

Benvolgut/benvolguda,

Com ja hem informat en el seu moment, UNESPA ha procedit a denunciar en temps i forma el *CONVENIO MARCO DE ASISTENCIA SANITARIA DERIVADA DE ACCIDENTES DE TRÁFICO PARA LOS EJERCICIOS 2010-2011-2012 (Sector Privado)* i, per tant, aquest ha deixat d'estar vigent a data 1 de gener de 2013.

Ja des de la referida denúncia del conveni s'han iniciat negociacions per assolir-ne un de nou a dia d'avui sense èxit; segueixen les negociacions i esperem que arribin a terme de manera adequada en el mes breu termini possible, tot i que això no ens ha de fer oblidar que la demora que ens ha portat a superar la data d'1 de gener de 2013 sense haver assolit un acord es deu, en bona part, al comportament de la part representant de les entitats asseguradores. En aquest sentit també cal dir que hi ha hagut una negativa ferma per part d'UNESPA a establir un règim transitori per tractar la facturació derivada d'aquestes assistències mentre no s'assolia un nou acord.

Arribats a aquest punt, i com molts de vosaltres ja haureu comprovat, per part d'UNESPA s'ha procedit a bloquejar el funcionament de l'aplicatiu CAS per totes aquelles assistències que s'han generat en el seu fet primari (accident) a partir de l'1 de gener, impedit, per tant que les entitats sanitàries ni tant sols puguin comunicar els sinistres a les companyies asseguradores. Aquesta mesura no pretén altre cosa que pressionar a les entitats sanitàries en el context de negociació del nou conveni; es tracta, per tant, d'una mesura poc lleial.

L'escenari actual del procés negociador del nou conveni no ens permet garantir que assolit aquest es puguin contemplar mesures de caràcter retroactiu per tal de recuperar dins de l'àmbit d'aplicació del conveni la facturació d'aquelles assistències generades a partir de sinistres ocorreguts durant el període que va de l'1 de gener i la data de signatura del nou conveni. Des de les associacions d'entitats sanitàries intentarem les dues coses: assolir un conveni just i que aquest recuperi aquesta facturació actualment fora de conveni.

En aquest context, des de les associacions d'entitats sanitàries creiem convenient plantejar pautes de conducta als nostres associats davant la situació produïda, considerant els següents condicionants:

- a. La situació actual de *no conveni* suposa que els centres sanitaris han de procedir a reclamar el pagament de les factures a aquells obligats a assumir-lo; és a dir, el propi usuari receptor de l'assistència o als responsables del pagament (per responsabilitat en l'accident o per obligació contractual amb l'accidentat –entitats asseguradores-).
- b. Els centres sanitaris no veuen limitada la seva facturació a cap mena de tarifa de les previstes al conveni, i per tant es pot facturar a tarifa privada.
- c. El conveni extingit en data 31/12/2012 era, com el seu nom indica, un conveni marc, i per tant no impedeix que entre els centres sanitaris i les entitats asseguradores, ni que sigui transitòriament, s'assoleixin acords basats en el seu articulat o en els seus eixos centrals.

Davant d'aquesta situació i amb aquests condicionants, des de les patronals sanitàries suggerim a les entitats associades un mode de comportament adreçat a procurar la salvaguarda dels interessos dels centres sanitaris i la seva sostenibilitat econòmica i a permetre que aquests mantinguin el nivell d'assistència als ciutadans concernits. El mode d'actuació es concreta en dues fases:

1. Produïda una primera assistència, com a conseqüència d'un accident succeït a partir de l'1 de gener, es procedirà a comunicar el sinistre seguint exactament les mateixes pautes seguides fins ara, si bé, al no poder usar l'aplicatiu CAS, aquesta comunicació es farà pel mateix mètode utilitzat abans de la implementació de l'esmentat aplicatiu. A aquesta comunicació s'hi acompanyarà una carta model que adjuntem, en la que es manifestarà a la Companyia asseguradora que malgrat la no vigència del Conveni Marc, amb caràcter transitori i mentre no es tanca un nou acord, el centre sanitari seguirà entenent vigents les condicions del Conveni extingit amb caràcter bilateral (centre-asseguradora) tal com permet el propi conveni extingit i, per tant, seguirà actuant en conseqüència i en tot cas comproment-se a regularitzar totes les situacions generades fins a l'assoliment d'un nou conveni, en el cas de que el nou conveni reculli condicions diferents i no prevegi altre forma de regularitzar els sinistres succeïts a partir de l'1 de gener. Caldrà advertir en aquesta comunicació que si la companyia asseguradora no accepta la comunicació del sinistre o simplement rebutja la proposta d'actuació transitòria plantejada, el centre sanitari es veurà alliberat de qualsevol mena de compromís, tant pel que fa a les tarifes a aplicar a les factures com pel que fa al subjecte passiu de la seva reclamació judicial del seu pagament.
2. Transcorregut el termini de 30 dies des de la comunicació sense resposta activa per part de la asseguradora, o rebutjat el plantejament formulat de manera expressa, es podrà iniciar un procediment de reclamació que es pot iniciar front l'asseguradora si optem pel criteri de culpa, o davant del propi accidentat, plantejament perfectament vàlid en dret; davant d'aquesta eventualitat futura, aconsellem que s'informi als accidentats, en el moment de l'alta, del fet que el Centre sanitari es pot veure abocat a facturar-li l'assistència directament atès que la companyia asseguradora no es fa càrrec pels carrils convencionals del pagament (amb lliurament d'una factura proforma i una nota informativa).

Cordialment.



Ramon Cunillera
Director General
CSC



Helena Ris
Directora general
UCH

Barcelona, 18 de gener del 2013