

III. OTRAS DISPOSICIONES

MINISTERIO DE LA PRESIDENCIA Y PARA LAS ADMINISTRACIONES TERRITORIALES

- 4115** *Resolución de 21 de marzo de 2018, de la Subsecretaría, por la que se publica el Convenio entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma y la integración de la información.*

El Director General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y la Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, han suscrito, con fecha 26 de enero de 2018, un Convenio para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma y la integración de la información.

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, 21 de marzo de 2018.—El Subsecretario de la Presidencia y para las Administraciones Territoriales, José María Jover Gómez-Ferrer.

ANEJO

Convenio entre la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado y el Instituto Nacional de la Seguridad Social, para el aseguramiento del acceso a la asistencia sanitaria en territorio nacional a los beneficiarios de la misma y la integración de la información

En Madrid, a 26 de enero de 2018.

COMPARECEN

De una parte, don Antonio Sanchez Díaz, Director General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), nombrado por Real Decreto 710/2016, de 23 de diciembre, actuando en nombre y representación de la mencionada Mutualidad, en uso de las facultades que le confiere el artículo 11.2.K) del Real Decreto 577/1997, de 18 de abril, por el que se establece la estructura de los Órganos de Gobierno, Administración y Representación de la MUFACE.

De otra parte, doña Paula Roch Heredia, Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, INSS), de acuerdo con el nombramiento para el cargo efectuado por Real Decreto 417/2017, de 21 de abril, en función de su cargo y en ejercicio de las facultades que le son atribuidas por el artículo 5 del Real Decreto 2583/1996, de 13 de diciembre.

Ambas partes, en la representación que ostentan, reconociéndose mutua capacidad para obligarse y convenir,

EXPONEN

Primero.

El Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado,

establece como mecanismo de cobertura de dicho régimen el mutualismo administrativo, cuya gestión atribuye a la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE).

La acción protectora de MUFACE incluye la prestación de asistencia sanitaria derivada de enfermedad común o profesional y las lesiones ocasionadas por accidente común o en acto de servicio o como consecuencia de él, sea por accidente o riesgo específico del cargo, así como el embarazo, el parto y el puerperio, y, conforme al artículo 17 de la Ley, podrá ser facilitada a su colectivo protegido bien directamente o por conciertos con otras entidades o establecimientos públicos o privados, preferentemente con instituciones de la Seguridad Social.

Por su parte, el artículo 77 del Real Decreto 375/2003, de 28 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento General del Mutualismo Administrativo (RGMA), establece que los conciertos estipularán los derechos y obligaciones recíprocos de las partes, así como las modalidades, forma, condiciones de la asistencia y las causas por las que ésta se prestará a los beneficiarios con derecho a ella, y que cuando la asistencia se facilite mediante concierto, los mutualistas podrán elegir, bien en el momento de la afiliación o alta, bien dentro del periodo que se señale al efecto, la entidad o establecimiento público o privado a través del cual hayan de recibir la prestación de dicha asistencia.

Segundo.

De conformidad con lo previsto en el artículo 3 bis. 1 y 2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, el reconocimiento y control de la condición de asegurado del Sistema Nacional de Salud o de beneficiario del mismo corresponderá al Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, al Instituto Social de la Marina. Una vez reconocida la condición de asegurado o de beneficiario del mismo, el derecho a la asistencia sanitaria se hará efectivo por las administraciones sanitarias competentes, que facilitarán el acceso de los ciudadanos a las prestaciones de asistencia sanitaria mediante la expedición de la tarjeta sanitaria individual.

Por su parte, el artículo 3.6 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, establece en su párrafo tercero que las personas encuadradas en las mutualidades de funcionarios que hayan optado por recibir la asistencia sanitaria a través de los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud, «serán adscritas a dichos servicios como asegurados o beneficiarios mutualistas, con derecho a la asistencia en los centros sanitarios del Servicio Nacional de Salud. Los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas y el INGESA facilitarán a las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales de la Seguridad Social gestionados por las mutualidades de funcionarios que hubieran sido adscritas a sus correspondientes servicios de salud, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud, que se financiará conforme a lo previsto en el artículo 10, con la única salvedad de la prestación farmacéutica a través de receta médica en oficinas de farmacia».

La prestación sanitaria facilitada a los mutualistas citados por los Servicios Públicos de Salud, se ajustará a las normas legales y de procedimiento que rijan en el ámbito de dichos servicios.

Por su parte, en el artículo 10.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud se establece que las prestaciones establecidas en la citada Ley son responsabilidad financiera de las Comunidades Autónomas, de conformidad con los acuerdos de transferencias y el vigente sistema de financiación autonómica, debiendo destinar a la financiación de dichas prestaciones los mínimos previstos en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre.

Tercero.

El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, establece en su disposición

adicional séptima, apartado 2, que el reconocimiento y control de la condición de mutualista o beneficiario en los regímenes especiales de funcionarios corresponde a cada mutualidad administrativa, conforme a su normativa específica; estableciéndose, en su apartado 3, que «las mutualidades y el Instituto Nacional de la Seguridad Social o, en su caso, el Instituto Social de la Marina, establecerán los mecanismos de colaboración y coordinación necesarios para evitar la duplicidad de derechos propios o derivados cuando éstos sean incompatibles, así como para asegurar el acceso al sistema sanitario público al colectivo mutualista que haya optado por esa modalidad de asistencia sanitaria».

Precepto que impone a la partes la obligación de dotarse de diversos mecanismos o herramientas de colaboración con dos finalidades: de un lado, asegurar el acceso a la asistencia en los centros sanitarios de los servicios públicos de salud y del INGESA a aquellos mutualistas y beneficiarios que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de los servicios públicos del Sistema Nacional de Salud y, de otro, controlar y evitar la duplicidad de derechos incompatibles.

En virtud a este mandato legal, en una primera fase, se establecieron los mecanismos de colaboración necesarios para integrar en la base de datos de aseguramiento sanitario (BADAS), gestionada por el INSS, al colectivo de mutualistas y beneficiarios que hayan optado por recibir asistencia sanitaria a través de los servicios públicos de salud. En una segunda fase se pretende culminar este proceso de colaboración, integrando en «BADAS» al colectivo de mutualistas con cobertura privada, lo que permitirá la detección, a tiempo real, de duplicidades de derechos incompatibles, propios y derivados.

Y, atendiendo a todo lo expuesto, ambas partes deciden suscribir el presente convenio, que se regirá por las siguientes

CLÁUSULAS

Primera. *Ámbito subjetivo.*

El ámbito subjetivo de aplicación del presente Convenio afecta a todo el colectivo de mutualistas y beneficiarios del Mutualismo Administrativo, independientemente de que el acceso a la atención sanitaria sea a través de proveedores privados o a través del sistema sanitario público.

Segunda. *Objeto.*

El presente convenio tiene por objeto establecer el procedimiento de incorporación de la información básica de todo el colectivo de mutualistas y beneficiarios protegidos por el Régimen del Mutualismo Administrativo al módulo correspondiente de la base de datos de aseguramiento sanitario ya existente «BADAS», gestionada por el INSS, o la que en el futuro pudiera sustituirla.

Asimismo, respecto del colectivo protegido por MUFACE que ha optado por la percepción de la asistencia sanitaria del artículo 16.a) de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado a través del sistema sanitario público, conforme a los instrumentos del artículo 17.1 de la misma Ley, el establecimiento del procedimiento de adscripción al mismo.

Tercera. *Comunicación de los datos.*

La incorporación de la información básica del colectivo protegido por el Régimen del Mutualismo Administrativo al correspondiente módulo de la base de datos de aseguramiento sanitario «BADAS» se realizará mediante una carga inicial de la información obrante en el fichero «colectivo de MUFACE», correspondiente a los titulares y beneficiarios de alta en ese momento en el Régimen del Mutualismo Administrativo, a efectuar a lo largo del primer trimestre de 2018 y, en todo caso, antes del 31 de marzo.

La actualización de la información inicialmente cargada en «BADAS» se realizará mediante la comunicación diaria al INSS por parte de MUFACE de las altas, bajas y variaciones en los datos de los titulares y beneficiarios de la asistencia sanitaria del citado régimen.

Al margen de lo anterior el INSS proporcionará a MUFACE los accesos y las transacciones que permitan a esta mutualidad gestionar directamente en «BADAS» las altas, bajas y modificaciones de la cobertura sanitaria del colectivo mutualista afectado, y le faciliten el control y seguimiento de su derecho.

Una vez incorporada esta información a la base de datos de aseguramiento sanitario «BADAS», desde el INSS se procederá a su traslado a la base de datos de la Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) del Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, al objeto de la asignación del Código del Sistema Nacional de Salud («Código SNS») a los beneficiarios de la asistencia sanitaria que carecieran del mismo. Código que se incorporará a la base de datos de aseguramiento sanitario y desde donde revertirá a MUFACE.

Cuarta. Tratamiento especial a los mutualistas y beneficiarios que hayan optado por recibir la prestación de asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público.

Respecto de los mutualistas, así como el resto de titulares de derecho, y sus beneficiarios, que opten por recibir la prestación de asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público, se procederá a su adscripción sanitaria al Servicio de Salud de su Comunidad Autónoma de residencia, a través del procedimiento de actuación definido en la presente cláusula:

1.º Momento en que se produce la adscripción:

Esta adscripción se producirá en el momento de la afiliación o alta inicial en MUFACE, o bien, en un momento posterior:

– Cuando se produzca un traslado de domicilio del mutualista o titular del derecho que suponga variación de la provincia de residencia.

– Cuando así lo solicite el mutualista o titular de derecho durante el periodo de cambio ordinario.

A tal efecto, a lo largo de cada año de vigencia del convenio se abrirán dos periodos de cambio ordinario, correspondiéndose con los meses de enero y junio. Únicamente podrá formularse una solicitud por cada periodo ordinario de cambio.

– Cuando así se resuelva por la Dirección General de MUFACE, previo informe preceptivo y vinculante de la Comisión Paritaria prevista en la cláusula sexta del presente Convenio, con carácter extraordinario y por razones de tal índole, cuya concreción se efectúa en el anexo del presente Convenio, que podrá ser objeto de actualización mediante los correspondientes acuerdos de la Comisión Paritaria prevista en la citada cláusula sexta. En este caso, el mutualista o titular deberá permanecer adscrito al sistema sanitario público un mínimo de dos años.

2.º Comunicación de la adscripción:

La actualización de la información en «BADAS» se realizará mediante la comunicación diaria al INSS por parte de MUFACE de las altas, bajas y variaciones en los datos de los titulares y beneficiarios de la asistencia sanitaria con cobertura pública.

Al margen de lo anterior, el INSS proporcionará a MUFACE los accesos y las transacciones que permitan a esta mutualidad gestionar directamente en «BADAS» las altas, bajas y modificaciones de la cobertura sanitaria del colectivo mutualista afectado, y le faciliten el control y seguimiento de su derecho.

Por parte del INSS se comunicarán diariamente las altas, bajas y variaciones de datos a los Servicios de Salud de la Comunidad Autónoma de residencia de los titulares y beneficiarios (y, en su caso, al INGESA) a través del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, al objeto de que estos últimos puedan hacer efectivo, a través de los citados Servicios, su derecho a la asistencia sanitaria.

3.º Efectos de las altas y bajas:

La efectividad del derecho a la asistencia sanitaria derivada de las altas y bajas de los titulares y beneficiarios que hayan optado por recibir la prestación de asistencia sanitaria a través del sistema sanitario público, se producirá desde la fecha de efectos del derecho reconocido por MUFACE, establecida en su comunicación.

Quinta. *Régimen económico.*

Este Convenio no comporta obligaciones económicas entre las partes firmantes.

Sexta. *Comisión paritaria.*

Para la solución de las discrepancias que pudieran surgir en la implantación y aplicación del presente Convenio, se establece una Comisión Paritaria, que estará integrada por cuatro miembros, dos de los cuales serán nombrados por la persona titular de la Dirección general del Instituto Nacional de la Seguridad Social y otros dos por la persona titular de la Dirección general de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, determinándose por la propia Comisión quienes desempeñaran las funciones de Presidente y Secretario.

Entre las competencias de esta Comisión Paritaria, estará la adopción, en su caso, de nuevos criterios para los cambios extraordinarios por razones médico hospitalarias.

En caso de no solventarse las discrepancias en el seno de la Comisión Paritaria, se elevarán al Secretario de Estado para la Seguridad Social y al Secretario de Estado de Función Pública, respectivamente, a efectos de que por acuerdo de los mismos se determine la actuación a seguir.

De no alcanzarse solución o acuerdo a través de esta vía, la resolución de la cuestión o cuestiones litigiosas surgidas se someterán a la Jurisdicción Contencioso-Administrativa.

Séptima. *Duración.*

El presente Convenio entrará en vigor una vez inscrito en el Registro Electrónico Estatal de Órganos e Instrumentos de Cooperación del Sector Público Estatal y publicado en el Boletín Oficial del Estado y será válido por cuatro años, pudiendo prorrogarse por acuerdo expreso de las partes, por igual periodo, antes de la fecha en que finalice su vigencia.

Octava. *Modificación.*

El presente Convenio podrá modificarse por acuerdo unánime de las partes.

Novena. *Extinción y resolución.*

El convenio se extinguirá por el cumplimiento de las actuaciones que constituyen su objeto o por incurrir en causa de resolución.

El presente Convenio quedará resuelto en los siguientes supuestos:

1. Por el transcurso del plazo de vigencia del convenio sin haberse acordado la prórroga del mismo.
2. Por mutuo acuerdo de las partes.
3. Por imposibilidad justificada de realizar el objeto del convenio.
4. Por incumplimiento de las obligaciones y compromisos asumidos en virtud del presente convenio por una de las partes. En este caso, la parte interesada deberá notificar a la otra parte la existencia del incumplimiento. La parte incumplidora deberá, en un plazo de 30 días hábiles, subsanar el incumplimiento denunciado o justificar debidamente el incumplimiento.

El incumplimiento citado será comunicado a la Comisión paritaria prevista en la Cláusula Sexta.

Transcurrido este plazo, si persiste el incumplimiento, la parte interesada notificará a la otra parte la concurrencia de la causa de resolución y se entenderá resuelto el convenio, sin lugar a indemnización u otros efectos.

5. Por la denuncia de cualquiera de los firmantes. Esta denuncia deberá realizarse por escrito, expresando las causas que la motivan y notificarse a la otra parte con una antelación mínima de tres meses, de tal forma que puedan finalizarse adecuadamente las actuaciones en curso en el momento de la citada notificación.

6. Por decisión judicial declaratoria de la nulidad del convenio.

7. Por cualquier otra causa distinta de las anteriores prevista en el convenio o en otras leyes.

Décima. *Naturaleza jurídica.*

El presente Convenio tiene naturaleza administrativa, conforme a lo dispuesto especialmente para los convenios en el Capítulo VI de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

De conformidad con lo previsto en el artículo 4.1.c) del Texto Refundido de la Ley de Contratos del Sector Público aprobado por Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, está excluido del ámbito de aplicación de la misma.

Y en prueba de conformidad, se formaliza y se firma el presente Convenio por duplicado ejemplar y a un solo efecto, en el lugar y la fecha indicados en el encabezamiento.—El Director General de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado, Antonio Sánchez Díaz.—La Directora General del Instituto Nacional de la Seguridad Social, Paula Roch Heredia.

ANEXO

Criterios para el cambio extraordinario por razones médico hospitalarias

1. Cuando el cambio se solicite para que el paciente sea tratado en una unidad concreta constituida en un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público que sea de carácter multidisciplinar o de alta especialización en una patología determinada, siempre que la Entidad concertada no disponga de una unidad análoga en el mismo ámbito territorial de ubicación del centro público. En cualquier caso, se excluyen aquellas unidades que hayan sido designadas por el Comité de Designación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia del SNS y que son publicadas mediante resolución del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

2. Cuando el cambio se solicite por el modelo asistencial público y además se trate de alguno de los siguientes supuestos:

- a) Pacientes con patología psiquiátrica.
- b) Personas mayores, o con discapacidad o en situación de dependencia que se encuentren en Centros Residenciales públicos o concertados por los servicios sociales.
- c) Pacientes que precisen atención en cuidados paliativos en el ámbito domiciliario.

3. Cuando el cambio se solicite para la atención en centros sanitarios públicos, de menores que hayan sido diagnosticados de patologías graves, así como mujeres cuyo embarazo haya sido calificado mediante informe médico como de alto riesgo y que la Entidad Concertada no tenga la obligación de hacerse cargo de dicha atención en medios públicos por aplicación del correspondiente Convenio.

4. Pacientes incluidos o susceptibles de ser incluidos en un ensayo clínico, o sometidos a una técnica o procedimiento en fase experimental, que se realice en un centro hospitalario del Sistema Sanitario Público.

5. Pacientes que tengan diagnosticada una enfermedad rara, entendiéndose ésta como una de las que figuran en las clasificaciones oficiales de enfermedades raras, que suelen afectar a un número limitado de población.

6. Pacientes con una patología grave y que, por haberse dado una situación de doble afiliación, por causas no imputables a ellos, deban causar baja en un Régimen por el cual venía recibiendo la asistencia sanitaria a través de los medios de la Red Sanitaria Pública, y soliciten en base a ello el cambio al INSS.

7. Pacientes con patologías graves, en las que el paciente elige un determinado Centro Público motivado por la confianza médico-paciente, necesaria para desarrollar el correcto tratamiento de la enfermedad, debiéndose acreditar este extremo mediante informe médico emitido por el facultativo encargado del tratamiento en la Red Sanitaria Pública.

Los expedientes en los que no concurra ninguno de estos supuestos serán resueltos directamente por la Dirección General de MUFACE, sin someterse previamente a la consideración de esta Comisión.