

<i>Dependencia</i> CON.- Negociado de Contratación de Obras e Servicios 54.- PLOBA		
<i>Documento</i> CONT11DS	<i>Expediente</i> CON/213/2009	<i>Fecha</i> 28-10-09 11:30

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TECNICAS REGULADORAS DEL CONCURSO PARA LA CONTRATACIÓN DE UNA POLIZA DE ASISTENCIA PARA LOS FUNCIONARIOS INTEGRADOS (INGRESADOS CON ANTERIORIDADE Ó 31 DE MARZO DE 1993) PERTENECIENTES AL EXCMO. CONCELLO DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

I.- OBJETO.

1. El objeto del presente contrato es la contratación por parte del Excmo. Concello de Santiago de Compostela de una póliza de asistencia sanitaria para los funcionarios integrados, es decir, funcionarios ingresados con anterioridad a abril de 1993, así como para los beneficiarios o asimilados, con el adjudicatario asegurador, quien a través de sus servicios le proporcionará al colectivo asegurado:

a) Cónyuge: Siempre que conviva con el titular de la póliza (personal funcionario o laboral del Concello de Santiago).

b) Hijos: Siempre que vivan a expensas del titular y no tengan derecho a recibir la asistencia sanitaria de la Seguridad Social, u otra Mutualidad, a título propio. En el supuesto excepcional contemplado en los pliegos, será de cuenta del titular el 100% del importe de la prima.

c) Otros descendientes: Siempre que convivan con el titular, vivan a expensas del mismo y no tengan derecho a recibir la asistencia sanitaria de la Seguridad Social por otro título distinto.

d) Miembros de las uniones de hecho, si éstas están reguladas por disposición legal o por decisión del órgano competente y conste su inscripción en los oportunos registros.

2. Sin perjuicio de otras prestaciones determinadas en el presente pliego de prescripciones técnicas, dentro del objeto del contrato se incluyen las prestaciones médicas de asistencia primaria, atención especializada, prestaciones complementarias y servicios de información y documentación sanitaria, así como las prestaciones ortoprotésicas que serán las contempladas en catálogo de material ortoprotésico del Instituto Nacional de la Salud o vigente en cada momento, que podrán ser mejoradas por los licitadores en el concurso.

II.- DETERMINACION DE LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA SANITARIA A PRESTAR POR LA ASEGURADORA.

Las prestaciones se otorgarán, como mínimo, con la intensidad y extensión previstas en el Régimen General de la Seguridad Social, que esta facilita a través del Sistema Nacional de la Salud y que en la actualidad vienen recogidos en el RD 1030/2006, de 15 de septiembre.

<i>Dependencia</i> CON.- Negociado de Contratación de Obras e Servicios 54.- PLOBA		
<i>Documento</i> CONT11DS	<i>Expediente</i> CON/213/2009	<i>Fecha</i> 28-10-09 11:30

El nivel geográfico mínimo de prestación de los servicios de asistencia sanitaria complementaria al personal del Concello de Santiago y asimilado será, como mínimo, en cuanto a la asistencia sanitaria y a la asistencia quirúrgica y hospitalaria el de España y dispondrá de todos los medios precisos para la prestación de una asistencia sanitaria integral, formulando en sus propuestas el grado de extensión e intensidad de su prestación, debiendo contar, al menos, a título enunciativo y no limitativo, con los siguientes servicios:

Medicina Primaria

Medicina general: asistencia en consulta y a domicilio.

Pediatría y puericultura de zona: Para niños menores de 14 años. Asistencia en consulta.

Enfermería: Servicio de ATS/D.U.E. En consulta y a domicilio.

Urgencias: servicio permanente de urgencias que se prestará en el centro o centros propios o concertados de la aseguradora. La asistencia será domiciliaria siempre que el estado del enfermo lo requiera.

Especialidades médicas: alergología, anestesia y reanimación, angiología y cirugía vascular, cardiología, cirugía ano-rectal, cirugía cardiovascular, aparato digestivo, cirugía maxilo-facial, cirugía plástica y reparadora, cirugía torácica, dermatología, endocrinología y nutrición, hematología y hemoterapia, inmunología, medicina interna, medicina nuclear, nefrología, neonatología, neumología, neurocirugía, neurofisiología clínica, neurología, obstetricia y ginecología, odontología, oftalmología, oncología médica y radioterápica, psiquiatría, rehabilitación y fisioterapia, reumatología, tratamiento del dolor, traumatología y ortopedia y urología.

La ginecología incluirá la vigilancia del embarazo por médico tocólogo y asistencia en los partos, revisiones ginecológicas necesarias y planificación familiar (control del tratamiento con anovulatorios, colocación de DIU y su vigilancia, siendo de cuenta de la asegurada el coste del dispositivo).

Medios de diagnóstico: los medios de diagnóstico que se aportarán serán los siguientes:

Análisis clínicos: bioquímica, hematología, microbiología y parasitología.

Anatomía patológica: quirúrgica y citología.

Radiología: todo tipo de estudios radiográficos con fines diagnósticos.

Medios de diagnóstico de alta tecnología: arteriografía digital, ergometría, hemodinámica vascular, holter, medicina nuclear, amniocentesis y cariotipos, resonancia magnética nuclear y TAC.

Otros medios de diagnóstico: doppler, ecografía, electrocardiografía, electroencefalograma, electromiografía, espirometría y fibroendoscopia.

<i>Dependencia</i> CON.- Negociado de Contratación de Obras e Servicios 54.- PLOBA		
<i>Documento</i> CONTI1DS	<i>Expediente</i> CON/213/2009	<i>Fecha</i> 28-10-09 11:30

La utilización de los medios de diagnóstico o tratamiento indicados anteriormente, deberán ser prescritos por facultativos del cuadro médico de la entidad y serán por cuenta de la misma todos los elementos necesarios para la realización de pruebas de diagnóstico.

Hospitalización: La hospitalización será prestada en los centros propios de la aseguradora o concertados por la misma libremente elegidos por el beneficiario, como mínimo, bajo las siguientes condiciones:

Hospitalización obstétrica (Partos): En habitación individual con cama para un acompañante incluyendo los gastos de estancia y manutención de la parturienta, quirófano o sala de partos, anestesia (incluida la anestesia epidural), curas y su material, medicación e incubadora.

Hospitalización quirúrgica: En habitación individual con cama para un acompañante. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, quirófano, anestesia, medicación, curas y otros tratamientos necesarios serán a cargo de la aseguradora.

Correrá a cargo de la aseguradora la prescripción y colocación de todas las prótesis, tanto internas como externas, a excepción de las dentarías.

Hospitalización médica (sin intervención quirúrgica): Se realizará igualmente en habitación individual con cama para un acompañante.

Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamientos necesarios, serán a cargo de la aseguradora.

Hospitalización en UVI.: Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la aseguradora. Por su naturaleza no se incluye cama para acompañante. La duración del internamiento estará en función de si el proceso patológico que sufre el enfermo es o no reversible. En el caso de que el enfermo no sea recuperable en opinión del Jefe de la Unidad de Cuidados Intensivos, éste señalará el tiempo de permanencia del enfermo.

Hospitalización Psiquiátrica: Exclusivamente para los enfermos previamente diagnosticados por un especialista de la aseguradora de procesos agudos o crónicos en periodo de agitación, en régimen de internamiento o en hospitalización de día, con un límite de treinta días por año natural. Los gastos de estancia y manutención del enfermo, medicación y tratamiento serán a cargo de la aseguradora.

Tratamientos especiales:

Aerosol terapia-ventilo terapia.

Oxigenoterapia ambulatoria y a domicilio.

Trasfusiones de sangre y/o plasma.

<i>Dependencia</i> CON.- Negociado de Contratación de Obras e Servicios 54.- PLOBA		
<i>Documento</i> CONTI1DS	<i>Expediente</i> CON/213/2009	<i>Fecha</i> 28-10-09 11:30

Foniatría. Exclusivamente como rehabilitación en intervenciones mayores de laringe.

Láser terapia.

Nucleotomía percutánea.

Quimioterapia y cobaltoterapia oncológicas: En régimen de internamiento o en hospitalización de día. La aseguradora asumirá los gastos de medicamentos citostáticos que se expendan en el mercado nacional y estén autorizados por el Ministerio de Sanidad.

Electro radioterapia: radioterapia superficial y profunda, onda corta, rayos infrarrojos, rayos ultravioletas y corrientes eléctricas.

Los tratamientos anteriores, en todos los casos, han de ser prescritos por médicos de la aseguradora que tengan a su cargo la asistencia del asegurado, asistencia que ha de estar cubierta por la prestación.

Otros servicios:

Ambulancia: Para el traslado de los enfermos cuyo estado físico lo requiera. El seguro cubre el desplazamiento del asegurado desde su domicilio al sanatorio o viceversa para ingreso hospitalario o asistencia de urgencia. También se prestará este servicio cuando en asegurado tenga que asistir a sesiones de rehabilitación y otras y no pueda desplazarse por sus propios medios. Será necesaria la prescripción de un médico de la aseguradora, salvo en caso de urgencia.

Matronas: En la asistencia hospitalaria al parto.

La entidad aseguradora, para la prestación de los servicios de asistencia sanitaria complementaria al personal del Concello de Santiago previstos en esta cláusula, dispondrá, al menos, en la Ciudad de Santiago de los siguientes medios:

Facultativos dependientes de la entidad, vinculados a la misma por cualquier tipo de relación laboral o civil.

Centros, instalaciones o establecimientos propios de la entidad.

Centros y medios de otras entidades concertadas y que se adscriben a los fines del contrato.

Cualquier otro no mencionado en la lista anterior y que se encuentre incluido en las prestaciones del Sistema Nacional de Salud.

3. Las prestaciones, con el nivel geográfico estipulado, se otorgarán, como mínimo, con la intensidad y extensión previstas en el Régimen General de la Seguridad Social, que ésta facilita a través del Sistema Nacional de la Salud según Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, sin

<i>Dependencia</i> CON.- Negociado de Contratación de Obras e Servicios 54.- PLOBA		
<i>Documento</i> CONTI1DS	<i>Expediente</i> CON/213/2009	<i>Fecha</i> 28-10-09 11:30

que el Asegurado precise abonar cantidad complementaria alguna para recibir la misma prestación sanitaria pública. **No se incluirá y, por tanto, no se aceptará ninguna exclusión de cobertura distinta de las admitidas por el Régimen General de la Seguridad Social, prevaleciendo esta cláusula ante cualquiera otra que figure en el condicionado de la aseguradora adjudicataria del contrato.**

En cualquier caso, deberá respetarse la cobertura que en la actualidad se presta a los asegurados del Concello de Santiago de Compostela.

4. No será de aplicación ningún período de carencia, exclusión por enfermedades preexistentes, ni de franquicia .

5. La materialización de las prestaciones se realizará con los medios disponibles de la Compañía adjudicataria del concurso, o con aquellos concertados con ésta, en los términos y condiciones previstos en el presente Pliego de Prescripciones Técnicas y de Cláusulas Administrativas Particulares y en la proposición del adjudicatario aceptada por la Administración. En cualquier caso, para la asistencia especializada ambulatoria la empresa garantizará un mínimo de dos (2) especialistas por cada una de las especialidades, y para la atención primaria, un mínimo de seis (6) médicos de medicina de familia o general, dos (2) pediatras, dos (2) centros de fisioterapia, dos (2) matronas y cuatro (4) Diplomados en Enfermería, todo ello, al menos, en el municipio de Santiago.

6. En el caso de atención a la salud mental para el acceso a la atención por psicólogo será necesario únicamente la prescripción de un médico de la entidad.

En el supuesto de que un funcionario o beneficiario precisase asistencia sanitaria en un Municipio donde no exista algún facultativo de atención primaria (medicina general, pediatría o enfermería de la aseguradora), se garantizará la posibilidad de que el titular o beneficiario de la póliza sea atendido en la consulta privada de otro facultativo de atención primaria, o bien en el Centro de Salud o consultorio periférico del Instituto Nacional de la Salud, a elección del paciente, debiendo de responsabilizarse la aseguradora que resulte adjudicataria de este concurso del pago de dicha consulta.

III.- RIESGOS EXCLUIDOS

Únicamente quedarán excluidos, en intensidad y extensión, de la cobertura de la póliza, y siempre que no sean prestados por el Régimen General de la Seguridad Social y en las mismas condiciones, los riesgos que la Aseguradora relacione expresamente en su propuesta y sean aceptados por la Administración para su inclusión en el contrato.

<i>Dependencia</i> CON.- Negociado de Contratación de Obras e Servicios 54.- PLOBA		
<i>Documento</i> CONTI1DS	<i>Expediente</i> CON/213/2009	<i>Fecha</i> 28-10-09 11:30

IV.- FORMA DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO.

La asistencia sanitaria y la asistencia hospitalaria se prestará, como mínimo, en todo el territorio nacional y será de libre elección para el asegurado dentro del cuadro de médicos de familia, especialistas y centros sanitarios hospitalarios, propios o concertados por la aseguradora, quien deberá comprometer expresamente el mantenimiento del cuadro propuesto y aceptado, con el mismo grado de intensidad, número y similar preparación durante toda la vigencia del contrato.

La prestación tendrá lugar en la forma siguiente:

- 1) El asegurado podrá elegir libremente para su asistencia a cualquiera de los médicos que realizan, dentro del cuadro médico de la aseguradora o concertados, las prestaciones sanitarias incluidas en el contrato. Con independencia de lo anterior, se podrá elegir dentro del cuadro médico de la aseguradora al médico general o de familia y, en su caso, al pediatra que se desee como responsable/es de la atención familiar. Esta adscripción se podrá modificar a voluntad del asegurado, bastando una simple comunicación a la aseguradora.
- 2) La visita domiciliaria de medicina general, pediatría, puericultura y ATS/DUE, se solicitará, para los enfermos que no puedan desplazarse a la consulta y será dispensada a la mayor brevedad posible y siempre dentro del plazo máximo de ocho (8) horas.
- 3) El asegurado debe exhibir la tarjeta o documento sanitario personal que le acredite como titular o beneficiario de la póliza de asistencia sanitaria.
- 4) La asistencia hospitalaria será prestada en los centros propios o concertados de la aseguradora que podrá ser elegido libremente por el asegurado. El ingreso se efectuará por cualquier médico de la aseguradora y durará en tanto que el criterio médico así lo entienda. La autorización inicial de ingreso no necesitará prórroga alguna y el alta será comunicada a la aseguradora por el propio centro.
- 5) Los servicios de atención primaria incluirán de forma específica las vacunaciones del niño/a y del adulto, la atención a pacientes con VIH-SIDA y los tratamientos fisioterapéuticos básicos, y la Ley 16/2003, de 28 de mayo de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud Así mismo, la atención primaria de urgencia se prestará a las personas de cualquier edad, de forma continuada, durante las veinticuatro horas del día, mediante la atención médica y de enfermería en régimen ambulatorio o en el domicilio del paciente

V.- OBLIGACIONES, DEBERES Y FACULTADES DEL ASEGURADOR Y ASEGURADO.

- 1.- El adjudicatario queda obligado a prestar el servicio con estricta sujeción a las estipulaciones contenidas en los pliegos de cláusulas administrativas particulares y de prescripciones técnicas que sirven de base a este contrato, poniendo a disposición del personal que quede adscrito a la misma los servicios precisos para la prestación de la asistencia sanitaria o, en su defecto y por causas

<i>Dependencia</i> CON.- Negociado de Contratación de Obras e Servicios 54.- PLOBA		
<i>Documento</i> CONTI1DS	<i>Expediente</i> CON/213/2009	<i>Fecha</i> 28-10-09 11:30

debidamente justificadas, a asumir o reintegrar los gastos ocasionados a los beneficiarios por la utilización de otros medios necesarios para tal asistencia.

2.- El adjudicatario queda obligado al estricto cumplimiento de cuantas disposiciones de carácter laboral o fiscal sean de aplicación al contrato.

3.- El adjudicatario tiene derecho al pago del precio o primas convenidos. El pago se efectuará previa presentación a través del Registro General de factura por el importe correspondiente, y que deberá ser conformada por el servicio de Personal del Concello. La factura mensual correspondiente al pago como contraprestación a los servicios prestados por el contratista tendrá en cuenta el número de titulares y beneficiarios existentes a las cero horas del día 1 del mes de que se trate. El Concello de Santiago facilitará mensualmente al contratista, en el supuesto de que se produzcan, antes del día 20 de cada mes, relación de altas y bajas de titulares y beneficiarios con indicación del colectivo total adscrito a la aseguradora referida a las cero horas del primer día del mes que tenga que surtir efectos.

4.- El asegurado tiene derecho a elegir libremente el centro hospitalario de entre los propios o concertados por la aseguradora, siendo de cuenta de la aseguradora los gastos sanitarios ocasionados, sin límite de cobertura ni de franquicias. En el supuesto de no poder hacerse cargo de los gastos directamente la aseguradora, por la razón que fuera, el asegurado tendrá derecho al reembolso de todos los gastos ocasionados, debidamente justificados con los justificantes originales e informe clínico en el que se hagan constar los antecedentes, tipo de dolencia o intervención sufrida y su evolución. El reintegro se hará en el menor plazo de tiempo posible que nunca será superior a seis meses, incrementándose con el interés legal a partir de los dos meses de formulada la reclamación.

5.- El titular asegurado viene obligado a facilitar a través del Concello de Santiago los datos personales de los beneficiarios, el domicilio y los cambios de éste.

6.- La aseguradora vendrá obligada a entregar a cada titular asegurado, de forma gratuita, el documento o documentos que le acrediten como beneficiario de la asistencia médica y hospitalaria, así como la documentación impresa de que disponga para conocimiento del cuadro de facultativos, catálogo de servicios, centro o centros permanentes de atención, hospitales y clínicas con sus direcciones, horarios de consulta de los facultativos, servicios de información, urgencias, asistencia ambulatoria, etc.

7.- Los hijos recién nacidos tendrán derecho a ser incluidos en la póliza del titular (padre o madre) desde el momento del nacimiento, debiendo comunicar tal circunstancia al Concello en la forma y plazo que se establezca para ser incluido en las altas correspondientes al mes siguiente al de su nacimiento.

8.- Si algún asegurado se encontrara hospitalizado la comunicación efectuada por la aseguradora oponiéndose a la prórroga de la póliza no surtirá efectos respecto de dicho asegurado / os hasta la fecha en que obtuviera el alta hospitalaria.

<i>Dependencia</i> CON.- Negociado de Contratación de Obras e Servicios 54.- PLOBA		
<i>Documento</i> CONTI1DS	<i>Expediente</i> CON/213/2009	<i>Fecha</i> 28-10-09 11:30

VI.- PROCEDIMIENTO PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS.

La prestación de los servicios se atenderá básicamente a las siguientes reglas:

Los beneficiarios deberán manifestar su condición de tales para recibir la asistencia, acreditándolo con la debida documentación.

En la asistencia sanitaria que se contrata rige el principio de libertad de elección de facultativos de entre los que figuren en el cuadro médico, propio o concertado, de la aseguradora.

La asistencia se prestará normalmente en el lugar de consulta que figure en el cuadro de la aseguradora, salvo que, a causa de la enfermedad, el beneficiario no pueda acudir a la consulta, en cuyo caso recibirá la asistencia, tanto médica como de ATS, en su domicilio.

Eliminación de los periodos de carencia para todo tipo de internamiento – médico, quirúrgico y psiquiátrico – y tratamientos que requieran visado.

Servicio de urgencia permanente de médicos de medicina general, pediatría y ATS (practicantes), incluso en domingos y festivos a domicilio.

Urgencias médicas, quirúrgicas, traumatológicas, coronarias, tocoginecológicas, pediátricas y psiquiátricas permanentes.

Servicio de asistencia completa en toda España para todo tipo de prestaciones, de acuerdo con las contratadas en las pólizas suscritas.

Existencia de un departamento de solicitudes y reclamaciones donde el asegurado pueda exponer sus problemas con respecto a la asistencia solicitada, si los hubiere.

Existencia a disposición de los asegurados de un asesor médico, cuya función esté encaminada a aclarar y aconsejar en todo momento a los beneficiarios.