

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS DEL SERVICIO DE “PÓLIZA DE ASEGURAMIENTO DE LA ASISTENCIA SANITARIA DEL COLECTIVO DE FUNCIONARIOS INTEGRADOS DEL AYUNTAMIENTO DE ERANDIO” (EXP 30/22-P)

1.- OBJETO DEL SERVICIO

El Ayuntamiento de Erandio, desde el año de su desanexión del Ayuntamiento de Bilbao, 1983, gestionaba la asistencia sanitaria derivada de enfermedad común o profesional, lesiones derivadas de accidente, cualquiera que fuera la causa, y por embarazo, parto y puerperio, así como las actuaciones preventivas recogidas en el mismo respecto de sus empleados y familiares beneficiarios a través de la Mutuality Nacional de Previsión de la Administración Local (MUNPAL), prestando dicha asistencia sanitaria a través del cuadro médico específico asignado por el Igualatorio Médico Quirúrgico.

Aquel personal funcionario de carrera activo a 31 de marzo de 1993 fue integrado en el Régimen General de la Seguridad Social, con efectos del 1 de abril de 1993. La norma de integración, el Real Decreto 480/1993, de 2 de abril, estableció que, a partir de entonces, se aplicarían al personal integrado las reglas del Régimen General de la Seguridad Social, con las particularidades contenidas en el propio decreto. La Disposición Transitoria Quinta se refiere a las prestaciones por asistencia sanitaria de estos funcionarios afirmando que:

<<... las Corporaciones Locales, instituciones o entidades a que se hace mención anteriormente, podrán continuar prestando la asistencia sanitaria con la modalidad que tuvieran en la fecha de la integración siempre que, antes del 30 de abril de 1993, previa consulta a las Organizaciones Sindicales más representativas, y por acuerdo expreso del Pleno de las mismas u órgano de representación similar, así lo decidan

3. Cuando las Corporaciones Locales, instituciones o entidades decidieran continuar prestando la asistencia sanitaria con entidades privadas, de acuerdo con lo previsto en el apartado anterior de esta disposición transitoria, la prestación citada se otorgará con la intensidad y la extensión previstas en el Régimen General y bajo la tutela de las Administraciones sanitarias competentes ...>>

Esta Corporación sigue prestando la asistencia sanitaria mediante entidad privada al personal funcionario de carrera activo en fecha 31 de marzo de 1993.

El catálogo de prestaciones debe comprender las prestaciones de salud pública, atención primaria y especializada, sociosanitaria, urgencias, farmacia, ortoprótesis, productos dietéticos y transporte sanitario. Este catálogo incorpora, además de las prestaciones contempladas por el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, de ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, las prestaciones de salud pública, como conjunto de iniciativas organizadas por la sociedad para preservar, proteger y promover la salud de la población, a través de actuaciones dirigidas, entre otras finalidades, a la información y vigilancia epidemiológica, la prevención de las enfermedades, la promoción de la seguridad alimentaria o la prevención y control de los efectos de los factores ambientales sobre la salud humana.

En atención primaria, se debe incluir la atención comunitaria, la atención paliativa a enfermos terminales, la salud bucodental y la salud mental.

En atención especializada, se potenciará la actividad en consultas y hospitales de día, médicos y quirúrgicos, incluyéndose, además, la hospitalización a domicilio, la atención paliativa a enfermos terminales y la salud mental.

Las prestaciones de atención sociosanitaria en el ámbito estrictamente sanitario comprenden los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable que se llevará a cabo en los niveles de atención que la comunidad autónoma determine.

La asistencia sanitaria se prestará conforme a la Cartera de Servicios establecida en el presente contrato incluirá, cuando menos, la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), de acuerdo con lo establecido en la LSSFCE, la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y sus respectivas normas de desarrollo. Establecidas por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, actualizado por la Orden SAS/1904/2009, de 8 de julio, la Orden SAS/1466/2010, de 28 de mayo, la Orden SPI/573/2011, de 11 marzo, la Orden SSI/1640/2012, de 18 de julio, la Orden SSI/1329/2014, de 22 de julio, la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, la Orden SSI/366/2018, de 5 de abril, la Orden SCB/1242/2018, de 19 de noviembre, la Orden SCB/45/2019, de 22 de enero y la Orden SCB/480/2019, de 26 de abril.

Las incapacidades laborales transitorias se registrarán entre otros por el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal editado por el Instituto Nacional de la Seguridad Social.

2.- ALCANCE DEL COLECTIVO DEL SERVICIO

El alcance subjetivo de la cobertura de la asistencia sanitaria a contratar es el colectivo conformado por los funcionarios de carrera del Ayuntamiento de Erandio con fecha en activo anterior al 31 de enero de 1993 y sus familiares directos, entendiendo por éstos exclusivamente a sus cónyuges, parejas de hecho u otro tipo de pareja legalmente reconocida por la administración y/o descendientes, y siempre condicionado dicho alcance subjetivo a que la prestación y cobertura sea reconocida por el Ayuntamiento, atendiendo a reglamentaciones y consideraciones de orden interno.

Tendrán la condición de beneficiarios de un asegurado las personas que, cumpliendo los requisitos a que se refieren los apartados siguientes, se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- Ser cónyuge de la persona asegurada o convivir con ella con una relación de afectividad análoga a la conyugal, constituyendo una pareja de hecho.
- Ser excónyuge, o estar separado judicialmente, en ambos casos a cargo de la persona asegurada por tener derecho a percibir una pensión compensatoria por parte de ésta.
- Ser descendiente, o persona asimilada a éste, de la persona asegurada o de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, de su excónyuge a cargo o de su pareja de hecho, en ambos casos a cargo del asegurado y menor de 26 años o, en caso de ser mayor de dicha edad, tener una discapacidad reconocida en un grado igual o superior al 65%.

Tendrán la consideración de personas asimiladas a los descendientes las siguientes:

Los menores sujetos a la tutela o al acogimiento legal de una persona asegurada, de su cónyuge, aunque esté separado judicialmente, o de su pareja de hecho, así como de su excónyuge a cargo cuando, en este último caso, la tutela o el acogimiento se hubiesen producido antes del divorcio o de la nulidad matrimonial.

Se entenderá que los descendientes y personas a ellos asimiladas se encuentran a cargo de una persona asegurada si conviven con la misma y dependen económicamente de ella. A estos efectos, deberá tenerse en cuenta lo siguiente:

Se considerará que los menores de edad no emancipados se encuentran siempre a cargo de la persona asegurada.

Se considerará que, en los casos de separación por razón de trabajo, estudios o circunstancias similares, existe convivencia con la persona asegurada.

Se considerará que los mayores de edad y los menores emancipados no dependen económicamente de la persona asegurada si tienen unos ingresos anuales, que superen el doble de la cuantía del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples (IPREM), también en cómputo anual.

Todas las personas indicadas en los párrafos anteriores tendrán la consideración de beneficiarias siempre y cuando cumplan los siguientes requisitos:

No ostentar la condición de personas aseguradas con base al artículo 2.1.a del R.D. 1192/2012, de 3 de agosto.

Tener residencia autorizada y efectiva en España.

Las personas que reúnan los requisitos exigidos para tener la condición de beneficiarias con arreglo a este artículo 3 no podrán acceder a la condición de aseguradas del artículo 2.1.b del R.D. 1192/2012, de 3 de agosto, mientras sigan cumpliendo dichos requisitos.

Cuando una persona pueda ostentar la condición de beneficiaria de dos o más personas aseguradas, solo se podrá reconocer dicha condición por una de ellas.

En este sentido, será el Ayuntamiento, durante todo el periodo de contratación, el único responsable e interlocutor con el adjudicatario respecto al reconocimiento de dicha prestación y cobertura, en especial con motivo de altas, bajas o modificaciones del colectivo afectado.

Sin perjuicio de lo expuesto, el colectivo a asegurar es de 51 personas (44 titulares y 7 beneficiarios). En este sentido, figura como ANEXO I del presente Pliego de Prescripciones Técnicas una relación global respecto del citado colectivo, por tramos de edad y género.

Dicho número podrá sufrir alteraciones singulares, como consecuencia de posteriores altas o bajas en dicho colectivo. En este sentido, las mencionadas altas o bajas serán causa de reajuste en la póliza de condiciones según el precio por persona asegurada licitada.

Podrán incorporarse a la citada póliza aquellas personas funcionarias de carrera que se hubiesen incorporado al Ayuntamiento, procedentes de otras administraciones y que en la citada fecha no estuvieran integrados en el Régimen de la Seguridad Social, siendo el Ayuntamiento el único responsable e interlocutor válido respecto al reconocimiento de dicha prestación.

El acceso a documento detallado se efectuará previa solicitud por escrito, en el que el licitador declare expresamente que únicamente tratará los datos conforme a las instrucciones del responsable del tratamiento y que no los aplicará o utilizará con fin distinto al que figure en dicha autorización, ni los comunicará, ni siquiera para su conservación, a otras personas.

3.- PRESTACIONES SANITARIAS MÍNIMAS OBJETO DE COBERTURA

Las prestaciones sanitarias incluidas en la póliza de seguro a contratar han de ser, en todo caso y como mínimo, todas las prestaciones que conforman la Cartera Común de Servicios del SNS, con el contenido que, en cada momento, determine la normativa sanitaria de aplicación en el mismo, y las que se detallan en este Capítulo que, asimismo, recoge las especificidades de cada una de ellas:

3.1 ATENCION PRIMARIA:

Es el nivel básico e inicial de atención, comprenderá actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como la rehabilitación física y el trabajo social.

- Medicina general: asistencia sanitaria a nivel ambulatorio y domiciliario, por parte del Médico de familia con consulta presencial en el municipio donde está situado el domicilio de las y los trabajadores públicos o sus colindantes.
- Puericultura y pediatría. En consulta presencial, hasta los 7 y 14 años, respectivamente.
- A.T.S. / D.U.E. En consulta y a domicilio presencial.

3.2. ATENCIÓN ESPECIALIZADA:

Comprende las actividades asistenciales, diagnosticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y prevención de enfermedades. Se garantizará la asistencia integral y presencial al paciente, dentro del Territorio Histórico de las y los trabajadores públicos.

- Análisis clínicos
- Especialidades en consulta, hospital de día médico o quirúrgico
- Hospitalización en régimen de internamiento o domiciliario
- Técnicas de diagnóstico
- Exploraciones complementarias
- Rehabilitación

Especificaciones:

A) Salud mental

1. Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, incluido el tratamiento farmacológico y la psicoterapia individual, de grupo o familiar. La atención a la salud mental se realizará en régimen de hospitalización, consultas externas y urgencias, garantizando en cualquier caso la necesaria continuidad asistencial.
2. Se incluye la psicoterapia individual, de grupo o familiar, siempre que haya sido prescrita por psiquiatra de la Entidad (u oncólogo, en el caso que proceda), realizada en medios concertados con la misma y que su finalidad sea el tratamiento de patologías psiquiátricas. La Entidad está obligada a facilitar un número máximo de 20 sesiones por año natural (psicoterapia breve o terapia focal), salvo para los casos de trastornos de la alimentación y víctimas de violencia de género y sus beneficiarios, en que se facilitarán todas las sesiones que el psiquiatra responsable de la asistencia considere necesarias para la correcta evolución del caso.
3. Se excluyen el psicoanálisis, la psicoterapia psicoanalítica, la hipnosis, la narcolepsia ambulatoria y el internamiento social.

B) Cirugía plástica, estética y reparadora

La Entidad atenderá la cobertura de la cirugía plástica, estética y reparadora cuando guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita.

En los supuestos de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional se practicará en toda su amplitud, incluyendo, si fuera necesario, la cirugía plástica, estética y reparadora en los casos en que, aun habiendo sido curadas las lesiones, quedaran deformaciones o mutilaciones que produzcan alteraciones del aspecto físico o dificulten la total recuperación del paciente. De igual manera se atenderán las lesiones derivadas de actos de violencia de género.

C) Salud bucodental

Comprende las actividades asistenciales, diagnósticas y terapéuticas, así como aquellas de promoción de la salud, educación sanitaria y preventivas dirigidas a la atención de la salud bucodental.

La Cartera de Servicios del Concierto en salud bucodental incluye el tratamiento de las afecciones estomatológicas en general, toda clase de extracciones y la limpieza de boca una vez por año, o más si fuera necesario, previo informe justificativo del facultativo especialista.

3.3. ATENCIÓN DE URGENCIA:

Se presta al paciente en los casos en que su situación clínica obliga a una atención sanitaria inmediata. Se dispensará tanto en centros sanitarios como fuera de ellos, incluyendo el domicilio al paciente y la atención in situ, durante 24 horas al día, mediante la atención médica y de enfermería, y con la colaboración de otros profesionales.

- Servicio permanente, en los centros indicados por la aseguradora en su cuadro médico. La asistencia será domiciliaria cuando el estado del enfermo así lo requiera.
- Urgencias fuera de Bizkaia
- La atención telefónica, a través del Centro Coordinador de Urgencias y Emergencias de la Entidad, que incluye la información y asignación de los recursos propios o en coordinación con los servicios de emergencias del 112 con objeto de ofrecer la respuesta más adecuada a la demanda asistencial.

3.4. PRESTACIONES COMPLEMENTARIAS:

Como mínimo los asegurados/beneficiarios deberán recibirla en las mismas condiciones que la asistencia sanitaria cubierta por el Régimen General de la Seguridad Social, sin que suponga ningún menoscabo.

3.4.1 Podología

Comprende la atención podológica para pacientes con pie diabético, así como para pacientes diagnosticados de pie neuropático de etiología distinta a la diabetes.

La atención por el podólogo requiere prescripción médica y autorización previa de la Entidad. El número de sesiones máximo por paciente será de seis al año.

3.4.2 Terapias Respiratorias domiciliarias

Comprende la cobertura de cualquiera de las técnicas oxigenoterapia crónica a domicilio, oxigenoterapia en modalidad ambulatoria y ventilación mecánica a domicilio utilizadas en el SNS, cuando las circunstancias del paciente así lo requieran, incluyendo, entre otros, los concentradores de oxígeno fijos y portátiles, los cilindros de oxígeno comprimidos y el uso de mochilas o dispositivos portátiles de oxígeno líquido.

También se incluye el tratamiento del síndrome de apnea-hipopnea del sueño mediante CPAP, autoCPAP y servoventilador, así como los equipos de monitorización nocturna para su diagnóstico (monitor de apnea, poligrafía cardiorrespiratoria, etc.)

Igualmente se encuentran incluidas en las terapias respiratorias domiciliarias la aerosolterapia con nebulizadores y los equipos de apoyo, como son la pulsioximetría, los asistentes de la tos y los aspiradores de secreciones.

3.4.3 Prestación Ortoprotésica

Están incluidos en la cobertura de este Concierto los implantes quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos, entendiéndose por tales aquellos productos sanitarios diseñados para ser implantados total o parcialmente en el cuerpo humano mediante un determinado acto médico o intervención quirúrgica, que estén comprendidos en la oferta de productos ortoprotésicos de los centros y servicios del SNS. También se incluyen la renovación de cualquiera de sus accesorios, incluidos los externos y los materiales utilizados para realizar técnicas de osteosíntesis.

Asimismo, se incluyen los estudios de monitorización de acuerdo con lo establecido en la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y IV del Real Decreto 1030/2006, de 15 septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Quedan excluidos los implantes osteointegrados para prótesis dentarias, excepto cuando los mismos deriven de accidente en acto de servicio o enfermedad profesional y en los supuestos regulados en la cláusula 2.8.3.

La prescripción y adaptación de prótesis externas y demás ortoprotésis que sean objeto de prestaciones a cargo del Ayuntamiento se realizará bajo la indicación y supervisión del correspondiente especialista.

3.4.4. Cuidados paliativos

Comprende la atención integral, individualizada y continuada, de personas con enfermedad en situación avanzada no susceptible de recibir tratamientos con finalidad curativa y con una esperanza de vida limitada, así como de las personas a ellas vinculadas. Su objetivo terapéutico es la mejora de la calidad de vida, con respeto a su sistema de creencias, preferencias y valores.

3.4.5 Prestación de la ayuda para morir

Corresponde a la Entidad la cobertura de la prestación de la ayuda para morir, en cualquiera de sus modalidades y sea realizada en centro sanitario o en el domicilio, sin que el acceso y la calidad asistencial de la prestación puedan resultar menoscabados por el ejercicio de la objeción de conciencia sanitaria o por el lugar donde se realiza.

3.5. TRANSPORTE PARA LA ASISTENCIA SANITARIA

A) Transporte sanitario urgente

Se considera transporte sanitario el transporte terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica del paciente, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.

B) Transporte sanitario no urgente

Se considera transporte sanitario no urgente aquel que consiste en el desplazamiento de enfermos o accidentados que no se encuentran en situación de urgencia o emergencia, y que por causas exclusivamente clínicas están incapacitados para desplazarse en los medios ordinarios de transporte a un centro sanitario para recibir asistencia sanitaria o a su domicilio tras recibir la atención sanitaria correspondiente, y que pueden precisar o no atención sanitaria durante el trayecto. El transporte sanitario no urgente debe ser accesible a las personas con discapacidad.

La cartera de servicios de transporte sanitario no urgente incluye el transporte sanitario asistido, que es el indicado para el traslado de enfermos o accidentados que requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta, y el transporte sanitario no asistido, que es el indicado para el traslado especial de enfermos o accidentados que no requieren asistencia técnico-sanitaria en ruta.

a) Tipos de traslados

El transporte sanitario no urgente, según el origen y destino del traslado del paciente, así como por el carácter de periodicidad, comprende los siguientes tipos de traslados:

1. Traslado desde un centro sanitario al domicilio, si fuera necesario, tras el alta hospitalaria o tras atención en un servicio de urgencias.
2. Traslado puntual del paciente desde el domicilio a consultas, centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario al domicilio.
3. Traslados periódicos del paciente desde el domicilio a centros sanitarios y/o traslado desde centro sanitario al domicilio.
4. Traslado del paciente desplazado transitoriamente a un municipio distinto al de su residencia habitual que hubiera recibido asistencia urgente, con o sin ingreso hospitalario, y se decida su traslado al municipio de residencia habitual, bien al domicilio o a otro centro sanitario.

Se entiende por domicilio del paciente el lugar de residencia habitual o temporal, de conformidad con lo dispuesto en la cláusula 1.2.3.

b) Criterios clínicos de indicación de transporte sanitario no urgente

La necesidad de transporte sanitario se justificará mediante la prescripción escrita del correspondiente facultativo que valorará tanto el estado de salud como el grado de autonomía del paciente para poder desplazarse en medios de transporte ordinarios.

La prescripción del transporte se considerará justificada siempre que el paciente cumpla al menos uno de los dos criterios siguientes:

1. Limitación para el desplazamiento autónomo y que requiere el apoyo de terceras personas.
2. Situación clínica del paciente que le impida el uso de medios de transporte ordinario.

Cuando la incapacidad física u otras causas médicas desaparezcan como criterios de indicación de transporte sanitario y los pacientes puedan utilizar los medios de transporte ordinario, conforme al criterio del facultativo manifestado por escrito, el transporte sanitario se suspenderá, independientemente de la duración o tipo de asistencia que se esté llevando a cabo.

C) Compensación de gastos.

Cuando el paciente hubiera debido realizar los traslados en taxi o vehículo particular, al no haberse facilitado transporte sanitario por la Entidad pese a haberse solicitado previamente por el interesado, y se cumplan los criterios previstos en la letra B) de esta cláusula, se atenderá el pago de los gastos generados por los desplazamientos en taxi o, de haberse utilizado un vehículo particular, el pago de una ayuda compensatoria por importe de 15 euros por trayecto, más 0,25 euros por kilómetro adicional en desplazamientos interurbanos superiores a 25 kilómetros.

3.6. OTRAS CONSIDERACIONES

Cualquier nueva técnica de diagnóstico o tratamiento que aparezca después de firmar el contrato será un medio obligatorio para la entidad cuando se aplique a pacientes dentro del sistema nacional de salud. En cualquier caso, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, y el procedimiento para su actualización y en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En la asistencia sanitaria que se contrata, rige el principio general de libertad de elección de facultativos y centros a todos los niveles entre los que figuran en el catálogo de servicios de la entidad aseguradora.

Los medios de que disponga la aseguradora deberán cumplir los requisitos establecidos con carácter general por la normativa sanitaria vigente, bajo la supervisión que, con igual carácter, pueda proceder por parte de la administración sanitaria competente.

Los profesionales sanitarios deberán ser titulados de acuerdo con la regulación establecida en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

Si se produce la baja de algún profesional de los catálogos de servicios, la aseguradora se obliga a garantizar a los pacientes en tratamiento de procesos patológicos graves o en procesos patológicos que fuera de esta categoría sea recomendado su continuidad por prescripción facultativa, la continuidad asistencial para el proceso patológico del que viene siendo tratado, con el mismo facultativo, durante los 12 meses siguientes a la fecha en que la baja se hubiera producido, siempre que hubiese conformidad con el facultativo.

Si la baja se refiere a un centro sanitario o servicio hospitalario, la empresa adjudicataria se obliga a garantizar a los pacientes que estén siendo atendidos de un determinado proceso patológico la continuidad del tratamiento de dicho proceso en ese centro o servicio, durante todo el tiempo que persista la necesidad de este o hasta que se haya obtenido el alta definitiva del proceso de curación.

En el caso de que se produjeran reingresos o revisiones en dichos centros o servicios, por el mismo proceso, la aseguradora adjudicataria seguirá haciéndose cargo de estos, y el asegurado deberá cumplir los requisitos en cuanto a prescripción y autorización previa de la aseguradora adjudicataria.

La cobertura a efectos informativos son los recogidos en el Real Decreto Real 1030/2006, de 15 de septiembre por el cual se regula la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

3.7. ASISTENCIA PRIMARIA Y ESPECIALIZADA EN CASO DE DESPLAZAMIENTO

Esta asistencia será de las mismas características para aquellos asegurados que por cualquier circunstancia se encuentren fuera de su domicilio en el momento de precisar la asistencia. En este supuesto se encuentran descendientes que, por motivos académicos, estudien fuera de su domicilio habitual.

Además de lo indicado, los catálogos de servicios incluirán una separata donde figure la relación de los servicios de Información, Urgencias y Ambulancias disponibles en las restantes provincias del Estado a fin de facilitar su utilización, y un teléfono de 24 horas para información de los interesados.

3.8. ASISTENCIA EN VIAJE

- Como complemento a las coberturas asistenciales descritas anteriormente, se incluirá la cobertura de asistencia en viaje, documento independiente. Para esta cobertura de asistencia en viaje, el asegurado debe tener su domicilio en España y residir habitualmente en él, de modo que sus viajes, o la permanencia fuera de dicha residencia habitual, no podrá superar los 90 días consecutivos.
- El ámbito territorial de esta cobertura comprenderá el territorio internacional y se integrará por los siguientes conceptos como mínimo:
 - Definiciones.
 - Objeto de la garantía.
 - Asegurados de la póliza: Las personas físicas relacionadas en las Condiciones Particulares del Seguro de Asistencia Sanitaria.
 - Validez temporal: No podrá exceder los 90 días, por viaje o desplazamiento.
 - Ámbito territorial cubierto y duración.
 - Límites de la póliza.
 - Declaración de siniestros.
 - Disposiciones.
 - Descripción de garantías: El Asegurador toma a su cargo los gastos correspondientes a estas prestaciones hasta un mínimo por Asegurado de 12.000 euros o su equivalente en moneda local.
 - Los gastos odontológicos se limitan, en cualquier caso, a 240 euros o su equivalente en moneda local.
 - Repatriación o transporte sanitario de heridos o enfermos en el extranjero.
 - Repatriación o transporte del asegurado fallecido.

3.9. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA, PRODUCTOS DIETÉTICOS Y OTROS PRODUCTOS SANITARIOS

La prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios, y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible.

Esta prestación se regirá por lo dispuesto en el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio de 2015, (en adelante, Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios), el Real Decreto 83/1993 de 22 de enero, que regula la selección de medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud y demás disposiciones aplicables.

En el caso del acceso a medicamentos en condiciones diferentes a las autorizadas, y dado su carácter excepcional, se estará a lo dispuesto en el Real Decreto 1015/2009, de 19 de junio, por el que se regula la disponibilidad de medicamentos en situaciones especiales.

La prestación con productos dietéticos comprende los tratamientos dietoterápicos para las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de consumo ordinario.

La Entidad fomentará el uso racional del medicamento promoviendo la utilización de medicamentos genéricos y biosimilares entre sus facultativos.

3.9.1 En el caso de pacientes tratados en el ámbito hospitalario, la Cartera de Servicios a facilitar por la Entidad comprende la indicación, prescripción por los profesionales concertados con la Entidad y la dispensación a su cargo de todos aquellos productos farmacéuticos, sanitarios y dietéticos que precisen los pacientes que estén siendo atendidos en este ámbito asistencial (internamiento, hospital de día, hospitalización domiciliaria, urgencias, unidad de diálisis y otras unidades dependientes del hospital). Asimismo, como norma general, la Entidad garantizará que la dispensación hospitalaria para pacientes ambulatorios se realice en el mismo hospital en que se ha prescrito el medicamento. De igual manera, la Entidad fomentará el uso racional del medicamento, en el ámbito hospitalario, promoviendo la utilización de medicamentos genéricos y biosimilares respetando siempre la política marcada por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de los hospitales.

3.9.2. Serán a cargo de la Entidad y suministrados por sus medios a los beneficiarios los productos sanitarios que se relacionan a continuación:

- a) Los sistemas de administración de nutrición enteral domiciliaria, cánulas de traqueotomía y laringuectomía, sus accesorios y sondas vesicales especiales, así como otras sondas especiales y productos de ostomía, que no sean dispensables mediante receta de MUFACE, cuando dichos productos hubieran sido debidamente indicados por un especialista de la Entidad.
 - b) Los dispositivos intrauterinos (DIU) que hayan sido prescritos por un especialista de la Entidad, incluidos los sistemas de liberación intrauterinos (DIUs hormonales) y los pesarios.
 - c) Las tiras reactivas para la medición en pacientes diabéticos de glucemia, glucosuria y combinadas glucosas/cuerpos cetónicos, así como el glucómetro y las lancetas necesarias, de acuerdo con los criterios y estándares establecidos por las administraciones sanitarias y sociedades científicas. En todo caso, la Entidad deberá proporcionar aquellos productos que a juicio del profesional responsable de la indicación o prescripción se adapten mejor a las necesidades y habilidades del paciente.
 - d) Las bombas de infusión local para la administración parenteral de insulina y otros fármacos.
 - e) El material fungible que sea necesario para la administración parenteral de insulina, fármacos antidiabéticos u otros fármacos: las jeringuillas de insulina y las agujas correspondientes, las agujas para inyectores y sistemas precargados de antidiabéticos de administración parenteral que carezcan de ellas, así como el material fungible de las bombas de infusión de insulina.
 - f) Los sistemas de monitorización de glucosa (tipo flas o de medición continua en tiempo real), siempre y cuando el beneficiario cumpla con los requisitos establecidos por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, y sean prescritos por el médico especialista (pediatra o endocrino) de su Entidad.
- Todos estos productos se suministrarán atendiendo a criterios de diligencia, proporcionalidad y máxima atención a la situación del paciente. En aquellos supuestos en que, por causas imputables a la Entidad, el suministro no se ajustará a estos criterios, el beneficiario podrá adquirir directamente el producto y solicitar el reintegro a la Entidad.

4.- MEDIOS DE LA ADJUDICATARIA

La adjudicataria deberá proponer los medios humanos y técnicos suficientes para ofrecer las prestaciones descritas en el capítulo “Prestaciones Sanitarias Mínimas”, ofertando para ello:

- Personal sanitario, con relación laboral o mercantil.
- Centros, instalaciones o establecimientos de su titularidad.
- Centros, instalaciones o establecimientos concertados. En este caso se deberá justificar documentalmente el concierto para toda la duración del contrato.
- Servicios de ambulancias.

Será preciso aportar relación detallada de los facultativos, agrupados por especialidades, y la localización geográfica de todos sus centros ofertados, debiendo cubrir todas las especialidades ofertadas.

La adjudicataria deberá garantizar el principio de libre elección de facultativo, por lo que cada especialidad deberá contar con personal sanitario suficiente acreditado de acuerdo con la normativa sanitaria vigente.

El catálogo de servicios contendrá la relación detallada de los medios de la entidad, y su finalidad es posibilitar la utilización de dichos medios por los asegurados. Serán editados por la aseguradora bajo su responsabilidad, entregándose telemáticamente a la dirección de correo electrónico Responsable de Servicio del Ayuntamiento, y tanto ejemplares como asegurados/beneficiarios existan, incluyendo las actualizaciones de los Catálogos.

El catálogo de servicios debe mantenerse y garantizar los principios de continuidad asistencial de los pacientes y no transferencia de riesgos de unas Entidades a otras.

Los Catálogos de servicios incluirán:

- La cartera de Servicios de Atención primaria y atención especializada.
- Relación, con dirección, teléfono y horarios de funcionamiento de los siguientes servicios:
 1. Servicios de urgencia.
 2. Centros hospitalarios
 3. Médicos, con nombres y apellidos, agrupados por especialidades.
 4. Fisioterapeutas, con nombre y apellidos
 5. Personal de enfermería, con nombres y apellidos.
 6. Servicios de ambulancia.
 7. Servicios de información de la entidad adjudicataria.
 8. Otros servicios: centros de rehabilitación, radiodiagnóstico, laboratorios, psicoterapia, etc.

Deberá constar, junto al nombre del centro, los nombres y apellidos de los profesionales responsables de la asistencia.

- Carteras de Servicios de Urgencias, ambulatorias y hospitalarias.
- Asistencia domiciliaria.
- Relación exhaustiva de los medios que precisan autorización previa de la aseguradora, facilitando a los asegurados la solicitud de autorizaciones a través de la página web, por vía telefónica, y en general mediante otros medios conducentes a la mejora de la calidad y eficiencia de los servicios prestados.
- Teléfono 24 horas para la atención/información a los interesados.

- Teléfono 24 horas gratuito para la atención en situaciones de urgencia y coordinación de los recursos para la asistencia urgente.

Los Catálogos de Servicios no incluirán publicidad o mensajes publicitarios, así como información relativa a otros servicios de la aseguradora.

En aquellas especialidades en que la aseguradora no disponga de servicios o facultativos contratados, el asegurado podrá acudir a los facultativos privados que, en su caso, existan o dirigirse al Servicio Público de Salud. En estos casos la aseguradora se hará cargo del importe de las asistencias producidas por la utilización de medios no concertados.

5.- FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO

5.1. Medios no contratados

Cuando un asegurado, por decisión propia o de sus familiares, utilice medios no contratados con la empresa adjudicataria, deberá abonar, sin derecho a reintegro, los gastos que puedan ocasionarse, excepto en los casos de denegación injustificada de asistencia, en los de asistencia urgente de carácter vital y en los casos de garantía de accesibilidad a los medios.

5.2. Denegación injustificada de asistencia.

Se produce denegación injustificada de asistencia:

A) Cuando el asegurado solicite por escrito a la empresa adjudicataria la prestación de una determinada asistencia sanitaria con prescripción facultativa y dentro de las condiciones del presente pliego y ésta no se le ofrezca.

En este caso, el asegurado tendrá derecho a que la empresa adjudicataria le reintegre los gastos ocasionados. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a contar desde la fecha de presentación ante la empresa aseguradora adjudicataria la reclamación y los justificantes de dichos gastos.

B) Cuando no se cumplan los requisitos de disponibilidad de medios previstos en equiparación del Sistema Nacional de la Salud.

En este caso el asegurado podrá acudir a los facultativos o centros que existan en el nivel correspondiente y, sin necesidad de comunicar a la empresa adjudicataria el comienzo de la asistencia recibida. El asegurado tendrá derecho a que la empresa adjudicataria asuma los gastos ocasionados.

Si el asegurado comunica a la empresa adjudicataria su ingreso en los dos días hábiles siguientes al mismo tendrá derecho a que ésta abone directamente al centro el importe de la asistencia recibida, salvo en la situación de urgencia que, en todo caso, será abono directo, sin necesidad de comunicación.

En los supuestos en los que el asegurado no hubiera procedido a la comunicación de la asistencia en medios ajenos antes de los dos días hábiles siguientes al ingreso, excepto en los casos de urgencia, la empresa adjudicataria procederá al reintegro de los gastos en el plazo de diez días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado presente ante la empresa adjudicataria la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

En el supuesto de que dicha falta de medios por parte de la empresa adjudicataria origine una asistencia continuada en el tiempo en medios ajenos el asegurado tendrá derecho a que la empresa adjudicataria realice siempre directamente el abono de los gastos producidos a los prestadores de la asistencia.

El abono directo de los gastos deberá efectuarse por la empresa adjudicataria en el momento en que le sea presentada la factura por el proveedor sanitario.

C) Cuando un facultativo de la empresa adjudicataria prescriba por escrito, con exposición de las causas médicas justificativas, la necesidad de acudir a un facultativo o centro tanto público como privado, el asegurado debe presentar la citada prescripción en la empresa adjudicataria, a fin de que ésta, antes de que concluya el quinto día hábil siguiente a la presentación, autorice la remisión de facultativo o centros públicos o privados, o bien ofrezca una alternativa asistencial con sus medios.

En este supuesto de denegación, el asegurado que utilice medios ajenos especificados en la prescripción presentada a la aseguradora tendrá derecho a que la misma le reintegre los gastos ocasionados, igualmente sin necesidad de comunicarle el comienzo de la asistencia sanitaria. El reintegro deberá efectuarse dentro del plazo de los diez días hábiles siguientes a la fecha en que el asegurado presente ante la empresa adjudicataria la oportuna reclamación por escrito, acompañando los justificantes de dichos gastos.

No obstante, si la prescripción del facultativo se acreditase la necesidad de acudir a un hospital público o privado, se procederá al abono directo sin perjuicio de lo indirecto.

Si la empresa adjudicataria autoriza la remisión a un facultativo o centro no contratados, debe asumir los gastos ocasionados durante todo el proceso asistencial, sin exclusiones y abonándolo directamente al centro sanitario. Si ofrece medios propios o contratados, la oferta debe especificar expresamente el facultativo, servicio o centro que vaya a asumir la asistencia y que pueda llevar a cabo la técnica diagnóstica o terapéutica prescrita.

Cuando en un centro de la empresa adjudicataria, en el que esté ingresado un asegurado o al que haya acudido para recibir asistencia, no existan o no estén disponibles los medios adecuados, según criterio del facultativo de la aseguradora o del centro que tenga a su cargo la asistencia, y ello se manifieste implícitamente en la remisión del asegurado a centro no concertado.

En este supuesto de denegación, el asegurado o tendrá derecho a que la empresa adjudicataria abone directamente los gastos ocasionados, incluidos los del traslado. No es preciso que el asegurado comunique a la empresa adjudicataria su ingreso en centro no contratado, ya que la denegación ha tenido su origen en un centro de la propia entidad.

5.3. Tarjeta sanitaria.

Para prestar asistencia médica, la entidad aseguradora ha de expedir a todos los asegurados y a sus beneficiarios la tarjeta de asistencia sanitaria personal correspondiente, que en soporte de plástico y en banda magnética o microchip, ha de contener: denominación del documento, datos de la entidad aseguradora, número de control, número personal de afiliación, apellidos, nombre, fecha de nacimiento y datos necesarios para la prestación correspondiente.

Bajo ningún concepto se cobrarán cantidades adicionales a los asegurados/beneficiarios por el uso de cualquiera de los servicios de la entidad en este contrato. Los cheques, talonarios u otros documentos de derivación a especialidades, ingresos, pruebas, tratamientos, etc. son a cargo de la entidad y se han de poner a disposición de los facultativos del catálogo de servicios sin ningún coste para el asegurado/beneficiario.

Una vez el Ayuntamiento comunique a la aseguradora el alta de un asegurado, emitirá la correspondiente tarjeta sanitaria en el plazo máximo de siete días hábiles desde la efectiva comunicación. En cualquier caso, la no presentación de dichas tarjetas en el momento de la asistencia, en aquellos casos en que la empresa adjudicataria aún no la ha emitido, o en situaciones de urgencia, no impide ni condiciona el derecho del asegurado a hacer uso de los medios de la empresa adjudicataria.

5.4. Asistencia en centros ajenos a la compañía

La compañía adjudicataria, en situaciones especiales, a solicitud del Ayuntamiento, financiará la asistencia sanitaria prestada en centros ajenos a la compañía por circunstancias que lo justifiquen, sin que el gasto exceda al que fuera prestado en los centros de la compañía.

5.4 Carencias y exclusiones

5.4.1 Las propuestas de las pólizas de seguros no podrán contemplar periodos de carencia de ninguna clase, existiendo plenitud de derechos desde el mismo día de incorporación de un asegurado a la póliza.

5.4.2 Tampoco existirán en las pólizas de seguro exclusiones por razón de edad, enfermedades preexistentes o congénitas, ni accidentes ocurridos con anterioridad a la entrada en vigor de la cobertura, existiendo plenitud de derechos desde el mismo día de incorporación del asegurado a la póliza.

5.4.3 El colectivo del Ayuntamiento de Erandio, estará exento de exámenes, cuestionarios o reconocimientos médicos previos de cualquier tipo. Igualmente, no existirán periodos de carencia o disputabilidad.

5.4.4 Las incorporaciones de personal durante el período de vigencia del contrato mantendrán las especificaciones anteriores.

5.4.5 No existirán cuestionarios de salud, ni cumplimentación de documento de adhesión, no pudiendo rechazar el adjudicatario las incorporaciones que presente el tomador del seguro.

5.5 Procesos médicos en curso

La aseguradora adjudicataria se hará cargo, a partir de la fecha de contratación del servicio, de los procesos en curso, iniciados previamente a la adjudicación, corriendo a cargo de los gastos que se originen por los servicios prestados por el cuadro médico de compañías contratadas anteriormente por el Ayuntamiento.

Se abonará el 100% de los gastos de asistencia extrahospitalaria durante el primer mes del contrato, momento a partir del cual pasará a ser tratado con personal médico adscrito al nuevo adjudicatario. En el caso de intervenciones quirúrgicas programadas se asumirán los gastos derivados de dichas intervenciones durante los tres primeros meses. Del mismo modo la adjudicataria asumirá los gastos generados por seguimiento de embarazo, parto, puerperio y asistencia al neonato realizados por especialistas y centros ajenos a la compañía previamente concertados por el Ayuntamiento, en embarazos que hayan superado el primer trimestre.

Las enfermedades crónicas en tratamiento activo podrán finalizar dicho tratamiento con el médico o centro que les estuviese asistiendo durante los primeros seis meses o doce si se trata de un proceso oncológico. Para los procesos agudos o de psicología este período será de tres meses.

El asegurado recibirá las cantidades correspondientes a los gastos generados por los tratamientos anteriormente mencionados en la modalidad de REINTEGRO DE GASTOS previa presentación de la documentación y facturas debidamente justificativas.

5.5 Acceso a los servicios asistenciales

El acceso a los especialistas y clínicas será el habitualmente utilizado por la aseguradora.

5.6 Ejecución de las prestaciones

La ejecución de las prestaciones contratadas será realizada por el cuadro médico de la compañía aseguradora, en sus instalaciones o en clínicas concertadas.

La compañía adjudicataria deberá incluir en su cuadro médico a especialistas propuestos por el Ayuntamiento.

ANEXO I

RELACIÓN DEL COLECTIVO OBJETO DE COBERTURA

El número de pólizas, referido para cada tramo de edad, es de carácter orientativo e informativo. Dicho número podrá sufrir alteraciones singulares, como consecuencia de posteriores bajas o altas en dicho colectivo, por lo que no se garantiza por el Ayuntamiento un volumen mínimo o determinado de contratación de pólizas, ni exclusividad alguna en la prestación. De tal manera que, no procederá reclamación alguna por parte del adjudicatario por la ejecución de un volumen de pólizas distinto al estimado en los Pliegos.

Edades N° Pólizas por sexo.

	MUJERES		HOMBRES	
		B*		B*
0 a 15 años				
16 a 25 años		3		1
26 a 35 años		1		
36 a 45 años				
46 a 55 años		1	3	
56 a 65 años	18	1	22	
más de 65 años	1			
	25		26	
B* beneficiarios				

RELACION DE MUNICIPIOS PARA PRESTACIÓN DE COBERTURA

SANTURTZI	GETXO
PORTUGALETE	LEIOA
BARAKALDO	SOPELA
ALONSOTEGI	ZAMUDIO
BILBAO	MUNGIA
ERANDIO	GALDAKAO
IGORRE	VITORIA-GASTEIZ