escrito el Abogado del Estado, la referencia a dicho tercero obligado al pago se refiere a aquellos casos en los que los servicios públicos de salud reclaman el coste de la asistencia sanitaria que ha sido prestada directamente a personas no directamente cubiertas por el sistema nacional de salud. De acuerdo con el régimen jurídico expuesto, no es posible interpretar que los asegurados de MUFACE, MUGEJU e ISFAS sean ajenos al sistema de salud público en los términos pretendidos por el alegato de la Generalitat, ni en consecuencia puede calificarse dichas mutualidades como «terceros».

Finalmente, tampoco altera la conclusión acerca de la controvertida tasa la justificación que se contiene en el escrito de la Generalitat Valenciana, en el sentido de que su establecimiento obedece a la insuficiente financiación prevista en el sistema de financiación autonómica, en el concreto supuesto de prestaciones sanitarias a los citados mutualistas que opten por la sanidad pública. Con este argumento, y sin cuestionar la competencia del Estado en materia de sanidad, se limita el alegato a exponer las razones por las que, desde una perspectiva económica, la tasa es una manera de compensar los gastos sanitarios incurridos por la Comunidad Autónoma en la prestación de asistencia sanitaria a los mutualistas administrativos, gastos que a juicio de la Generalitat no habrían sido debidamente computados en el sistema de financiación autonómica.

Pues bien, sin perjuicio de que, como aduce el Abogado del Estado, las Comunidades Autónomas sí obtienen dicha financiación para sufragar la atención sanitaria a los mutualistas, pues éstos fueron tenidos en cuenta como población protegida en el cómputo del coste sanitario integrado en el sistema de financiación autonómica, lo relevante es que este último argumento del alegato de la Generalitat no guarda conexión alguna con el problema constitucional que la tasa autonómica plantea. Que la finalidad de la tasa sea allegar recursos públicos no implica la competencia material para su establecimiento, sino que el razonamiento es justo el contrario. En efecto, como hemos reiterado, la competencia para la creación y regulación de las tasas se encuentra estrechamente ligada a la competencia material (por todas, STC 35/2012, de 15 de marzo, FJ 6), de manera que la tasa sigue al servicio. En consecuencia, la distribución de competencias en una materia determina la posibilidad de establecer tasas sobre la misma, así como su configuración. Descartado que la Comunidad Autónoma ostente la competencia para establecer quiénes tienen acceso al sistema público de salud, y descartado también que pueda definir las prestaciones básicas del sistema nacional de salud o las condiciones en las que éstas se prestan, puede concluirse que la Comunidad Autónoma carece también de competencia para establecer una tasa sobre esta materia.

Por tanto, debemos concluir que la «tasa por prestación de servicios sanitarios», en tanto que se extiende a los mutualistas de MUFACE, MUGEJU e ISFAS cuando opten por recibir la prestación sanitaria de los servicios públicos de salud, invade la competencia estatal del art. 149.1.16 CE.

Procede en consecuencia declarar la inconstitucionalidad y nulidad del art. 14 de la Ley de las Cortes Valencianas 16/2008, de 22 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat, en tanto que otorga nueva redacción al art. 171.1 texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, eliminando la excepción que previamente se contenía en el inciso «cuando no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud», lo que tiene como consecuencia la sujeción de dichos mutualistas a la tasa; y del art. 15 de la misma ley, en tanto que modifica el inciso segundo del art. 172.2 apartado 1, inciso 2 del texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat.

Alcanzada esta conclusión, no procede examinar el resto de motivos de impugnación.

## FALLO

En atención a todo lo expuesto, el Tribunal Constitucional, POR LA AUTORIDAD QUE LE CONFIERE LA CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ESPAÑOLA,

Ha decidido

Declarar la inconstitucionalidad y la nulidad de:

a) El art. 14 de la Ley de las Cortes Valencianas 16/2008, de 22 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat, en cuanto modifica el art. 171.1 del Decreto Legislativo 1/2005, de 25 de febrero, del Consell de la Generalitat, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de tasas de la Generalitat, en cuanto que suprime el inciso «cuando no hayan sido adscritos, a través del procedimiento establecido, a recibir asistencia sanitaria de la red sanitaria del Sistema Nacional de Salud».

b) El art. 15 de la misma ley, en cuanto que introduce en el art. 172.2 apartado 1, el inciso 2 «la Mutualidad a la que pertenece el asegurado o beneficiario, para aquellas prestaciones de servicios de asistencia sanitaria y farmacéutica no concertadas con entidades aseguradoras privadas y que aquella venga obligada, legal o reglamentariamente, a prestar. Respecto a aquellas prestaciones sanitarias y farmacéuticas que deban ser facilitadas por la administración sanitaria valenciana en virtud de convenio o concierto suscrito entre la misma y la Mutualidad correspondiente, se estará a lo dispuesto en el concierto o convenio respectivo».

Publíquese esta Sentencia en el «Boletín Oficial del Estado».

Dada en Madrid, a diecinueve de junio de dos mil doce.—Pascual Sala Sánchez.—Eugeni Gay Montalvo.—Javier Delgado Barrio.—Elisa Pérez Vera.—Ramón Rodríguez Arribas.—Manuel Aragón Reyes.—Pablo Pérez Tremps.—Francisco José Hernando Santiago.—Adela Asua Batarrita.—Luis Ignacio Ortega Álvarez.—Francisco Pérez de los Cobos Orihuel.—Firmado y rubricado.