

I. COMUNIDAD AUTÓNOMA

3. OTRAS DISPOSICIONES

Consejería de Salud

Servicio Murciano de Salud

284 Resolución de 21/12/17, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se da publicidad al convenio marco entre el Servicio Murciano de Salud, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, para la atención de la asistencia sanitaria futura derivada de accidentes de tráfico en el ámbito de la sanidad pública 2016/2018.

Visto el Convenio marco suscrito el 17 de noviembre de 2017 entre el Servicio Murciano de Salud, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, para la atención de la asistencia sanitaria futura derivada de accidentes de tráfico en el ámbito de la sanidad pública 2016/2018, a los efectos de lo dispuesto en el artículo 48 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, en el artículo 6.6 de la Ley 7/2004, de 28 de diciembre, de Organización y Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia y en el artículo 24 de la Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia,

Resuelvo

Publicar en el Boletín Oficial de la Región de Murcia, el texto del Convenio marco entre el Servicio Murciano de Salud, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, para la atención de la asistencia sanitaria futura derivada de accidentes de tráfico en el ámbito de la sanidad pública 2016/2018, que figura como Anexo de esta Resolución.

Murcia a 21 de diciembre de 2017.—El Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, Asensio López Santiago.

Anexo

Convenio marco entre el Servicio Murciano de Salud, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA) y el Consorcio de Compensación de Seguros, para la atención de la asistencia sanitaria futura derivada de accidentes de tráfico en el ámbito de la sanidad pública 2016/2018

En Murcia, a 17 de noviembre de 2017

Don Asensio López Santiago, Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, en la representación que ostenta en virtud del artículo 8.1 a) del Decreto 148/2002, de 27 de diciembre, por el que se establece la estructura y funciones de los órganos de Participación, Administración y Gestión del Servicio Murciano de Salud.

Don Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa, en representación del Consorcio de Compensación de Seguros, en virtud de poder conferido mediante escritura pública, otorgada el 19 de febrero de 1997 ante el Notario de Madrid don Luis Núñez Boluda, con el número 287 de su protocolo.

Doña Pilar González de Frutos, en representación de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, UNESPA, como Presidenta, en virtud de poder conferido por acuerdo del Comité Ejecutivo de dicha entidad, adoptado en su reunión del 15 de octubre de 2003, y protocolizado mediante escritura pública otorgada el 9 de enero de 2004 ante el Notario de Madrid D. Andrés Sanz Tobes, con el número 46 de su protocolo.

Se reconocen capacidad suficiente para obligarse en las respectivas representaciones que ostentan y de común acuerdo

Manifiestan

El Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, en adelante la Ley regula en sus artículos 113 y 114 los gastos previsibles de asistencia sanitaria futura que originan las secuelas de los lesionados con motivo de hechos de la circulación y el resarcimiento de los mismos por parte de las entidades aseguradoras a los servicios públicos de salud.

Asimismo, la referida Ley establece la posibilidad de suscribir convenios o acuerdos entre las entidades aseguradoras y los servicios públicos de salud, que faciliten el pago de las prestaciones sanitarias de los lesionados que tengan un carácter vitalicio y se garanticen las mismas a los lesionados.

En virtud de la referida facultad, las partes consideran la necesidad de establecer un convenio específico que regule las relaciones entre las entidades aseguradoras y los servicios de salud. A tal fin, las partes se reconocen capacidad suficiente para obligarse en las respectivas representaciones que ostentan y de común acuerdo convienen las siguientes

Estipulaciones

Primera.- Objeto

1.1.- Objeto.

El objeto del Convenio es regular las relaciones entre las partes signatarias para la gestión de la asistencia sanitaria futura, hospitalaria y/o ambulatoria establecida en los artículos 113 y 114 de la Ley, una vez se produzca la estabilización de las lesiones, en el ámbito de la sanidad pública conforme establece la ley, a lesionados por hechos de la circulación, y establecer la compensación económica por dichas prestaciones sanitarias de carácter finalista para la víctima (anexo I).

La asistencia sanitaria futura se prestará por los servicios de salud de acuerdo con lo previsto en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

No estarán incluidos, en ningún caso, en la aplicación del presente Convenio los importes de las prótesis y órtesis a los que se refieren el artículo 115 ni los gastos correspondientes a la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria del artículo 116 de la Ley, que serán resarcidos directamente al lesionado.

En relación con lo anterior, en su caso, se informará a los servicios públicos de salud que la entidad aseguradora ha resarcido o está resarcido al lesionado por los conceptos indemnizatorios de los artículos 115 y 116 de la Ley. Las entidades aseguradoras incluirán en la oferta motivada y/o en la documentación que se entregue al lesionado que de producirse una prestación de la misma naturaleza por los servicios públicos de salud, éstos tendrán derecho a reclamar el coste de las prestaciones realizadas correspondientes a los artículos 115 y 116 de la Ley.

1.2.- Aplicación.

El Convenio de carácter voluntario, en su calidad de Marco, es de referencia, aplicándose con carácter subsidiario respecto de los pactos bilaterales que pudieran suscribir individualmente las entidades aseguradoras, el consorcio de compensación de seguros, en adelante el CCS, y los servicios públicos de salud en las relaciones que como consecuencias de los servicios prestados a lesionados por hechos de la circulación surjan entre ellas.

1.3.- Ámbito territorial.

El presente convenio se aplicará a los lesionados cuya asistencia futura se preste en los centros sanitarios del Estado Español según lo establecido en el artículo 114 de la Ley.

1.4.- Límites.

El pago de las prestaciones se establece dentro de los límites máximos anuales indicados en la tabla 2.C.1 de la Ley.

1.5.- Vigencia.

El presente Convenio será de aplicación a las asistencias sanitarias realizadas como consecuencia de accidentes ocurridos a partir del 1 de enero de 2016 y finalizará su vigencia el 31 de diciembre de 2018, pudiendo ser objeto, antes de su conclusión y por acuerdo unánime de las partes, de prórroga expresa por un periodo de hasta cuatro años adicionales, de conformidad con la letra h) del artículo 49 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

1.6.- Actualizaciones.

Las compensaciones anuales aplicables a las prestaciones de gastos de asistencia sanitaria futura para cada uno de los ejercicios en los que será de aplicación el convenio serán, las que de conformidad con el artículo 49 de la Ley, figuren en los anexos de condiciones económicas correspondientes a cada ejercicio.

Segunda.- Hechos sujetos y determinación del obligado al pago

2.1.- Hechos sujetos.

Las estipulaciones y compensaciones de este Convenio se aplicarán a las prestaciones sanitarias realizadas, una vez se produzca la estabilización de las lesiones, a los lesionados por hechos de la circulación ocasionados por un vehículo a motor cubierto por un contrato de seguro de Responsabilidad Civil derivada de la Circulación de Vehículos de Motor.

2.2.- Secuelas en las que será de aplicación el convenio.

Las secuelas que darán lugar a la aplicación del convenio, serán las previstas en la tabla 2.C.1 de la Ley de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación.

En los supuestos de existencia de más de una secuela incluida en un mismo grupo anatómico funcional, definido en la tabla 2.C.1 de la Ley, solo se contemplará la secuela mayor de los siguientes grupos:

- I. Secuelas motoras sensitivas de origen central y medular.
- II. Secuelas motoras y sensitivo motoras de origen periférico.
- III. Trastornos cognitivos y daño neuropsicológico
- IV. Sistema ocular
- V. Sistema auditivo
- VI. Sistema osteoarticular
- VII. Amputación de extremidad superior
- VIII. Amputación de extremidad inferior
- IX. Sistema cardiaco y respiratorio
- X. Sistema digestivo
- XI. Sistema urinario
- XII. Sistema reproductor

En el caso de que exista más de una secuela y estén encuadradas en grupos anatómicos funcionales diferentes, se indemnizará por el importe total de la secuela mayor del conjunto de todos los grupos y por el setenta por ciento (70%) del importe de la secuela mayor cada uno de los otros grupos.

2.3.- Determinación de las secuelas y de la fecha de estabilización.

En el caso que se hubiera emitido una oferta motivada por la entidad aseguradora o el CCS y esta sea aceptada por el lesionado, las secuelas que determinan la compensación por los gastos previsibles de asistencia sanitaria futura y la fecha de estabilización, serán las que, se establezcan en la oferta motivada regulada por el artículo 7 del Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, o por acuerdo entre las partes firmantes del convenio.

En caso de no conformidad del lesionado, aquellas se resolverán por informe médico forense aceptado por el perjudicado o por lo establecido en sentencia judicial firme.

En el caso que no se hubiera emitido una oferta motivada, transcurridos tres meses desde la fecha de estabilización, la entidad aseguradora obligada a anticipar el pago por aplicación de las normas subsidiarias, a los únicos efectos de la aplicación de este Convenio, realizará un informe provisional de valoración de las secuelas que pudieran dar lugar a gasto médico futuro, sin perjuicio de su posterior regularización de acuerdo con la estipulación sexta.

Una vez establecidas las secuelas y las correspondientes compensaciones económicas de las mismas, solo podrán revisarse por la alteración sustancial de las circunstancias que determinaron su fijación o por la aparición de daños sobrevenidos

2.4.- Determinación del obligado al pago.

2.4.1. Criterios Generales.- El artículo 83 de la Ley General de Sanidad establece que los servicios de salud tendrán derecho a reclamar, del tercero responsable, el coste de los servicios prestados en los supuestos de seguros obligatorios especiales y en todos aquellos supuestos, asegurados o no, en que aparezca un tercero obligado al pago.

Por otro lado, el Texto Refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor, aprobado por el Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de Octubre, requiere la previa determinación del responsable para que nazca la obligación de resarcir los daños causados.

Las compensaciones aplicables a las prestaciones que figuran en el anexo X de condiciones económicas han tenido en cuenta la existencia de los casos de culpa concurrente de los conductores, ocupantes y peatones en las que se aplica una reducción del veinticinco por ciento (25%) de los importes máximos anuales establecidos en la tabla 2.C.1. de la Ley.

2.4.2. Determinado el obligado al pago. La entidad obligada al pago de los gastos de asistencia sanitaria futura de las víctimas será la aseguradora del conductor del vehículo responsable de conformidad a la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.

2.4.3. No determinado el obligado al pago. Si transcurrido tres meses desde la fecha de estabilización del lesionado, no ha podido establecerse la entidad aseguradora obligada al pago, se actuará conforme a las siguientes reglas subsidiarias:

A. Siniestros en que intervenga un único vehículo.

Las entidades Aseguradoras se obligan al pago de las prestaciones sanitarias futuras que precisen los lesionados del siniestro con la excepción de las del conductor del vehículo.

En el supuesto de inexistencia de seguro de responsabilidad civil o en aquellos otros en que resulte acreditada la intervención en el siniestro de un vehículo robado, los gastos asistenciales de las víctimas del accidente que ocuparan voluntariamente estos vehículos, con excepción del conductor del vehículo, serán por cuenta del CCS, el cual quedará en todo caso exento de la obligación de pago de la asistencia sanitaria prestada cuando pruebe que los ocupantes del vehículo que originan los gastos asistenciales futuros conocían la circunstancia de robo o no aseguramiento del mismo.

B. Siniestros en que participe más de un vehículo.

En estos siniestros se abonarán por cada entidad aseguradora las prestaciones sanitarias futuras correspondientes a las víctimas ocupantes del vehículo que aseguren con la excepción del conductor. En los supuestos de vehículos no asegurados o robados, el CCS no abonará dichas prestaciones, si prueba que los ocupantes conocían las circunstancias del no aseguramiento o robo del vehículo.

En cuanto a los conductores se aplicarán las siguientes reglas:

B.1 En el caso de intervención de dos vehículos, las entidades aseguradoras de los vehículos intervinientes abonarán los gastos sanitarios futuros del conductor del vehículo contrario, con la excepción de conductores de vehículos no asegurados o robados, en los que no se abonarán las prestaciones de ninguno de los conductores intervinientes

B.2 En el caso de intervención de más de dos vehículos, cada entidad aseguradora abonará los gastos médicos futuros de su propio conductor, excepto el CCS que no abonará las prestaciones de conductores de vehículos no asegurados o robados.

C. Lesiones a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes.

Las prestaciones de asistencia sanitaria futura a terceros no usuarios de los vehículos intervinientes, serán abonadas por la entidad aseguradora del vehículo causante material de las lesiones.

2.4.4. Siniestros en que participen vehículos asegurados en entidades aseguradoras declaradas en concurso o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al CCS. De acuerdo con lo establecido en la legislación vigente, el CCS asumirá, en los mismos términos en que lo hubiera hecho la entidad aseguradora, las obligaciones pendientes de aquellas que se encontrasen en los supuestos antes definidos.

2.4.5. Siniestros en que participen vehículos asegurados en entidades aseguradoras no adheridas al convenio. En caso de intervención de un solo vehículo asegurado en entidad no adherida, no será de aplicación el convenio y en caso de intervención de dos o más vehículos, solamente será de aplicación el convenio respecto a la entidad que, estando adherida al mismo, asuma la responsabilidad del siniestro.

Si la entidad adherida no asume la responsabilidad del siniestro, en el plazo de tres meses desde la fecha de estabilización, informará a los servicios públicos de salud de las entidades aseguradoras y de los vehículos intervinientes, así como del resto de datos identificativos que obren en su poder.

2.4.6.- Repetición gastos sanitario futuro.- Determinada la responsabilidad las entidades aseguradoras y el CCS podrán reclamarse según las reglas que se establezcan al efecto entre ellas los importes satisfechos a los servicios públicos sanitarios, por los gastos sanitarios futuros satisfechos. Igualmente, las entidades aseguradoras y el CCS se reservan el derecho de repetición de las cantidades que hayan sido abonadas a los servicios públicos de salud en virtud de las reglas contenidas en este convenio, contra aquellas personas físicas o jurídicas ajenas al mismo, que finalmente resultaran responsables en la producción de las lesiones que dieron origen a los gastos sanitarios futuros satisfechos.

Tercera.- Determinación del servicio público de salud acreedor del pago

El servicio público de salud acreedor del pago de la prestación sanitaria futura será al que se encuentre adscrito el lesionado salvo que el mismo por razones técnicas sanitarias no pueda prestarla, en cuyo caso será el servicio público que realiza la prestación.

Los servicios públicos de salud para los casos en que no se preste la totalidad de la asistencia futura en un solo servicio se reembolsarán entre los mismos de acuerdo con lo establecido en adenda del presente convenio.

Cuarta.- Forma y momento del pago de la asistencia sanitaria futura

Se establece, como criterio general, la fórmula del pago único salvo que las partes acuerden un pago anual.

No obstante, en los casos de los conductores en los supuestos de aplicación de normas subsidiarias el pago será anual hasta la determinación del conductor responsable. Una vez determinado el conductor responsable se darán por finalizados los pagos correspondientes al mismo, sin posibilidad de recobro por parte de la aseguradora, estableciéndose para el resto de los conductores el pago único restante.

En el caso de pago único, para su cálculo se multiplicará la compensación anual establecida en el anexo I de condiciones económicas correspondiente a la lesión objeto de tratamiento sanitario futuro por el coeficiente actuarial de conversión que le corresponde al lesionado en función de su edad a la fecha de estabilización de las secuelas de la tabla técnica (TT1) de la Ley.

El pago se realizará en el momento en que, una vez estabilizadas las lesiones sea aceptado el importe de la compensación económica a percibir por la asistencia sanitaria futura, por el servicio público de salud.

En el supuesto de que el servicio de salud no se esté conforme con la valoración de la secuela y consecuentemente con el importe de la misma, éste deberá ponerlo en conocimiento de la comisión de vigilancia y arbitraje para su pronunciamiento que será de obligado cumplimiento para las partes.

Quinta.- Normas de procedimiento

Las partes firmantes del Convenio se someten a las siguientes normas de procedimiento, que regulan las actuaciones de las mismas, derivadas de una prestación sanitaria futura a un lesionado en accidente de tráfico:

1.- La gestión es iniciada por la entidad aseguradora:

Una vez estabilizada la lesión o agotado el límite temporal existente en el Convenio de Asistencia Sanitaria correspondiente, la entidad aseguradora o el CCS comunicará al servicio de salud que le realizaba la facturación ordinaria y al servicio de salud al que se encuentre adscrito el lesionado, si este fuera distinto, que conforme a las normas de convenio se hará cargo por criterios de responsabilidad del pago del gasto sanitario futuro.

En el supuesto de que no se considere responsable, y que por lo tanto habría que aplicar las normas subsidiarias, comunicará al servicio de salud los datos de las entidades aseguradoras intervinientes en el accidente para que por parte del servicio de salud se inicie la correspondiente reclamación. Si transcurridos tres meses desde la estabilización ninguna se considera responsable, el servicio de salud aplicará las reglas subsidiarias.

Las entidades aseguradoras o el CCS en aplicación del punto 3 de la estipulación segunda del convenio determinarán las secuelas del lesionado y la fecha de estabilización. Por último informará en el plazo de treinta días si el pago se realizará de forma única o si el mismo se hará anual por tratarse de un conductor y no estar determinada la responsabilidad.

En caso de aceptación por parte del servicio de salud de los términos propuestos por la entidad aseguradora, éste la notificará a la entidad aseguradora en el plazo máximo de 30 días, debiendo hacerse efectiva la misma, por la aseguradora o el CCS, en los siguientes treinta días.

En caso de disconformidad por parte del servicio de salud con las secuelas y/o su valoración económica se acudirá a la comisión de vigilancia y arbitraje para su pronunciamiento de obligado cumplimiento.

2.- La gestión es iniciada por el Servicio de Salud

Alternativamente a las entidades aseguradoras o el CCS, el servicio de salud podrá enviar a las entidades aseguradoras intervinientes en el siniestro los datos relativos al accidente que permitan a la misma la identificación del lesionado, y la valoración de las secuelas objeto del gasto sanitario futuro conforme a lo previsto en la estipulación segunda.

3.- La entidad aseguradora facilitará a los servicios de salud la siguiente información:

- La relación de secuelas indemnizadas correspondientes a gasto médico futuro incluidas en la oferta motivada o en el informe provisional de valoración de las secuelas que pudieran dar lugar a gasto médico futuro.

- El importe de la compensación económica en concepto de gasto de asistencia sanitaria futura.

- Los importes de las prótesis y órtesis a los que se refieren el artículo 115 y la rehabilitación domiciliaria y ambulatoria del artículo 116 de la Ley que, en su caso, hayan sido resarcidos directamente al lesionado.

Sexta.- Regularización de pagos

En los supuestos de aplicación del punto 3 estipulación segunda y en los casos que por sentencia judicial firme se establezca una o más secuelas diferentes a las reconocidas en la oferta motivada, se procederá a la regularización a favor del servicio de salud en la cuantía que corresponda.

Séptima.- Comisión de Vigilancia y Arbitraje

7.1.- Comisión de Vigilancia y Arbitraje.-

Las partes suscriptoras del presente Convenio, constituirán una comisión de vigilancia y arbitraje de carácter nacional (en adelante la Comisión), como órgano para resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento o interpretación de este Convenio, excepto en la determinación de la responsabilidad en el accidente, otorgando a dicha Comisión plena competencia sobre toda cuestión que se someta a su conocimiento por cualquiera de las partes adheridas al Convenio.

La Comisión estará integrada como máximo por tres representantes designados por cada una de las partes firmantes del Convenio.

La Comisión se reunirá al menos una vez al semestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes con un preaviso de quince días.

La Comisión estará presidida alternativamente por una de las partes, debiendo actuar, al mismo tiempo, como Secretaría de dicho órgano.

La Comisión podrá acordar la constitución de subcomisiones de ámbito territorial para cada servicio de salud de composición tripartita y cuyos miembros serán igualmente designados por cada una de las partes.

7.2.- Funciones de la Comisión.

Serán sus funciones las siguientes:

1. Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes.

2. Dirimir los desacuerdos surgidos entre las entidades aseguradoras o el CCS y los servicios de salud.

3. Establecer los controles oportunos para velar por el correcto funcionamiento del convenio.

4. La constitución de subcomisiones de ámbito territorial.

5. Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio

7.3.- Resoluciones de la Comisión.

Las partes firmantes de este Convenio y sus respectivas representadas se obligan a someter las diferencias que en el ámbito del mismo puedan surgir, así como negativas o demoras en el pago de las compensaciones. La Comisión actuará a tenor de lo establecido en las cláusulas del presente Convenio, y de acuerdo con la documentación que obre en poder de las partes en conflicto y sobre la que hagan valer su derecho en dicho caso.

No se podrá acudir a procedimientos administrativos o judiciales de ejecución hasta que no exista un pronunciamiento expreso de la Comisión, la cual adoptara los acuerdos pertinentes en un plazo máximo de tres meses desde la fecha en que fueron recepcionados los asuntos que se le someta. Transcurrido este plazo sin el citado pronunciamiento expreso, las partes representadas quedarán liberadas de la prohibición expresada al principio de este párrafo, al objeto de que se inicien cuantas acciones consideren oportunas en defensa de sus derechos.

Las resoluciones serán de obligado cumplimiento en el plazo de 30 días naturales desde su comunicación. Transcurrido dicho plazo, el servicio de salud podrá reclamarlo por el procedimiento que tenga establecido sin necesidad de más trámites.

Cuando se trate de expedientes en los que no consta ninguna alegación por parte de la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros que justifique el impago, el interés se aplicará desde el momento de la finalización del plazo establecido en la estipulación quinta del Convenio. El tipo de interés, simple, será el interés legal anual más el cincuenta por ciento (50%).

Tendrán carácter vinculante para las partes afectadas y finalizadoras del procedimiento a los efectos de la legislación vigente.

Las decisiones adoptadas por la Comisión, lo serán en todo caso por unanimidad.

Octava.- Información

A los efectos de facilitar la gestión de las entidades intervinientes y, en relación al artículo 99 de la Ley 20/2015 de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras, los servicios públicos de salud facilitarán el modelo de datos sanitarios relacionados con las secuelas que se establece en el anexo II.

Asimismo, se arbitrarán los procedimientos oportunos para disponer anticipadamente de información que permita establecer previsiones en relación con los lesionados que puedan ser objeto de prestaciones reguladas por este convenio. En la definición de estos procedimientos se considerará su viabilidad organizativa, su relación coste/efectividad y las prescripciones legales sobre la protección de datos de carácter personal.

Con el objeto de cumplir con las prescripciones enunciadas en el párrafo anterior, se definirán los algoritmos oportunos en el entorno CAS que permitan establecer, a partir de la información introducida para la gestión de la facturación de las prestaciones realizadas a accidentados con lesiones temporales, las mejores previsiones posibles sobre aquellos casos que pudieran resultar afectados por secuelas que requieran asistencia sanitaria futura.

Igualmente se definirán en el entorno CAS los procedimientos de comunicación a las entidades aseguradoras intervinientes en el siniestro y a los servicios de salud implicados en relación con estos casos.

Novena.- Publicidad y comunicaciones

9.1.- Publicidad.

Las partes suscriptoras del presente Convenio se comprometen a dar la publicidad y difusión necesaria del mismo, para su general conocimiento y cumplimiento.

9.2.- Comunicaciones.

Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los servicios públicos de salud como de las entidades aseguradoras y el CCS, que sean consecuencia de las actuaciones previstas en el presente convenio, se realizarán a través del sistema CAS.

El sistema CAS es un procedimiento de gestión informatizado de comunicación, tramitación y pago de las prestaciones sanitarias realizadas en el marco del Convenio.

9.3.- Información clínica.

A los efectos de lo dispuesto en los artículos 83 de la Ley General de Sanidad y 127.3 de la Ley General de la Seguridad Social y en virtud de lo prevenido en los artículos 7 y 11.5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, las partes firmantes se responsabilizarán de la confidencialidad de la información a la que, para el cumplimiento de tales disposiciones, se pudiera tener acceso.

Décima.- Altas y bajas

Las altas y bajas de servicios públicos de salud y entidades aseguradoras posteriores a la entrada en vigor del presente Convenio se tramitarán a través de la comisión de vigilancia y arbitraje, debiendo ser notificadas por ésta, al resto de las partes.

Las entidades aseguradoras se comprometen a comunicar a la Comisión, las fusiones, absorciones, cambios de domicilio social y demás variaciones en su situación jurídica que afecten al funcionamiento del Convenio. La fecha de estas comunicaciones determinará las correspondientes variaciones en la determinación del obligado al pago así como en la tramitación de los expedientes de acuerdo con las normas de procedimiento previstas en el Convenio.

Estipulación final

Las partes firmantes del presente Convenio manifiestan su voluntad en el cumplimiento estricto de las estipulaciones acordadas, en beneficio de las mutuas relaciones así como de los perjudicados amparados por los artículos 113 y 114 de la Ley.

Asimismo las partes ponen de manifiesto la importancia que para las víctimas como beneficiarias de la aplicación de la Ley tendrá el cumplimiento del convenio.

Y para que conste firman las partes por triplicado y a un solo efecto en el lugar y fecha indicado.

Por el Servicio Murciano de Salud, el Director Gerente, Asensio López Santiago.—Por el Consorcio de Compensación de Seguros, Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa.—Por la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Unespa, Pilar González de Frutos.

ANEXO I

TABLA 2.C.1	
CONVENIO MARCO PARA LA ATENCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA FUTURA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EL AMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA	
INDEMNIZACIÓN MÁXIMA ANUAL SEGÚN SECUELA	
DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	IMPORTE DE LA ASISTENCIA SANITARIA FUTURA SEGÚN SECUELA
CAPITULO I - SISTEMA NERVIOSO	
A) NEUROLOGÍA	
1.- Secuelas motoras y sensitivas de origen central y medular.	
Estado vegetativo permanente	18.000 €
Tetraplejia:	
● Por encima o igual a C4 (Ninguna movilidad. Sujeto sometido a respirador automático)	30.000 €
● C5-C6 (Movilidad cintura escapular)	9.000 €
● C7-C8 (Puede utilizar miembros superiores. Posible sedestación)	9.000 €
Tetraparesia:	
● Leve (Balance muscular Oxford 4)	3.000 €
● Moderada (Balance muscular Oxford 3)	6.000 €
● Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2)	9.000 €
Hemiplejia.	
Según compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres y dominancia.	3.000 €
Hemiparesia (según dominancia):	
● Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2)	3.000 €
Paraplejia:	
● Paraplejia D1	6.000 €
● Paraplejia D2-D5	6.000 €
● Paraplejia D6-D10	6.000 €
● Paraplejia D11-L2	6.000 €
Síndrome Medular Transverso L3-L5	6.000 €
(La marcha es posible con aparatos pero siempre teniendo el recurso de la silla de ruedas)	
Síndrome de Hemisección Medular (Brown Sequard):	
● Moderado	3.000 €
● Grave	6.000 €
Paraparesia de miembros superiores o inferiores:	
Según compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres.	

● Moderada (Balance muscular Oxford 3)	3.000 €
● Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2)	6.000 €
Síndrome de cola de caballo:	
● Síndrome completo (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres)	6.000 €
● Síndrome incompleto (incluye trastornos motores, sensitivos y de esfínteres):	
* Alto (L1 y L2)	6.000 €
* Medio (de L3 a L5)	3.000 € a partir de 30 puntos de secuela
Monoplejía de un miembro inferior o superior:	
● De miembro superior (según dominancia)	3.000 €
● De miembro inferior	3.000 €
Monoparesia de miembros superiores o inferiores:	
Según compromiso funcional, motor, sensitivo, nivel de marcha, manipulación, compromiso sexual, de esfínteres.	
● Grave (Balance muscular Oxford 0 a 2)	600 €
Síndromes extrapiramidales/Síndrome Cerebeloso/Ataxia	
Según compromiso funcional, motor, nivel de marcha, equilibrio y manipulación.	
● Moderado (Posibilidad de la marcha con ortesis)	3.000 €
● Grave (Imposibilidad de la marcha)	6.000 €
2. Secuelas motoras y sensitivomotoras de origen periférico	
2.2 Miembro Superior	
(La suma resultante por lesión de los nervios de la extremidad superior no puede superar a la monoplejía)	
Monoplejía por lesión plexo braquial completa (raíces C5-D1)	3.000 €
Plejía periférica por lesión plexo braquial (tipo Klumpke - Dejerine) (raíces C7-C8-D1)	3.000 €
Plejía por lesión plexo braquial (tipo Erb - Duchene) (raíces C5-C6)	3.000 €
2.3 Miembro Inferior	
(La suma resultante por lesión de los nervios de la extremidad inferior no puede superar a la monoplejía)	
Nervio Ciático (Nervio Ciático Común)	
Lesión completa - Parálisis	
● Lesión proximal completa con afectación de flexores de la corva	600 €
3. Trastornos Cognitivos y Daño Neuropsicológico	
Síndrome frontal/trastorno orgánico de la personalidad / alteración de funciones cerebrales superiores integradas.	
● Moderado: El síndrome comprende:	3.000 € a partir de 30 puntos de secuela
e) Precisa cierta supervisión de alguna de las actividades de la vida diaria.	
● Grave: El síndrome comprende:	

e) Restricción en el hogar o en un centro con supervisión continuada.	3.000 €
● Muy grave: El síndrome comprende:	3.000 €
Trastornos del lenguaje - Trastornos de la comunicación:	
● Afasia grave con jergonofasia, alexia y trastornos de la comprensión	900 €
● Epilepsia con trastorno de la conciencia - generalizadas y parciales complejas:	
○ Epilepsia difícilmente controlada, con crisis (más de tres al año)	3.000 €
○ Epilepsia no controlable, refractaria a tratamiento y objetivable mediante Holter-EEG, con crisis casi semanales.	3.000 €
○ Epilepsia no controlable, refractaria a tratamiento y objetivable mediante Holter-EEG, con crisis casi diarias.	3.000 €
CAPITULO II - ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS / CARA / CUELLO	
A) SISTEMA OCULAR	
Globo ocular	
● Enucleación de un globo ocular	900 €
● Enucleación de ambos globos oculares	3.000 €
● Ceguera	3.000 €
Escotoma central:	
● Bilateral	900 € a partir de 30 puntos de secuela
Hemianopsias	
● Heterónimas:	
○ Nasal	3.000 €
B) SISTEMA AUDITIVO	
Pérdida de la agudeza auditiva.	600 € a partir de 30 puntos de secuela
1. SISTEMA OSTEOARTICULAR	
Deterioro estructural de maxilar superior y/o inferior (sin posibilidad de reparación):	
● Afectación completa de hueso basal de una hemiarcada y parcial de la otra	3.000 €
2. BOCA	
Lengua:	
● Amputación:	
○ Más del 50%	600 € a partir de 30 puntos de secuela
CAPITULO III - SISTEMA MÚSCULO ESQUELÉTICO	
D) EXTREMIDAD SUPERIOR	
1. Amputaciones	
Desarticulación del miembro superior / Amputación del hombro:	
● Unilateral:	900 €
● Bilateral	900 €
Amputación del brazo	
● Unilateral	900 €

● Bilateral	900 €
Amputación del antebrazo	
● Unilateral	900 €
● Bilateral	900 €
Amputación de mano (carpo y/o metacarpo):	
● Bilateral	900 €
Amputación transmetacarpiana con conservación del pulgar	
E) EXTREMIDAD INFERIOR	
1. Amputaciones	
Desarticulación del miembro inferior / Amputación a nivel de cadera:	
● Unilateral	900 €
● Bilateral	900 €
Muslo:	
● Unilateral, a nivel diafisario o de la rodilla	900 €
● Bilateral, a nivel diafisario o de la rodilla	900 €
Pierna:	
● Unilateral	900 €
● Bilateral	900 €
Tobillo a nivel tibio-tarsiana:	
● Bilateral	900 €
Pie a nivel tarso y/o metatarso:	
● Unilateral	900 € a partir de 30 puntos de secuela
● Bilateral	900 €
CAPITULO IV - SISTEMA CÁRDIO-RESPIRATORIO	
A) CORAZÓN	
Insuficiencia cardiaca:	
● Grado III: Disnea al realizar pequeños esfuerzos (Fracción de Eyección: 40% al 30%)	900 €
● Grado IV: Disnea al menor esfuerzo e incluso en reposo (Fracción de Eyección: <30%)	900 €
Agravación de insuficiencia cardiaca previa (se deberá valorar el diferencial de agravación)	
3. Función respiratoria (Insuficiencia respiratoria)	
Insuficiencia respiratoria:	
● Disnea para esfuerzos importantes con alteración menor de los tests funcionales	
● Disnea tipo III: al caminar en terreno llano a su propio ritmo con CV o CPT entre 50 y 60%; o bien VEMS entre 40 y 60%; o bien hipoxemia en reposo (PaO ₂) entre 60 y 70mm Hg.	600 €
● Disnea tipo IV: al mínimo esfuerzo con CV o CPT inferior a 50%; o bien VEMS inferior a 40%; o bien hipoxemia en reposo (PaO ₂) inferior a 60 mm Hg., asociada o no a un trastorno de CO ₂ (PaCO ₂); con posible limitación derivada de una oxigenoterapia de larga duración	600 €

CAPITULO VI - SISTEMA DIGESTIVO	
C) INTESTINO DELGADO Y GRUESO	
• Necesita un seguimiento médico frecuente, tratamiento constante, limitación dietética estricta y presenta repercusión del estado general.	600 € a partir de 30 puntos de secuela
• Síndrome de malabsorción con necesidad de alimentación parenteral permanente	600 €
Ostomías (colostomía e ileostomía)	3.000 €
Incontinencia con o sin prolapso	3.000 €
D) HÍGADO Y VÍAS BILIARES	
Alteraciones hepáticas:	
• Grave (alteración severa de la coagulación, citolisis y colestasis)	600 €
CAPITULO VII - SISTEMA URINARIO	
A) RIÑÓN	
Nefrectomía:	
• Nefrectomía bilateral	3.000 €
Insuficiencia renal (FG corresponde a Filtrado Glomerular) (estimación del grado de insuficiencia renal, se mide en mililitros / minutos)	
• Grado IV: FG 29-15 ml / min.	600 €
• Grado V: FG < de 15 ml / min.	600 €
• Grado VD: necesidad de tratamiento renal sustitutivo (diálisis o trasplante renal).	600 €
CAPITULO VIII - SISTEMA REPRODUCTOR	
B) APARATO GENITAL MASCULINO	
Desestructuración del pene (incluye disfunción eréctil)	3.000 €



ANEXO II

**CONVENIO MARCO PARA LA ATENCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA FUTURA DERIVADA DE
ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EL AMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA**

COMUNICACIÓN GASTOS ASISTENCIA SANITARIA FUTURA (GASF)

1. Datos del siniestro

Fecha de ocurrencia: _____ Lugar de ocurrencia: _____

2. Lesionado

Nombre y Apellidos: _____ Edad: _____ DNI: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Condición del lesionado: _____

Vehículo respecto al cual ostenta esta condición: _____

Fecha de estabilización: _____

Secuelas (Según Tabla 2.C.1 LRCSCVM):

- Código de secuela: _____ Secuela: _____

- Código de secuela: _____ Secuela: _____

- Código de secuela: _____ Secuela: _____

- (...)

Servicio de Salud de origen (en caso de ser distinto): _____

3. Entidad aseguradora (EA):

Nombre/Razón social EA: _____

Datos Vehículo asegurado:

Matrícula: _____ Nº de Póliza _____

REF Siniestro EA: _____

Tramitador: _____ Teléfono _____ Email: _____

4. Determinación Obligado al pago:

Responsabilidad GASF:

Aplicación de Normas Subsidiarias GASF :

Entidad responsable del GASF según normas subsidiarias:

Nombre/Razón social: _____

Nombre del asegurado: _____

Matrícula vehículo: _____ Nº de Póliza: _____

ANEXO III**ENTIDADES ADHERIDAS CONVENIO DE ASISTENCIA SANITARIA FUTURA DERIVADA DE ACCIDENTES
DE TRÁFICO EN EL AMBITO DE LA SANIDAD PÚBLICA 2016-2018**

Relación de entidades aseguradoras adheridas a la fecha de la firma del Convenio. No obstante la relación de entidades aseguradoras actualizada se podrá consultar en la Web del CCS y en la Web de UNESPA

Códg	C.I.F.	Entidad	Dirección	C.P. - Provincia
E0169	W0068776D	ADMIRAL INSURANCE COMPANY SUCURSAL EN ESPAÑA	ALBERT EINSTEIN, 10 - Edificio ABC	41092 SEVILLA
C0708	A59575365	AMGEN SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	AV. DIAGONAL, 687 - EDIFICIO B Planta -1	08028 BARCELONA
C0730	A81357246	AXA GLOBAL DIRECT SEGUROS Y REASEGUROS, SAU	EMILIO VARGAS, 6 P4 CD	28043 MADRID
C0723	A60917978	AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	EMILIO VARGAS, 6	28043 MADRID
C0767	A64194590	BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS	SENA, 12 - POLIG IND CAN SANT JOAN	08174 SANT CUGAT DEL VALLÉS BARCELONA
C0031	A28013050	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER)	AVDA. DE BURGOS, 109	28050 MADRID
C0706	A80029150	FÉNIX DIRECTO, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	RAMÍREZ DE ARELLANO, 35- 37	28043 MADRID
M0134	G08171407	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF	AV. DIAGONAL, 648	08017 BARCELONA
C0072	A28007268	GENERALI ESPAÑA, S.A DE SEGUROS Y REASEGUROS	ORENSE, 2	28020 MADRID
C0157	A41003864	HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	PASEO DE CRISTÓBAL COLÓN, 26	41001 SEVILLA
C0467	A48037642	LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.	PASEO DE LAS DOCE ESTRELLAS, 4	28042 MADRID



C0720	A80871031	LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS	ISAAC NEWTON, 7 (PARQUE TECNOLÓGICO)	28760 TRES CANTOS MADRID
C0781	A85669604	MM GLOBALIS, S.A.U. SEGUROS Y REASEGUROS	PASEO DE LA CASTELLANA, 33	28046 MADRID
M0083	V28027118	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS APF	PASEO DE LA CASTELLANA, 33	28046 MADRID
M0050	G28031466	PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF	SANTA ENGRACIA, 67 - 69	28010 MADRID
C0517	A30014831	PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS	PLAZA DE LAS CORTES, 8	28014 MADRID
C0613	A78520293	REALE SEGUROS GENERALES, S.A.	PRINCIPE DE VERGARA, 125	28002 MADRID
M0363	G28747574	UMAS, UNIÓN MUTUA ASISTENCIAL DE SEGUROS APF	SANTA ENGRACIA, 12	28010 MADRID
E0189	W0072130H	ZURICH INSURANCE P.L.C.	VIA AUGUSTA, 200	08021 BARCELONA

Adenda servicios de salud

Reembolso entre servicios de salud

Primera. El objeto de esta adenda es establecer el mecanismo de compensación económica entre los servicios públicos de salud y las normas de procedimiento para los casos en que la asistencia sanitaria futura no se preste en su totalidad en el servicio público de salud que ha recibido la compensación económica.

Sin perjuicio del mecanismo fijado en esta adenda, se realizarán las actuaciones oportunas que permita utilizar los sistemas de información comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) para tramitar estas compensaciones.

Segunda. A los efectos de facilitar los reembolsos entre servicios públicos de salud, el servicio de salud que reciba una compensación económica en concepto de gasto sanitario futuro informará de dicha circunstancia a todos los servicios públicos de salud. Se analizarán los cauces de información que deben utilizarse para el cumplimiento de lo señalado en el párrafo anterior.

Tercera. La asistencia sanitaria será prestada por los centros sanitarios públicos o, por parte de centros sanitarios privados que hayan suscrito conciertos con los servicios públicos de salud. El servicio público de salud responsable de la prestación de la asistencia sanitaria financiará dicha asistencia en ambos casos conforme a lo estipulado en su legislación vigente.

Cuarta. Anualmente el servicio público de salud responsable de la prestación de la asistencia sanitaria facturará al servicio público de salud de afiliación del lesionado la asistencia sanitaria prestada en el ejercicio anterior. En la citada facturación se podrá incorporar todo tipo de asistencia sanitaria requerida por el lesionado de acuerdo con lo previsto en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

Las tarifas de reembolso serán las fijadas en el convenio de asistencia general en tanto no se utilicen los sistemas de información comunes previstos en el Sistema Nacional de Salud.

En cualquier caso, el límite máximo a reembolsar a uno o varios servicios de salud será la totalidad de la compensación recibida por el servicio de salud al que se encuentre adscrito el lesionado, tanto si la compensación se realiza mediante pago único o anual.

No obstante, en los supuestos recogidos en la estipulación cuarta del convenio donde la compensación puede ser anual, a los efectos del reembolso de dichas cantidades a otro servicio de salud, se considerarán dichas compensaciones anuales como pagos a cuenta del importe total a reembolsar al servicio de salud que presta la asistencia, siempre marcando como límite máximo la compensación global recibida.

Quinta. En el primer semestre de cada ejercicio el servicio de salud prestador de la asistencia sanitaria enviará la liquidación del ejercicio anterior al servicio público de salud de afiliación del asegurado. En el segundo semestre de cada ejercicio el servicio público de salud de afiliación del lesionado realizará el pago de la facturación al servicio público de salud prestador de la asistencia.

Sexta. Si en algún caso la facturación de los servicios sanitarios relativos a gasto sanitario futuro hubiera sido incorporada en la liquidación de los fondos sanitarios específicos públicos de compensación entre comunidades autónomas, dicha facturación será rechazada por parte del servicio público de salud de afiliación del lesionado.

Séptima. En el caso de cambio de residencia del lesionado y por lo tanto de servicio público de salud de adscripción, la comisión de vigilancia y arbitraje de los servicios públicos de salud analizará la casuística concreta y decidirá el mecanismo de reembolso de la compensación económica por gasto sanitario futuro entre los servicios públicos de salud afectados. Dicho reembolso se incluirá en la liquidación del ejercicio siguiente al cambio de residencia.

Octava. Los servicios públicos de salud suscriptores del convenio, constituirán una comisión de vigilancia y arbitraje, como órgano encargado para resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento o interpretación de esta adenda, otorgando a dicha comisión plena competencia sobre toda cuestión que se someta a su conocimiento por cualquiera de los servicios públicos de salud adheridos al convenio. La comisión se reunirá al menos una vez al semestre y, en todo caso, a petición de cualquiera de las partes con un preaviso de quince días. Estará presidida alternativamente por una de las partes, debiendo actuar, al mismo tiempo, como Secretaría de dicho órgano.

La comisión de vigilancia y arbitraje dedicará especial atención al seguimiento de las desviaciones económicas derivadas del sistema de compensación fijado en esta adenda, con objeto de mejorar el procedimiento y, en su caso modificar dicho sistema.