



Instrución: 7/2014	Data: 1 de setembro de 2014
--------------------	-----------------------------

Asunto: Regulación do prazo e procedemento mediante o que os beneficiarios da Seguridade Social asignados á area de POVISA poidan elixir libremente ao provisor de asistencia sanitaria especializada.

Orixe: Xerencia do Servizo Galego de Saúde.

Ámbito: Servizo Galego de Saúde.

O Servizo Galego de Saúde, formalizou, con data 1 de setembro de 2014, un novo concerto coa entidade Policlínica Vigo, S.A., para a prestación dos servizos de asistencia sanitaria especializada incluídos na súa carteira de servizos á poboación, beneficiaria da Seguridade Social e protexida polo Servizo Galego de Saúde, que libremente o elixan, asignada aos centros de saúde dos Concellos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar e aqueles outros que a administración determine do Concello de Vigo.

Na cláusula 1.2 do prego de prescricións técnicas particulares deste concerto, establécese que a Xerencia do Servizo Galego de Saúde, por resolución, establecerá o procedemento e o prazo para que os beneficiarios da Seguridade Social que ten a obriga de protexer poidan elixir libremente ao provisor de asistencia sanitaria especializada.

De acordo con iso, co obxecto de regular o prazo e o procedemento mediante o que os beneficiarios da Seguridade Social asignados á area de POVISA poidan elixir libremente ao provisor de asistencia sanitaria especializada, dítanse as seguintes,

INSTRUCCIÓNS

Primeira.- Obxecto.

Esta instrución ten por obxecto regular o prazo e procedemento mediante o que os beneficiarios da Seguridade Social asignados á area de POVISA poidan elixir libremente ao provisor de asistencia sanitaria especializada.

Segunda.- Titulares do dereito de elección.

Poderán solicitar a inclusión no Complexo Hospitalario Universitario da Estrutura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo como provisor de asistencia sanitaria especializada, os beneficiarios da Seguridade Social dos centros de saúde dos Concellos de Cangas do Morrazo, Moaña, Baiona, Nigrán, Gondomar e do Concello de Vigo que actualmente están asignados á area de POVISA.

Non será necesaria a realización de ningunha solicitude para aqueles usuarios que teñan a POVISA como centro de referencia, e desexen continuar con este mesmo hospital como provisor de asistencia sanitaria especializada.

Terceira.- Forma e lugar de exercicio do dereito de elección

1. A solicitude de cambio de provisor de asistencia sanitaria especializada efectuarase pola persoa autorizada ou mediante titor legal, quen achegará a seguinte documentación:

- a) Solicitude de acordo co modelo do anexo I.
- b) Documento identificativo do solicitante: DNI, tarxeta de identidade de estranxeiro (TIE) ou pasaporte que deberán ser presentados no momento de formular a solicitude.

No caso de ser presentada a solicitude por un titor ou persoa autorizada:

- Fotocopia do DNI, TIE ou pasaporte do interesado.
- Documento acreditativo da titoría legal ou, no seu caso, orixinal da autorización específica do interesado.



2. A solicitude presentarase no centro de saúde que, por razón de residencia, lle corresponda ao interesado ou nos servizos de admisión de calquera dos centros hospitalarios integrados na Estrutura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo.

O persoal do centro comprobará a documentación presentada e as solicitudes e os documentos que se xunten serán remitidas a Xerencia da EOXI de Vigo ou lugar que por esta se determine.

Se a documentación presentada non está completa ou ten algún defecto, requirirase ao interesado para que, nun prazo de dez días, emende a falta coa indicación de que, se así non o fixera, considerárase que desiste da súa petición.

Cuarta.- Prazo para exercer o dereito de elección

O prazo inicial para que os beneficiarios da Seguridade Social asignados á área de POVISA poidan elixir libremente ao provisor de asistencia sanitaria especializada estenderase dende a publicación das presentes instrucións ata o 30 de novembro.

Posteriormente abrirase anualmente un novo período para que os beneficiarios da Seguridade Social asignados á área de POVISA exerzan o seu dereito a elixir libremente ao provisor de asistencia sanitaria especializada entre o 1 e o 30 de novembro de cada ano de vixencia do concerto indicado.

No caso de que, os beneficiarios da Seguridade Social asignados á área de POVISA, non formulen durante estes períodos ningunha solicitude entenderase que optan por manter o provisor de asistencia sanitaria especializada que teñen nese momento.

No caso dos pacientes que por cambio de lugar de domicilio ou por calquera outra causa que leve aparellada o cambio automático da referencia no centro de atención especializada, se incorporen nos centros de saúde que se atopen



entre os que teñan a POVISA como poboación asignada, o exercicio da libre elección levarase a cabo no momento de asignación do médico de atención primaria.

Quinta.- Efectos do dereito de elección.

O cambio de provisor de asistencia sanitaria especializada será efectivo cando o usuario opte libre e voluntariamente opten pola prestación de asistencia especializada, e sexa adscrito polo Servizo Galego de Saúde, sen que existan prazos de carencia para realizar atención sanitaria.

A adscrición ao Complexo Hospitalario da EOXI de Vigo será autorizada pola persoa titular da Xerencia da mesma, ou persoa en quen delegue.

A solicitude así formulada polos beneficiarios levará implícita a súa permanencia ata, como mínimo, a apertura do seguinte período anual no que de novo poderán exercer o seu dereito.

Sexta.- Excepción.

As presentes instrucións non se referirán ao exercicio do dereito de libre elección de centro sanitario recollido na Lei 12/2013, do 9 de decembro, de garantías de prestacións sanitarias que, en calquera caso, será exercido na forma que especificamente se teña regulado para o caso.

Sétima- Vixencia

As presentes instrucións producirán efectos dende a data da súa formalización.

Santiago de Compostela, 1 de setembro de 2014

A xerente do Servizo Galego de Saúde

M^a Nieves Domínguez González

INSTRUCCIÓN 7/14



ANEXO I

MODELO DE SOLICITUDE

DATOS DO SOLICITANTE

C.I.P.

APELIDOS DE NOME

Nº de N.I.F./ T.I.E Nº de PASAPORTE

CÓDIGO S.N.S.

DATA DE NACEMENTO

ENDEREZO

CONCELLO PARROQUIA

LUGAR C.POSTAL

TELEFÓNO TELÉFONO MOBIL

CORREO ELECTRÓNICO

DATOS DO REPRESENTANTE

APELIDOS DE NOME

Nº de N.I.F./ N.I.E Nº de PASAPORTE

TIPO DE REPRESENTACIÓN

REPRESENTANTE LEGAL GARDADOR DE FEITO REPRESENTANTE

Polo presente documento solicítase ser asinado ao Complexo Hospitalario Universitario da Estrutura Organizativa de Xestión Integrada de Vigo como centro provisor de asistencia sanitaria especializada

A presente leva implícita a permanencia nesta asignación ata a apertura do seguinte período anual para o seu exercicio

DECLARO BAIXO A MIÑA RESPONSABILIDADE:

- Que son certos os datos consignados nesta solicitude,
- Que autorizo que se realicen as verificacións e as consultas a ficheiros públicos, entre eles o acceso aos datos do DNI por medios dixitais, necesarias para acreditar os datos declarados cos que consten en poder das distintas administracións públicas competentes,

Localidade e data
..... de de

Asinado
(Nome e apelidos)

En calidade de: SOLICITANTE REPRESENTANTE

INSTRUCCIÓN 7/14



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSOAL:

Informámolo/a que os datos persoais contidos nesta solicitude se integrarán nos ficheiros inscritos no Rexistro Xeral de Protección de Datos baixo responsabilidade da Consellería de Sanidade - Servizo Galego de Saúde, cuxa finalidade e destinatarios correspóndese coa xestión dos mesmos; todo isto de conformidade cos principios de protección de datos de carácter persoal establecidos na Lei Orgánica 15/1999, do 13 de decembro. O/A asinante autoriza o tratamento dos seus datos.

O/A asinante autoriza a cesión dos datos de carácter persoal facilitados a terceiros ou aos encargados do tratamento que autorice a Consellería de Sanidade – Servizo Galego de Saúde, que se obrigarán a dedicalos en exclusiva para a finalidade coa que foron creados os ficheiros de datos.

CONDICIÓN DE USO DO PROGRAMA DE COMUNICACIÓN COA CIDADANÍA:

Vostede participa de xeito voluntario no programa de comunicación telemática.

Este servizo só estará dispoñible para os/as usuarios/as que acheguen a súa información de contacto.

No momento de entregar desta solicitude deberá identificarse amosando o seu DNI.

No caso de solicitar información sobre persoas ás que represente legalmente, deberá acreditar este feito de maneira documental.

Autoriza expresamente a que a Consellería de Sanidade lle realice notificacións a través dos números de teléfono (fixo e móbil) e da conta de correo electrónico facilitados.

A recepción de mensaxes SMS será gratuita para o/a paciente.

A recepción errónea de avisos, ou non recepción ou lectura, carecerá de efectos xurídicos nos respectivos procedementos. A Consellería de Sanidade – Servizo Galego de Saúde non se fai responsable das consecuencias xurídicas derivadas da non recepción ou da recepción incorrecta destas mensaxes.

INSTRUCCIÓN 7/14