

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA, RELACIONES CON LAS CORTES Y MEMORIA DEMOCRÁTICA

- 9365** *Resolución de 28 de mayo de 2021, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre el Consorcio de Compensación de Seguros, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para el ejercicio 2021.*

La Directora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, el representante del Consorcio de Compensación de Seguros y la Presidenta de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, han suscrito un Convenio de asistencia sanitaria pública derivada de accidentes de tráfico para el ejercicio 2021.

Para general conocimiento, y en cumplimiento de lo establecido en el artículo 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, dispongo la publicación en el «Boletín Oficial del Estado» del referido Convenio como anejo a la presente Resolución.

Madrid, 28 de mayo de 2021.–El Subsecretario de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, Antonio J. Hidalgo López.

ANEJO

Convenio de Asistencia Sanitaria Pública derivada de accidentes de tráfico para el ejercicio 2021 entre el Consorcio de Compensación de Seguros, la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA), y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

En Madrid, a 29 de abril de 2021.

Doña Belén Hernando Galán, que actúa en nombre y representación del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en su condición de Directora, cargo para la que fue nombrada el 24 de febrero de 2021 y efectividad el 1 de marzo de 2021, en virtud de las atribuciones conferidas por el artículo 15 del Real Decreto 1087/2003 de 29 de agosto (BOE de 30 de agosto) por el que se establece la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo, actual Ministerio de Sanidad, cuya estructura se encuentra actualmente recogida en el Real Decreto 735/2020, de 4 de agosto, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, y se modifica el Real Decreto 139/2020, de 28 de enero, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

Don Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa, en representación del Consorcio de Compensación de Seguros, entidad pública empresarial, adscrita al Ministerio de Asuntos Económicos y Transformación Digital, en virtud de poder conferido mediante escritura pública, otorgada el 19 de febrero de 1.997 ante el Notario de Madrid D. Luis Núñez Boluda, con el número 287 de su protocolo.

Doña Pilar González de Frutos, en representación de Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, UNESPA, Asociación Empresarial del Seguro, constituida al amparo de la Ley 19/1977, de 1 de abril, como Presidenta, en virtud de poder conferido por acuerdo del Comité Ejecutivo de dicha entidad, adoptado en su reunión del 15 de octubre de 2.003, y protocolizado mediante escritura pública otorgada

el 9 de enero de 2.004 ante el Notario de Madrid D. Andrés Sanz Tobes, con el número 46 de su protocolo.

EXPONEN

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, contempla en sus artículos 8 y 141 la posibilidad de firmar Convenios de asistencia sanitaria con el objetivo de agilizar la asistencia a los lesionados por hechos derivados de la circulación y 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 derivadas de accidentes de tráfico y garanticen su prestación 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 y vigencia.*

1. Objeto. El presente Convenio, en el marco de lo dispuesto en el Título Preliminar, Capítulo VI de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, regula las relaciones entre las partes signatarias para la gestión de la asistencia sanitaria prestada en el ámbito de la sanidad pública, a lesionados por hechos de la circulación, y establece los precios de los servicios de dichas prestaciones, en el año 2021. Todas las facturaciones tendrán un límite máximo de dos años desde la primera asistencia prestada en el sector público, salvo que se produzca la estabilización antes del referido plazo, en cuyo caso los gastos serán satisfechos en los términos previstos en los artículos 113 y 114 del Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en Circulación de Vehículos a motor.

2. Vigencia. El presente Convenio tendrá validez hasta el 31.12.2021, y siguiendo las normas establecidas en el art. 48.8 de la Ley 40/2015 del Régimen Jurídico del Sector Público este convenio se perfecciona con el consentimiento de las partes y resultará eficaz una vez inscrito en el registro electrónico estatal del Órgano y publicado en el BOE.

Las tarifas aplicables a las prestaciones realizadas en el ejercicio 2021 serán las que figuran en el anexo I de condiciones económicas para el referido ejercicio, que han sido consensuadas por los firmantes que ostentan la capacidad y competencia necesaria para ello, habida cuenta de lo establecido en 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, que contempla en sus artículos 8 y 141 la posibilidad de suscribir convenios o acuerdos entre las entidades aseguradoras y los servicios públicos de salud, por ello, las tarifas que recoge el presente Convenio son diferentes a las establecidas mediante Resolución del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de fecha 19 de julio de 2013 (BOE del 29) sobre revisión de precios a aplicar por los centros sanitarios en Ceuta y Melilla por las asistencias prestadas en los supuestos cuyo importe ha de reclamarse a los terceros obligados al pago o a los usuarios sin derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social.

Segunda. *Hechos sujetos y determinación del obligado al pago.*

1. Hechos sujetos. Las estipulaciones y precios de este Convenio se aplicarán a todas las prestaciones sanitarias realizadas a los lesionados por hechos de la circulación ocasionados por vehículos a motor que, conforme a la legislación vigente, estén obligados a suscribir un contrato de seguro de Responsabilidad Civil derivada de la Circulación de Vehículos de Motor. Serán de aplicación tanto al seguro obligatorio, voluntario y complementario a los mismos.

2. Determinación del obligado al pago.

2.1. Criterios Generales. El artículo 83 de la Ley 14/1986 de 25 de abril 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 artículo 1 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, requiere la previa determinación del responsable para que nazca la obligación de resarcir los daños causados.

En orden a simplificar el ejercicio de los derechos y obligaciones derivados de ambas, las partes firmantes convienen determinar el obligado al pago de forma objetiva de acuerdo con los siguientes supuestos:

A. Siniestros en que intervenga un único vehículo.

Las Entidades Aseguradoras se obligan al pago de las prestaciones sanitarias que precisen las víctimas del siniestro, incluido el conductor del vehículo, si bien, en este caso, con el límite recogido en las condiciones económicas del Convenio.

En el caso de un vehículo directamente asegurado por el Consorcio de Compensación de Seguros, esta Entidad asumirá los gastos asistenciales devengados por las víctimas, con la excepción 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 Consorcio de Compensación de Seguros, 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 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 correspondientes a las víctimas ocupantes del vehículo que aseguren y las del conductor respectivo, excepto cuando se trate de vehículos no asegurados o robados, en los que el Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá los gastos del conductor en ningún caso, ni tampoco los de las víctimas que ocuparan voluntariamente estos vehículos siempre que pruebe que conocían la circunstancia de robo o no aseguramiento.

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

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

2.2 Participación de Entidades no adheridas. El Convenio será de aplicación entre las partes afectadas adheridas incluso cuando intervengan en el siniestro vehículos

asegurados en entidades no adheridas. En estos casos, el pago de las prestaciones que les hubiesen correspondido a las entidades no adheridas, podrá ser reclamado a las entidades aseguradoras adheridas, las cuales dispondrán de un plazo de 60 días desde la recepción del parte de asistencia para comunicar al centro sanitario la aceptación o rechazo del pago.

Si se produjera el rechazo del pago por parte de la entidad aseguradora adherida, éste deberá ser justificado documentalmente (atestado, sentencia, diligencia judicial, etc.).

En el supuesto de no contestación por la entidad aseguradora adherida en el plazo indicado, se procederá mediante el sistema CAS a efectuar el pago automático, conforme a las tarifas del presente Convenio, de los lesionados intervinientes en el siniestro.

2.3 Concurrencia de seguros. Si algún vehículo se encontrase cubierto por más de un Seguro de Responsabilidad Civil de Suscripción Obligatoria, la Entidad Aseguradora que hubiese abonado las prestaciones sanitarias podrá reclamar a la otra u otras adheridas la parte proporcional en relación con el número de pólizas vigentes. La entidad obligada al pago frente al prestador del servicio será la requerida por éste.

2.4 No repetición. El Consorcio de Compensación de Seguros y las Entidades Aseguradoras adheridas renuncian a la reclamación de las cantidades abonadas en virtud de este Convenio excepto en los siguientes casos:

1.º Personas físicas o jurídicas no vinculadas por este Convenio.

2.º Gastos del conductor de motocicleta, ciclomotor o vehículo asimilable en siniestros con participación de dos vehículos de los que uno de ellos sea de tercera categoría.

2.5 Siniestros en que participen vehículos asegurados en Entidades declaradas en concurso o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros. De acuerdo con lo establecido en la legislación vigente, el Consorcio de Compensación de Seguros asumirá, en los mismos términos en que lo hubiera hecho la aseguradora, las obligaciones pendientes de aquellas que se encontrasen en los supuestos antes definidos, de acuerdo con las siguientes normas:

a) Se remitirá al Consorcio de Compensación de Seguros copia de los partes de asistencias correspondientes a las facturas pendientes de pago de cada aseguradora de las referidas, adjuntando documentación acreditativa, de que, en el plazo determinado en este Convenio, fueron remitidas a las Entidades Aseguradoras.

b) El Consorcio de Compensación de Seguros no asumirá el pago de facturas emitidas por prestaciones realizadas en un plazo superior a un año antes de declararse el concurso o la liquidación intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros, en aplicación del artículo 11 del Texto Refundido de la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor, salvo que quede justificada documentalmente la interrupción de la prescripción.

c) Declarado el concurso o liquidación intervenida de una Aseguradora, el Consorcio de Compensación de Seguros atenderá extrajudicialmente, los pagos pendientes de esta Entidad que se hubiesen reclamado judicialmente, siempre que se acredite el correspondiente desistimiento de los procesos iniciados.

d) El Consorcio de Compensación de Seguros se compromete a comunicar a las partes firmantes del Convenio todos los casos de Entidades Aseguradoras que se encuentren en las situaciones descritas.

Tercera. *Normas de procedimiento.*

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

1. Tramitación de Partes de Asistencia y Facturas. Los centros sanitarios se comprometen a remitir a las Entidades Aseguradoras intervinientes en el siniestro, en el plazo de 60 días naturales desde la recepción de un lesionado, un parte de asistencia por cada lesionado, que deberá ser cumplimentado correctamente según el modelo que figura como anexo II.

La remisión del parte de asistencia en plazo superior al señalado, por causa justificada, no repercutirá en cuanto a la aceptación de la Entidad Aseguradora o del Consorcio de Compensación de Seguros de hacerse cargo de las prestaciones derivadas del mismo.

Una vez aceptado el parte de asistencia, se enviará la factura que detallará los conceptos y precios correspondientes a las distintas prestaciones por los gastos sanitarios conforme a las normas del convenio. Cuando la estancia del lesionado supere el período primeramente facturado o cuando no hayan sido incluidas en la primera factura todas las prestaciones, se tramitarán periódicamente nuevas facturas.

Así mismo, podrán enviarse conjuntamente parte de asistencia y factura.

No se demorará, en ningún caso, la presentación de facturas por un período superior a un año, desde la fecha de la última asistencia continuada incluida en la factura. La Entidad Aseguradora y el Consorcio de Compensación de Seguros podrán rechazar las facturas presentadas fuera del citado plazo, así como aquellas que, presentadas dentro de plazo, no fueran objeto de reclamación por un período de tres años. Estos plazos quedarán interrumpidos, en su caso, desde la fecha de la remisión del expediente por el centro sanitario o la Entidad Aseguradora a la Subcomisión de Vigilancia y Arbitraje, reiniciándose el cómputo del plazo desde la fecha de la notificación al centro sanitario de la resolución adoptada.

Las prestaciones facturadas según lo señalado en los párrafos anteriores comprenderán todas las asistencias y períodos de control y revisiones hasta la total curación del lesionado con un límite temporal de dos años contados a partir de la primera asistencia, salvo que se produzca la estabilización antes del referido plazo, en cuyo caso los gastos serán satisfechos en los términos previstos en los artículos 113 y 114 del Real Decreto Legislativo 8/2004 de 29 de octubre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Responsabilidad Civil y Seguro en Circulación de Vehículos a motor.

Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros podrán solicitar las aclaraciones oportunas al contenido de las facturas dentro de los primeros veinte días naturales siguientes a la presentación de las mismas al pago. Asimismo y en dicho plazo podrán requerir de los centros sanitarios información complementaria y aclaratoria, quienes la facilitarán con las limitaciones que establece la legislación vigente.

2. Declaración Responsable. En el supuesto de un siniestro ocasionado por un vehículo robado o sin seguro, el Centro Sanitario acompañará al parte o partes de asistencia, así como a la factura, una declaración responsable de las circunstancias del mismo, suscrita y firmada por el accidentado, testigos del accidente o por aquellos que les prestaron auxilio, acompañada de fotocopia del documento nacional de identidad del firmante, según modelo que figura como anexo III al Convenio. En tanto no se obtenga tal declaración, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de la aceptación de los gastos de asistencia a que se refiera el parte, salvo que por el centro sanitario se manifieste, mediante declaración responsable, excepcionalmente, la imposibilidad de obtención de tal declaración, indicando los trámites realizados a tal efecto, sin que en ningún caso esta remisión pueda demorarse más de 60 días naturales después de emitido el parte de asistencia, transcurridos los cuales, el Consorcio de Compensación de Seguros quedará liberado de asumir los gastos correspondientes al lesionado.

3. Aceptación o rechazo de los gastos sanitarios. Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en el plazo de 30 días naturales desde la recepción de la factura y, en su caso, el Parte de Asistencia, deberán comunicar fehacientemente, por escrito, al centro sanitario remitente, la aceptación o rechazo de los gastos sanitarios.

En el caso de Partes de Asistencia no cumplimentados correctamente, y siempre y cuando la Entidad Aseguradora lo haya comunicado al Centro Sanitario, no se aplicará el plazo señalado anteriormente hasta que se subsane la deficiencia.

Únicamente procederá el rechazo del parte de asistencia o de la factura por una Entidad Aseguradora o por el Consorcio de Compensación de Seguros, y en consecuencia la negativa a hacerse cargo de los gastos asistenciales, en los supuestos siguientes:

- a) No estar el siniestro dentro del objeto del Convenio.
- b) No aseguramiento del vehículo en función del cual se le imputa el pago.
- c) No estar obligado al pago según los supuestos de la estipulación segunda.
- d) Transcurso de los plazos de prescripción previstos en el convenio.
- e) Falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas.
- f) En los traumatismos menores de columna vertebral, haber transcurrido el límite temporal de 72 horas desde la fecha del siniestro hasta la asistencia en urgencias, salvo causa justificada.
- g) A los efectos del Convenio, no será de aplicación el mismo respecto a aquellos lesionados que viajen en el vehículo fuera de los espacios destinados en el mismo para el transporte de personas, incluyendo las partes del habitáculo habitualmente destinadas a equipaje y/o mercancía, en función de la naturaleza, estructura y funcionamiento de los vehículos.

No podrá oponerse para excepcionar la aplicación del Convenio que la ocupación del vehículo en el que viajaban los lesionados excedía del número de plazas legalmente permitidas.

La no comunicación fehaciente del rechazo, sin motivo justificado, conlleva la asunción de los gastos sanitarios. No obstante, cuando la Entidad Aseguradora o el Consorcio de Compensación de Seguros manifieste fehacientemente al Centro Hospitalario, fuera del plazo de rechazo, no corresponderle el pago conforme a criterios del Convenio, deberá atender los gastos de las prestaciones sanitarias realizadas hasta la comunicación de dicha notificación a la Subcomisión correspondiente. En este caso, la Entidad Aseguradora que sí este obligada al pago no podrá alegar motivos de prescripción para no hacerse cargo de los gastos asistenciales.

4. Cumplimiento del pago. Las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, en su caso, deberán en el plazo de aceptación citado en el apartado anterior proceder al abono de los gastos sanitarios, salvo que hayan comunicado fehacientemente su rechazo.

En los casos de disconformidad parcial con el contenido de una factura, es obligado para la Entidad Aseguradora el pago de la cantidad conforme y sólo aplazable la cantidad del concepto o conceptos sobre los que no exista acuerdo.

Cuarta. *Comisión de Vigilancia y Seguimiento.*

1. Comisión de Vigilancia y Seguimiento. Las partes suscriptoras del presente Convenio, más los representantes de la Sanidad Pública de las distintas Comunidades Autónomas o Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla que suscriban un Convenio de contenido idéntico al presente, constituirán una Comisión de Vigilancia de carácter nacional (en adelante la Comisión), como órgano para resolver cuantas situaciones puedan suscitarse en el seguimiento o interpretación de este Convenio, 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 por un máximo de tres representantes designados por cada una de las partes firmantes del convenio, entendiendo como tales cada uno de los Servicios de Salud, UNESPA y el Consorcio de Compensación de Seguros. En su caso, las partes podrán contar con la asesoría de profesionales facultativos.

Se constituirán asimismo Subcomisiones del ámbito territorial correspondiente a cada servicio de salud firmante integrada por un máximo de cuatro representantes por cada una de las partes firmantes del convenio. Igualmente, en caso necesario las partes podrán contar con la asesoría de profesionales facultativos.

Las resoluciones de la Comisión y Subcomisiones serán de obligado cumplimiento para las partes.

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.

2. Funciones de la Comisión y Subcomisión. Serán funciones de la Comisión las siguientes:

1. Interpretar el Convenio en aquellas cuestiones que le sean sometidas por las partes.
2. Dirimir los desacuerdos existentes entre las partes firmantes y sus representadas, solamente los surgidos entre las entidades aseguradoras y los centros sanitarios.
3. Unificar criterios y dirimir las diferencias entre las resoluciones que se acuerden en las distintas Subcomisiones Territoriales.
4. Emitir certificaciones que acrediten cualquier incumplimiento del Convenio.

Serán funciones de la Subcomisión Territorial la segunda y cuarta de las anteriores por delegación de la Comisión. La Subcomisión creada a tal efecto se reunirá ordinariamente al menos una vez al semestre y extraordinariamente a instancia de una de las partes.

3. Resoluciones de la Comisión y Subcomisión. Las partes firmantes de este Convenio y sus respectivas representadas se obligan a someter las diferencias que en el ámbito del mismo puedan surgir, la falta de acuerdo sobre el contenido e importe de las facturas, así como la negativa o demoras en el pago de las mismas, a la Subcomisión Territorial, la cual resolverá o dará traslado del asunto a la Comisión Nacional para que resuelva. Dichos órganos actuarán 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 o Subcomisión correspondiente; las cuales adoptarán los acuerdos pertinentes en un plazo máximo de seis meses desde la fecha en que fueron recepcionados los asuntos que se les 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, tendrán la consideración de laudo y serán finalizadoras del procedimiento a los efectos de la legislación vigente. Transcurrido dicho plazo sin que se haya cumplido la resolución el servicio de salud podrá reclamarlo por el procedimiento que tenga establecido sin necesidad de más trámites, pudiendo realizar tal reclamación en base a los precios públicos que tenga establecidos con carácter general.

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

Tanto la Comisión como las distintas Subcomisiones garantizarán el derecho de las partes a aportar las consideraciones y documentos que, en defensa de sus intereses, estimen oportuno.

Las Subcomisiones territoriales serán las facultadas para acordar la facturación de intereses. 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 última asistencia incluida en la factura. En caso de que en el expediente se aporte justificación que

acredite la existencia de algún motivo de rechazo, los intereses se aplicarán, en su caso, desde la comunicación del acuerdo. El tipo de interés a aplicar será un interés simple, el legal anual publicado incrementado en el cincuenta por ciento (50%).

Si los acuerdos de la Comisión adoptan la forma de criterio general a aplicar en lo sucesivo en el marco del Convenio, la citada Comisión queda obligada a la difusión de los mismos mediante circular que será comunicada a las partes, quedando éstas obligadas a dar traslado de la misma a todos los Centros Sanitarios y Entidades Aseguradoras representadas por cada una de ellas. Estos acuerdos de carácter general deberán expresar la fecha a partir de la cual producen sus efectos.

4. Interlocutores. Con la finalidad de analizar discrepancias, dar solución a las mismas y hacer más ágil el procedimiento, se nombrarán por cada una de las partes sendos interlocutores, con indicación de sus respectivas plazas de residencia, domicilio, teléfono y fax. Cualquiera de las partes podrá solicitar la mediación del interlocutor de las otras partes con este fin. En este caso, la falta de acuerdo o respuesta del interlocutor requerido en el plazo de veinte días hábiles permitirán a la parte afectada someter la controversia a la Subcomisión.

Quinta. *Publicidad y comunicaciones.*

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.

2. Comunicaciones. Todas las comunicaciones y notificaciones tanto de los Centros Sanitarios como de las Entidades Aseguradoras y el Consorcio de Compensación de Seguros, que sean consecuencia de las actuaciones previstas en el presente convenio, se realizarán preferentemente a través del sistema CAS, y en cualquier caso de forma fehaciente por escrito, mediante correo electrónico, correo certificado, fax o cualquier otro medio aceptado en derecho.

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

3. Información clínica. A los efectos de lo dispuesto en los artículos 83 de la Ley General de Sanidad y 168.3 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.

Sexta. *Comisión paritaria.*

Las discrepancias que pudieran surgir entre el Consorcio de Compensación de Seguros y cualquiera de las entidades aseguradoras representadas en el Convenio, o entre estas últimas, acerca de si existe o no existe contrato de seguro, como asimismo si está o no está vigente el mismo y, consecuentemente, acerca de cuál es la entidad obligada al pago de los gastos asistenciales, se resolverán por una Comisión integrada por un representante de UNESPA y otro del Consorcio de Compensación de Seguros en un plazo máximo de 3 meses desde el acuerdo de su remisión, comunicando el acuerdo adoptado a la aseguradora obligada al pago y al centro hospitalario en el plazo de 10 días.

Séptima. *Altas y bajas.*

Las altas y bajas de Centros Sanitarios y Entidades Aseguradoras posteriores a la entrada en vigor del presente Convenio se tramitarán a través de la Comisión Nacional de Vigilancia y Arbitraje, debiendo ser notificadas por ésta al resto de las partes, siendo efectivas desde el primer día del mes siguiente a la notificación de la misma.

Las Entidades Aseguradoras se comprometen a comunicar a las Subcomisiones 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.

Octava. *Extinción y modificación.*

El presente Convenio se extinguirá por el cumplimiento de las actuaciones que constituyen su objeto, por imposibilidad motivada para el cumplimiento de su objeto o por incurrir en alguna de las causas de resolución contempladas en el Artículo 51.2 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Se requiere acuerdo unánime de los firmantes para una posible modificación de este convenio, de acuerdo con lo establecido en el artículo 49.g), tramitándose mediante acta y recabando la autorización del artículo 50 c de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

La terminación de las actuaciones en curso y demás efectos de la terminación del convenio por causa distinta a su cumplimiento, se estará a lo establecido en el artículo 52 de la ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

Novena. *Incumplimiento.*

En el caso de incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos por parte de alguno de los firmantes, será de aplicación lo establecido en el artículo 51.2 c) de la Ley 40/2015; cualquiera de las partes podrá notificar a la parte incumplidora un requerimiento para que cumpla en un determinado plazo con las obligaciones o compromisos que se consideran incumplidos. Este requerimiento será comunicado a las demás partes firmantes. Si transcurrido el plazo indicado en el requerimiento persistiera el incumplimiento, la parte que lo dirigió notificará a las partes firmantes la concurrencia de la causa de resolución y se entenderá resuelto el convenio.

Décima. *Jurisdicción.*

Las controversias y diferencias que puedan surgir en relación con la interpretación, y aplicación, que no puedan solventarse por las partes en el seno de la Comisión prevista en la estipulación 4.3 del presente Convenio, se resolverán de conformidad con las normas de aplicación y ante la jurisdicción contencioso-administrativa.

Undécima. *circunstancias excepcionales por la pandemia Covid-19.*

Como consecuencia de la pandemia del Covid-19 los centros sanitarios han realizado la implantación de protocolos específicos para evitar a profesionales y pacientes la posibilidad de contraer la infección por el virus SARS-COV-2. Estas medidas incluyen, entre otras, la realización de pruebas de diagnóstico de laboratorio clínico (PCR) a los pacientes hospitalizados, así como la utilización de material de protección individual desechable por parte de los profesionales asistenciales.

Por ello, se establece en el Anexo I-B las condiciones económicas, por este concepto, como sobrecoste producido en la asistencia a los lesionados hospitalizados por accidente de tráfico como consecuencia de las medidas especiales que se han tomado en los centros sanitarios desde el 14 de marzo de 2020 y las derivadas de dicha pandemia en el ejercicio 2021.

Estipulación adicional.

Las partes firmantes del presente Convenio se comprometen a la creación, durante la vigencia del mismo, de un grupo de trabajo que establezca la metodología para el análisis y cuantificación de los costes por proceso (GRD).

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 el Seguro de Responsabilidad Civil derivada del Uso y Circulación de Vehículos de Motor de suscripción obligatoria

Y para que conste firman las partes por triplicado y a un solo efecto en el lugar y fecha indicado.—La Directora del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, Belén Hernando Galán.—El Representante del Consorcio de Compensación de Seguros, Alejandro Izuzquiza Ibáñez de Aldecoa.—La Presidenta de la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, Pilar González de Frutos.

ÍNDICE DE LAS ESTIPULACIONES DEL CONVENIO

Primera. Objeto.

1. Objeto.
2. Vigencia.

Segunda. Hechos sujetos y responsabilidad.

1. Hechos sujetos.
2. Determinación del Obligado al pago.
 - 2.1 Criterios Generales.
 - 2.2 Participación de Entidades no adheridas.
 - 2.3 Concurrencia de seguros.
 - 2.4 No repetición.
 - 2.5 Siniestros en los que participen vehículos asegurados en Entidades declaradas en quiebra, suspensión de pagos o que, siendo insolventes, su liquidación sea intervenida o encomendada al Consorcio de Compensación de Seguros.

Tercera. Normas de procedimiento.

1. Tramitación de Partes de Asistencia y Facturas.
2. Declaración Responsable.
3. Aceptación o rechazo de los gastos sanitarios.
4. Cumplimiento del pago.

Cuarta. Comisión de vigilancia y seguimiento.

1. Comisión de Vigilancia y Seguimiento.
2. Funciones de la Comisión y Subcomisión.
3. Resoluciones de la Comisión y Subcomisión.
4. Interlocutores.

Quinta. Publicidad y comunicaciones.

1. Publicidad.
2. Notificaciones.
3. Información clínica.

Sexta. Comisión paritaria.

Séptima. Altas y bajas.

Octava. Circunstancias excepcionales por la pandemia Covid-19.

Estipulación adicional.

Estipulación final.

ANEXOS AL TEXTO DEL CONVENIO

ANEXO I y I-B. Condiciones económicas.

ANEXO II Modelo de parte de asistencia.

ANEXO III Modelo de declaración responsable.

ANEXO IV Relación de Centros adheridos.

ANEXO V Relación de Entidades adheridas.

ANEXO I

Condiciones económicas 2021

1. Tarifas. Las tarifas de la asistencia sanitaria a lesionados en accidente de tráfico con cobertura de responsabilidad civil derivada de uso y circulación de vehículos de motor de suscripción obligatoria, aplicables en las instituciones propias o en las ajenas concertadas en régimen de administración y financiación directa, serán las siguientes:

Hospitalización

Hospitalización en planta: precio por estancia y día de hospitalización: 681 euros.

Hospitalización en UVI: precio por estancia y día: 1.363 euros.

Estos importes comprenden todos los gastos asistenciales, con excepción del transporte sanitario y rehabilitación, que en su caso se facturarán aparte.

Se considera día de estancia la permanencia en la hora censal (00,00 horas) de un lesionado ingresado en el hospital para atención de un proceso patológico.

Sólo tendrán carácter de UVI las unidades consideradas tradicionalmente como tales, no siendo aplicable este precio a unidades similares a UVI que pudieran implementar los Servicios de Salud.

Asistencia de urgencia sin ingreso o primera asistencia

Precio por lesionado atendido 288 euros.

Rehabilitación

Precio por día de rehabilitación 27 euros.

La facturación se hará por día de rehabilitación, independientemente del número de sesiones que se practiquen en el día que se factura.

Unidades de lesionados medulares

Hospitalización en planta, precio por estancia y día 809 euros.

Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales que dispongan de unidad de lesionados medulares.

Unidades de grandes quemados

Hospitalización: precio por estancia y día 1.363 euros.
Estos precios sólo serán de aplicación por aquellos hospitales acreditados.

Límite conductor vehículo único

El importe de la facturación de las prestaciones sanitarias en el caso del conductor de un siniestro en el que interviene un solo vehículo no podrá ser superior a 10.361 euros.

Límite conductor vehículo único de tercera categoría (motocicletas y ciclomotores).
Una primera asistencia/urgencia o dos estancias hospitalarias de cualquier tipología.

Transporte sanitario

El traslado del paciente lesionado se facturará de conformidad con los siguientes precios:

	fijo	km
1. <i>Servicios Programados</i>		
1.1 Individual.	45 euros	0,71 euros
1.2 Colectivo (rehabilitación, pruebas, consultas, etc.).	34 euros	0,54 euros
1.3 Traslado de críticos en U.V.I. móvil.	359 euros	1,23 euros
2. <i>Servicios No programado</i>		
2.1 Individual Convencional (altas hospitalarias).	51 euros	0,71 euros

En los casos en que se utilice transporte distinto al propio de la entidad gestora o concertado por ésta, será la entidad aseguradora la que se hará cargo del pago directo de los gastos de dicho transporte, previa conformidad de la aseguradora.

ANEXO I-B

Condiciones económicas derivadas de la pandemia covid-19

1. Compensación económica por sobrecoste pandemia COVID-19:

El importe de la facturación del sobrecoste motivado por las medidas especiales relacionadas con la COVID-19 será de 150,00. euros por cada paciente hospitalizado en relación con la pandemia declarada el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud, siendo de aplicación en la fecha que resulte eficaz el presente Convenio según el art. 48.8 de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público, independientemente del número de días que esté hospitalizado.

Esta cantidad se adicionará a las tarifas de los convenios que resulten de aplicación.

ANEXO II

Seguro de responsabilidad civil derivada del uso y circulación de vehículos a motor, de suscripción obligatoria

PARTE DE ASISTENCIA

Parte de asistencia

1.- Centro asistencial*: _____
Domicilio*: _____
Teléfono: _____ Población*: _____
Servicio y facultativo responsable de la asistencia: _____

2.- Lesionado.-
Nombre y apellidos*: _____
DNI* (número, menor, extranjero, desconocido): _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Fecha de asistencia*: _____
Hora.- _____ Fecha del siniestro*: _____
Lugar del siniestro.- _____
Condición del lesionado* (conductor, ocupante, peatón.): _____

3.- Vehículo respecto del cual ostenta esta condición
Matrícula*: _____ Marca: _____
Motocicleta-Ciclomotor SI NO Número de certificado de seguro: _____
Entidad Aseguradora*: _____

En el caso de intervención en el siniestro de más de un vehículo.-

Nombre del asegurado: _____
Matrícula: _____ Marca: _____
Número de certificado de seguro: _____
Entidad Aseguradora:- _____

Nombre del asegurado: _____
Matrícula: _____ Marca: _____
Número de certificado de seguro: _____
Entidad Aseguradora: _____

4.- Descripción de las lesiones que padece el lesionado:*
(Al menos uno de los apartados debe ser cumplimentado)

- TCE
- LESION MEDULAR
- FRACTURAS
- CONTUSIONES
- OTROS: _____

Estos datos corresponden a la mejor información disponible sobre la situación del lesionado en el momento de cumplimentar este parte. Por tanto, no es vinculante en relación al tratamiento y las prestaciones futuras a recibir por el lesionado como consecuencia del accidente de circulación.

5.- Otras informaciones
- INGRESO HOSPITALARIO*: NO SI
Los epígrafes señalados con * serán de obligado cumplimiento.

Centro asistencial, fecha y firma

ANEXO IV

Relación centros adheridos

Hospital Comarcal.	Melilla
Centros de Salud (familiar y Atención Primaria).	Melilla
Hospital Universitario.	Ceuta
Centros de Salud (familiar y Atención Primaria).	Ceuta

ANEXO V

Entidades adheridas convenio sanitario público 2021

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.

Código	Entidad
C0805	ADMIRAL EUROPE COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.U. (AECS).
E0226	AIG EUROPE S.A. SUCURSAL EN ESPAÑA.
C0109	ALLIANZ, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
M0328	A.M.A., AGRUPACIÓN MUTUAL ASEGURADORA, MUTUA DE SEGUROS APF.
C0682	AMIC SEGUROS GENERALES, S.A.
C0001	ASEGURADORES AGRUPADOS, S.A. DE SEGUROS.
C0723	AXA SEGUROS GENERALES, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0767	BANSABADELL SEGUROS GENERALES, SOCIEDAD ANÓNIMA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0502	BBVASEGUROS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0026	BILBAO, C.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0031	CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A. (CASER).
L0329	EURO INSURANCES DAC.
C0706	FÉNIX DIRECTO, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
M0134	FIATC, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF.
E0118	FIDELIDADE COMPANHIA DE SEGUROS, S. A. (PORTUGUESA) SUCURSAL EN ESPAÑA.
C0708	GACM SEGUROS GENERALES, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.U.
C0072	GENERALI ESPAÑA, S.A DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0089	GES, SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0804	HELLO INSURANCE GROUP COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
C0157	HELVETIA COMPAÑÍA SUIZA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
L0639	INSURANCE COMPANY EUROINS JSC.
C0188	LA UNIÓN ALCOYANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0467	LIBERTY SEGUROS, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.

Código	Entidad
C0720	LÍNEA DIRECTA ASEGURADORA, S.A. COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0058	MAPFRE ESPAÑA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0794	MGS SEGUROS Y REASEGUROS S.A.
M0107	MUSSAP, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF.
M0083	MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA, SOCIEDAD DE SEGUROS APF.
M0084	MUTUA MMT SEGUROS, SOCIEDAD MUTUA DE SEGUROS APF.
M0167	MUTUA SEGORBINA DE SEGUROS APF.
M0216	MUTUA TINERFEÑA, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF.
M0140	MUTUALIDAD DE LEVANTE, ENTIDAD DE SEGUROS APF.
C0139	PATRIA HISPANA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
M0050	PELAYO, MUTUA DE SEGUROS Y REASEGUROS APF.
C0517	PLUS ULTRA SEGUROS GENERALES Y VIDA, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
L1008	QIC EUROPE LIMITED.
C0613	REALE SEGUROS GENERALES, S.A.
C0806	SANTANDER MAPFRE SEGUROS Y REASEGUROS, S.A.
C0124	SEGURCAIXA ADESLAS, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0468	SEGUROS CATALANA OCCIDENTE, S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS.
C0572	SEGUROS LAGUN ARO, S.A.
M0191	SOLISS MUTUA DE SEGUROS.
M0363	UMAS, UNIÓN MUTUA ASISTENCIAL DE SEGUROS APF.
L1319	USAA SA.
C0785	VERTI ASEGURADORA, COMPAÑÍA DE SEGUROS Y REASEGUROS, S. A.
E0189	ZURICH INSURANCE P.L.C.