PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS

PARA LA CONTRATACIÓN DE "SERVICIOS ASISTENCIALES HOSPITALARIOS PARA PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD DE GIPUZKOA".

PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARA LA CONTRATACIÓN DE "SERVICIOS ASISTENCIALES HOSPITALARIOS PARA PACIENTES DEL ÁREA DE SALUD DE GIPUZKOA".

1.-OBJETO DEL CONTRATO

1.1.- El centro contratado, proporcionará atención sanitaria en régimen hospitalario a los usuarios del Sistema Sanitario de Euskadi en Gipuzkoa.

1.2.- Los servicios referenciados anteriormente, se detallan en el punto 3.1. del presente documento, y serán prestados a la población protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi con la extensión y en las condiciones que más adelante se especifican, de acuerdo con la normativa vigente y respetando en todo caso las condiciones de homologación de equipos, de seguridad en las instalaciones y otras establecidas en la normativa europea, estatal o de la propia Comunidad Autónoma del País Vasco al respecto, sin otras limitaciones que las derivadas de la capacidad y posibilidades asistenciales.

1.3.- Mediante el presente contrato, el Departamento de Salud del Gobierno Vasco habilita a la empresa para prestar los servicios contratados a cuantos pacientes usuarios del Sistema Sanitario de Euskadi, les resulten asignados por la Delegación Territorial correspondiente.

2.-ÁMBITO GEOGRÁFICO

El centro contratado, tendrá adscrita la población protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi del territorio de Gipuzkoa, pudiendo serle derivado usuarios del resto de los territorios de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

No obstante, y en la medida que su capacidad asistencial lo permita, podrá prestar asistencia mediante este contrato, a usuarios provenientes de otros sistemas públicos de salud.

3.-CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS

3.1.- Prestaciones contratadas

El centro contratado atenderá con sus recursos humanos y técnicos a los usuarios bajo la cobertura del Sistema Sanitario de Euskadi, proporcionando, según el grado de complejidad de su soporte asistencial, los servicios siguientes:

- **Hemodinámica**
  - Procedimientos diagnósticos
  - Procedimientos terapéuticos
  - Otros procedimientos singulares
- **Cirugía cardiovascular bajo circulación extracorporea**
- **Cirugía cardiovascular sin circulación extracorporea**
  - Procedimientos terapéuticos
  - Otros procedimientos singulares
- **Rehabilitación Cardiaca**
- **Hospitalización**
  - Procesos singularizados
  - Hospitalización genérica
- **Intervenciones ambulatorias**
- **Hospitalización en UVI**
- **Hemodiálisis**
- **Tratamiento de angiomas planos de cara y cuello mediante láser candela**

3.2.- Condiciones técnicas y equipamiento

3.2.1.- Las prestaciones contratadas, serán realizadas por el centro con medios humanos y materiales especializados, a fin de lograr el cumplimiento de los objetivos de calidad y condiciones técnico-asistenciales determinadas en el presente contrato.

El centro habilitará un **mínimo de 60 camas de hospitalización general, un mínimo de 6 camas de UVI** e instalaciones apropiadas y con calidad suficiente, para garantizar una atención personalizada, pudiéndose, si fuera aconsejable,

establecer unidades asistenciales específicas con espacio físico diferenciado para aquellas modalidades de hospitalización que así lo requiriesen.

Así mismo dispondrá del número de habitaciones individuales adecuado, que garantice el aislamiento de aquellos pacientes que por sus especiales características así lo precisaran.

3.2.2.- El equipamiento, aparataje e instrumental disponible en el centro, deberá estar en perfecto estado funcional, en número suficiente y adecuado, siendo con carácter mínimo el que posibilite la realización de todas y cada una de las técnicas objeto del presente contrato.

Así mismo, mantendrán un nivel de innovación de acuerdo a los avances tecnológicos que hayan acreditado evidencia científica sobre su seguridad y eficacia clínicas.

3.2.3.- La empresa contratada es responsable de la seguridad de los pacientes y de las consecuencias administrativas y/o jurídicas que pudieran sobrevenir por la atención de los mismos en cualquiera de las modalidades asistenciales contempladas en este contrato. A tal efecto tendrá suscrito un Seguro de Responsabilidad Civil, que cubra los riesgos posibles de la actividad del servicio prestado a pacientes asegurados por el Sistema Sanitario de Euskadi, informando al Departamento de Salud de su cobertura, importe y número de póliza suscrita con entidad aseguradora.

3.2.4.- Existirá en el centro un área de admisión centralizada donde los pacientes podrán acudir o solicitar, mediante llamada telefónica u otro medio adecuado, citación al objeto de ser atendidos por el equipo asistencial en el plazo más breve posible. Dicha unidad de admisión será la que reclamará a los pacientes o familiares, cuando proceda, el documento clínico o de derivación, que recoja la conveniencia de ser visto y tratado en el centro.

3.2.5.- Cualquier modificación que suponga una variación sensible en las dotaciones de camas, equipos y aparataje, así como de la estructura física del centro, será comunicada previamente al Departamento de Salud. Si estas

modificaciones suponen reducción o pérdida tanto de la calidad como de la cuantía del Servicio, se iniciará, previa advertencia a la empresa para su subsanación si es posible, el oportuno expediente de rescisión.

3.2.6.- En materia de creación y modificación de nuevos servicios, el centro deberá tramitar el expediente de autorización administrativa preceptuado en el Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios, y en la Orden de 29 de febrero de 1996, por la que se regulan las autorizaciones de creación, de realización de modificaciones y de funcionamiento de los hospitales de la Comunidad Autónoma del País Vasco, modificada por las Órdenes de 27 de noviembre de 1996 y de 15 de mayo de 2001.

3.2.7.- Respecto a la atención a pacientes y personas usuarias y gestión de quejas y reclamaciones referidas al funcionamiento del servicio contratado, se cumplirá lo dispuesto en el Capítulo IV del Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la declaración sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Así mismo deberán existir en la empresa a disposición de todos los y las pacientes, hojas de reclamaciones según modelo establecido por el Departamento de Salud (Decreto 142/2014 de 15 de julio).

Con independencia de que el usuario prosiga en su queja o reclamación por los cauces previstos en la normativa, la dirección de la empresa deberá proceder a dar respuesta por escrito al mismo, a mantener archivo de dicha respuesta, de la queja o reclamación que la originó y de cuanta documentación obre o se genere en relación con ésta. De igual modo, la empresa enviará copia de todo el expediente (reclamación, respuesta y documentación) a la Delegación Territorial de Salud correspondiente.

3.2.8.- Los sistemas informáticos del centro estarán adaptados para su compatibilidad con los sistemas de Osakidetza y el Departamento de Salud, de tal forma que garanticen la conexión que asegure la transmisión de la información clínica, la gestión de las prestaciones contratadas y la evaluación de las mismas, todo ello con las debidas garantías previstas en la ley.

En tal sentido se considera un requisito adicional e imprescindible, incluido dentro de los servicios a prestar por la empresa, la elaboración y entrega de la bases de datos previstas en este pliego que recogen información para:

- o Análisis epidemiológico.
- o Facturación
- o Evaluación de la calidad del servicio prestado.

3.2.9.- La prestación de los servicios será realizada por la empresa contratada, en las condiciones y según las normas recogidas en el **Anexo I**.

3.3.- Cualificación del personal

3.3.1.- El centro estará obligado a contar, como responsables de la actividad asistencial, con médicos en posesión del título de especialista necesario para la realización de las técnicas objeto de este contrato.

3.3.2.- Así mismo y en número proporcional a la demanda asistencial, el centro dispondrán de personal de enfermería y auxiliar sanitario con la cualificación, experiencia y cantidad suficiente, para soporte y apoyo de la actividad contratada.

3.3.3.- Las modificaciones de especialidades dentro del cuadro asistencial del centro, serán puestas en conocimiento, con carácter previo, del Departamento de Salud. Cuando estas modificaciones afecten sustancialmente al contenido de los servicios contratados por reducción o pérdida de especialización, se instará al centro a la adecuada cobertura, o en su caso, se iniciará el oportuno expediente de rescisión del contrato.

3.4.- Documentación asistencial

3.4.1.- La Historia Clínica individual, recogerá la documentación derivada de la asistencia prestada al paciente, tal y como se establece en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y el Decreto

38/2012, de 13 de marzo, sobre historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, así como el Real decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

3.4.2.- El Informe de Alta de hospitalización, cumplirá los requisitos establecidos en la Orden Ministerial de 6 de septiembre de 1984, y su entrega se realizará directamente al paciente, familiar o tutor legal, inmediatamente después de producirse el alta. De no ser posible la entrega del Informe de Alta definitivo se entregará un informe provisional, tal y como se contempla en el artículo 4 de la citada Orden.

3.4.3.- La empresa estará obligada a la codificación diagnóstica de las patologías tratadas, en cumplimiento del Decreto 303/1992 por el que se regula el conjunto mínimo básico de datos (C.M.B.D.) del Alta Hospitalaria, y se crea el Registro de Altas Hospitalarias de Euskadi, así como de la Orden de 3 de septiembre de 2010 mediante la que se incorporan nuevas variables al citado CMBD.

3.5.- Mantenimiento y seguridad de las instalaciones

3.5.1.- A los efectos de garantizar la seguridad y el menor riesgo derivado del equipamiento existente, el centro dispondrá de un servicio de asistencia técnica propio o contratado, que realice las tareas de mantenimiento preventivo-rutinario y que atienda a las situaciones de avería.

3.5.2.- El centro estará obligado a seguir las normas sobre protección de instalaciones radiológicas, y a contar con la autorización correspondiente a este tipo de instalaciones por el órgano administrativo competente.

3.6.- Garantía asistencial

Además de las garantías de los derechos de los usuarios contempladas en este contrato, el centro garantizará a los usuarios del Sistema Sanitario de Euskadi:

a) Condiciones dignas de habitación y hostelería, respecto a su intimidad y requerimientos dietéticos.

b) Servicio permanente de atención de enfermería.

c) El tratamiento farmacológico necesario.

d) La adecuada dedicación del personal facultativo. En tal sentido, habrá de aportarse cartera de servicios y listado con el cuadro médico del centro, con detalle de especialidad, dedicación horaria normal y de urgencia.

e) La continuidad de cuidados de enfermería, identificando a los pacientes que al alta los precisen y elaborando un plan para que sean realizados en su entorno asistencial inmediato.

3.7.- *Evaluación de la calidad de las prestaciones contratadas*

3.7.1.- Por parte del Departamento de Salud se realizará evaluación de los parámetros recogidos en el Anexo II del presente pliego.

Estos indicadores serán elaborados y aportados por la empresa y estarán disponibles para su análisis y evaluación en el periodo que se determine por la Delegación Territorial.

3.7.2.- El 1% de la financiación total del contrato queda vinculada a la consecución anual de los objetivos contemplados en los indicadores relacionados en el citado Anexo II. Así, la financiación total se reducirá en proporción a los objetivos no alcanzados, de acuerdo con los indicadores y puntuaciones recogidas. Dichos objetivos, así como los indicadores, podrán ser objeto de revisión anual. Esta reducción se contempla como penalidad en el Pliego de Cláusulas Administrativas Particulares.

Realizada la evaluación del cumplimiento de los objetivos, la aplicación del posible descuento, si procede, por la no consecución de los mismos, se formalizará al finalizar el ejercicio, conocida la financiación total correspondiente al mismo. Dicha regularización se efectuará sobre la totalidad del ejercicio o el periodo correspondiente al nuevo contrato en el año de inicio del mismo.

3.7.3.- Con el objeto de monitorizar y evaluar la prestación objeto del contrato, la empresa presentará anualmente las bases de datos CMBD, correspondientes al ejercicio completo, para hospitalización, y otras, para Cirugía cardiaca, Hemodinámica, Rehabilitación cardiaca y Hemodiálisis ambulatoria, que recojan las indicaciones técnicas y las variables (de aseguramiento, sociodemográficas, clínicas y de facturación) que en cada momento se indiquen desde la Delegación Territorial.

3.7.4.- El Departamento de Salud podrá, mediante el procedimiento que en cada caso se determine, conocer el grado de cumplimentación y calidad de la Historia Clínica y del Informe de Alta de los pacientes que sean atendidos en el centro.

Los datos solicitados para la realización de estos estudios estarán amparados por el Deber de Secreto Estadístico de la Ley 4/1986 de Estadística de la Comunidad Autónoma de Euskadi y por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

4.-ACCESO A LOS SERVICIOS

4.1.- El Servicio de Admisión del centro, reclamará a los pacientes o en su caso familiares la documentación que acredite el derecho a recibir asistencia sanitaria con cargo al sistema Sanitario de Euskadi, y el documento de asistencia y remisión, cuando proceda, extendido por el facultativo de la red pública o del propio centro en las condiciones que se determinen, y visado por el órgano competente de la Delegación Territorial en las situaciones en que se estime como pertinente.

En todo caso, el centro contratado seguirá los circuitos y protocolos que tenga definidos, o defina en el futuro la Delegación Territorial, en relación con las prestaciones recogidas en este contrato.

4.2.- Si se diera la circunstancia de que el paciente sea asistido por motivos de urgencia sin haber presentado la documentación acreditativa señalada en el punto anterior, el Servicio de Admisión del centro gestionará su obtención, sin la cual, dicha asistencia no podrá ser facturada con cargo a este contrato.

Con este fin dicho Servicio, cuando así se le requiera, facilitará a la Delegación Territorial o al paciente la información clínica o administrativa que, en relación con el caso, tenga disponible el centro.

4.3.- En caso de producirse alguna incidencia o efecto secundario relevante como consecuencia de la prestación contratada realizada al paciente (prueba diagnostica, pauta terapéutica, etc.), deberá comunicarse con la máxima urgencia posible a la Delegación Territorial correspondiente.

5.-GARANTIAS DE LOS DERECHOS DEL USUARIO

5.1. - Será obligación del centro contratado, garantizar los derechos del usuario contemplados en la Ley 8/97 de Ordenación Sanitaria de Euskadi e informar a los ciudadanos de sus derechos, que así mismo garantizará, y deberes, en los términos recogidos en los artículos 9 y 10 de la Ley 14/1986 General de Sanidad y del Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la declaración sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, así como informar a los pacientes y usuarios que atienda en virtud de este contrato, de los extremos del mismo que puedan afectarles y de las normas e instrucciones a ellos dirigidas por el Departamento de Salud.

Se deberán cuidar con especial atención los aspectos de intimidad, trato y atención personalizada.

5.2. - La empresa contratada realizará anualmente una encuesta estandarizada, con el objeto de conocer el grado de satisfacción que manifiestan los usuarios con relación a los servicios que preste mediante el contrato vigente. Los datos obtenidos estarán amparados por el Deber de Secreto Estadístico de la Ley 4/1986 de Estadística de la Comunidad Autónoma de Euskadi y por la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales de Carácter Personal. La metodología y resultados de la misma deberán ser enviados a la DTSG antes de finalizar el año.

5.3. - En ningún caso existirán diferencias en la asistencia sanitaria prestada a los pacientes, sea cual sea su procedencia, etnia, género, orientación sexual, cultura u origen, y en todas las modalidades asistenciales. Se tendrá especial atención en proporcionar igualdad de trato y accesibilidad a las prestaciones incluidas en el contrato al colectivo de pacientes con discapacidad, realizándose, a tal efecto, las adaptaciones técnicas oportunas en el centro contratado.

El Servicio de Admisión será único.

5.4.- Los usuarios de la empresa contratada protegidos por el Sistema Sanitario de Euskadi, podrán conocer los gastos por ellos originados, con independencia de que no sean abonados directamente por los mismos.

5.5.- En cumplimiento de la Ley 41/2002 de 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el centro se compromete a informar a los pacientes o acompañantes, en términos adecuados, comprensibles y suficientes, de los diferentes aspectos del procedimiento diagnóstico o terapéutico al que van a ser sometidos, haciendo uso de forma preferente del consentimiento informado.

5.6.- El centro garantizará a los pacientes la gestión, si fuera necesario, del transporte sanitario a domicilio o de la derivación a una institución residencial, hospitalaria o a cualquier otro servicio sanitario de la red pública o contratada con ésta.

6.-SOBRE EL PERSONAL

6.1.- El centro observará en su aplicación lo dispuesto, en materia de incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas, en la Ley 53/84 de 26 de diciembre, y en el Real Decreto 598/1985 de 30 de abril que desarrolla la citada norma. A tal efecto, actualizará convenientemente el cuadro de facultativos y resto de personal que obre en poder del Departamento de Salud.

6.2.- Son de exclusiva responsabilidad de la propiedad o gestores del centro que contrata sus servicios sanitarios, la titularidad de las relaciones laborales. Así mismo, el centro contratado deberá contratar con tal fin el personal que resulte necesario, quedando obligado a cumplir respecto del mismo los derechos y obligaciones inherentes a su calidad de empresario; aplicando en su totalidad las disposiciones vigentes, tanto en materia laboral como las referidas a la prevención y salud en el trabajo.

6.3.- En caso de producirse una situación de conflicto colectivo – huelga en la empresa contratada, el Departamento de Salud deberá conocer, con antelación suficiente, el acuerdo sobre servicios mínimos que se apruebe.

6.4.- En lo que a capacitación lingüística de su personal se refiere, el centro observará fielmente lo recogido al respecto en el pliego de cláusulas administrativas particulares referente a las "Condiciones Lingüísticas de Ejecución".

7.-CONDICIONES ECONÓMICAS

7.1.- En las tarifas que se establecen, se consideran incluidos todos los impuestos, tasas y cargas legales establecidas o que pudieran establecerse durante la vigencia del presente contrato.

7.2.- Durante la vigencia del presente contrato se podrán establecer compromisos, de volumen de actividad o gasto, que sobre las derivaciones a centros y servicios contratados genere el centro en el desarrollo de sus procesos asistenciales.

8.-FACTURACIÓN

8.1.- El centro contratado remitirá antes del día veinte de cada mes, al Servicio de facturación electrónica de la Comunidad Autónoma de Euskadi, la factura

electrónica por los servicios sanitarios prestados durante el mes anterior y a la Delegación Territorial del Departamento de Salud la documentación que proceda, de acuerdo con la estipulación 4.1 de las prescripciones técnicas del presente contrato.

8.2.- La relación de la actividad realizada deberá ser presentada por el centro en el soporte informático que determine en cada momento el Departamento de Salud siguiendo las especificaciones que se le indiquen, de tal manera que facilite la verificación automatizada de los datos obrantes en la factura.

8.3.- No podrá ser facturado bajo este contrato, cualquier otro servicio o complemento que no sean las prestaciones que expresamente vienen recogidas.

8.4.- Recibida la factura y realizadas las comprobaciones oportunas, para lo cual podrá recabar del centro cuanta información complementaria estime necesaria, la Delegación Territorial procederá a ordenar el pago conforme a los servicios prestados por la empresa.

8.5.- En el supuesto de que se manifieste por la Delegación Territorial disconformidad con la facturación, se procederá a rechazar la misma, comunicando al mismo tiempo las incidencias detectadas para su corrección. Los conceptos que fueran objeto de descuento y sean subsanados con posterioridad al pago de la factura del mes correspondiente, se abonarán una vez presentadas las facturas complementarias que procedan.

8.6.- El Departamento de Salud, no será responsable de la facturación de aquellos pacientes no incluidos dentro del ámbito de protección del aseguramiento público así como para los que exista una Compañía Aseguradora, Entidad o Tercero, responsable del pago de la prestación a que se refiere el presente contrato.

8.7.- En el supuesto de que por parte del Departamento de Salud proceda el reintegro a los usuarios de los gastos por ellos soportados como consecuencia

de la asistencia sanitaria prestada por el centro contratado, el Departamento de Salud, previa comunicación al mismo, y a través de la factura mensual, aplicará las tarifas del presente contrato y procederá a realizar las regularizaciones que pudieran resultar.

9.-EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y MONITORIZACIÓN DEL CONTRATO

9.1.- El Departamento de Salud, podrá realizar con carácter periódico una evaluación de la calidad del servicio contratado de los pacientes asistidos, atendiendo al grado de cumplimentación de indicadores y parámetros que se consignan en el presente contrato.

9.2.- El centro contratado, estará sometido a las actuaciones que desde la Administración se determinen en materia de acreditación de la estructura asistencial y evaluación de la calidad del servicio así como a los procesos de inspección y controles sanitarios, económicos y administrativos que para el cumplimiento del contrato se realicen desde el Departamento de Salud, para lo cual aportarán los datos que se le pudieran solicitar.

10.-DIRECTRICES SANITARIAS E INSPECCIÓN

10.1.- Dentro del ámbito del contrato, la empresa se compromete a colaborar en las directrices y normas de las autoridades sanitarias en orden a la más eficaz coordinación de los recursos sanitarios puestos a disposición de los ciudadanos vascos. Así mismo actuará y cooperará en los programas de promoción y de protección de la salud que se determinen en el ámbito de la comunidad.

10.2.- La empresa ha de cumplir los preceptos que sobre acreditación, aportación de información económica y estadística sanitaria se dicten durante el periodo de vigencia del contrato.

10.3.- El Departamento de Salud, tendrá acceso a cualquier documento de carácter clínico, legal o contractual, que pueda afectar a la buena marcha de este

contrato sin menoscabo de la titularidad del centro y de la confidencialidad de la documentación asistencial y contable.

ANEXO I

CONDICIONES DE PRESTACION DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS

1.- CIRUGÍA CARDIOVASCULAR Y HEMODINÁMICA

1.1.- ALCANCE

1.1.1.- En el precio por proceso que se establece para los procedimientos de cirugía cardiovascular y hemodinámica contemplados en este contrato se consideran comprendidos todos los costes y cuidados que cada intervención comporte, incluyendo la hospitalización en UVI, desde su ingreso en el centro hasta el alta del paciente.

En el caso de hospitalización en Unidad de Vigilancia Intensiva posterior a la intervención (UVI postquirúrgica), en el precio del proceso se incluyen los primeros 5 días de estancia en dicha unidad. Las estancias generadas a partir del 6º día de la intervención quirúrgica se facturarán según la tarifa de UVI resultante de la adjudicación.

Así mismo aquellos procesos referidos con carácter urgente desde los hospitales de la red de Osakidetza con indicación quirúrgica o de hemodinámica, a los que finalmente no se les realice ningún procedimiento y sean tributarios de hospitalización en UVI, se facturará, igualmente, según la tarifa de estancia en UVI, el periodo de permanencia en dicha unidad.

Para el resto de las estancias en UVI se aplicará lo específicamente recogido los puntos 1.2. y 5 de este Anexo.

1.1.2.- Se consideran también incluidas las consultas previas y pruebas preanestésicas y cuantas consultas posthospitalarias de revisión resulten necesarias para cada uno de los procedimientos listados, durante los dos meses posteriores al alta de hospitalización.

1.1.3.- Tendrán la condición de proceso, y por tanto serán objeto de facturación, aquellos procedimientos finalizados sin la consecución del diagnostico o del éxito terapéutico, cuando una vez realizada la totalidad o la mayor parte del procedimiento se hayan agotado las posibilidades razonables de dicha consecución.

1.1.4.- En su defecto, cuando se interrumpa un procedimiento recién iniciado, el procedimiento real practicado no se encuentre incluido en el listado del presente contrato o no se precise realizar ningún tipo de procedimiento, procederá la facturación bajo la modalidad de hospitalización general contratada con el centro.

1.1.5.- Cuando los hallazgos médico-quirúrgicos no se correspondan con el diagnóstico de remisión de los pacientes, previo informe correspondiente, serán abonados conforme al procedimiento real que se hubiera practicado, según los procesos que se incorporan al contrato.

1.1.6.- Los procedimientos recogidos serán facturados únicamente cuando se haya producido el alta de hospitalización del paciente y se incluirá en la facturación el preceptivo informe de alta correspondiente.

1.1.7.- Cuando los procedimientos no incorporen en su tarifa la prótesis quirúrgica, se facturará, además del procedimiento convenido, dicha prótesis.

Las prótesis no podrán superar el precio de adquisición que aplique Osakidetza a cada categoría (válvulas, stent…), salvo que, siendo aconsejable su uso, no estén incorporadas en su oferta porque sean novedosas o reúnan características especiales, en cuyo caso se requerirá autorización específica de la Delegación Territorial para proceder a su implantación.

El centro facilitará gratuitamente y sin coste adicional alguno, los soportes torácicos externos (chalecos, fajas, bandas…), a los pacientes que así lo requieran, tras haber sido sometidos a una intervención de cirugía cardiovascular con cargo al presente contrato.

1.1.8.- De la misma forma, serán objeto de facturación diferenciada las sesiones de hemodiálisis que pudieran precisar los pacientes cuando vinieran recibiendo esta modalidad asistencial con anterioridad a su ingreso por tratarse de enfermos renales crónicos. En cambio las sesiones en pacientes con insuficiencia renal sobrevenida tras el ingreso quedan incluidas en la tarifa contratada.

1.1.9.- No serán objeto de facturación los procedimientos que incorporen técnicas novedosas sin la autorización explícita de la Delegación Territorial.

1.2.- ESTANCIA PREOPERATORIA

1.2.1.- Cuando por razones clínicas, y estando el paciente ingresado en el centro para la realización de un proceso incluido en este contrato, no fuera aconsejable efectuar el procedimiento previsto, los días de ingreso previos a la realización de dicho procedimiento que superen la ***estancia preoperatoria máxima comprendida en la tarifa*** serán facturados, previo informe justificativo, en la modalidad de hospitalización genérica (abono por estancia) contratada con el centro.

En todo caso, siempre que su situación clínica lo permita y no se prevea una compensación clínica a corto plazo, el paciente será devuelto a su hospital público de referencia hasta su estabilización previa a la realización del procedimiento en las condiciones adecuadas, salvo que éste autorice su permanencia en el centro por no disponer de cama para el citado paciente.

1.2.2.- Así mismo, si estando un paciente ingresado en el centro con cargo al Departamento de Salud, mediante la modalidad de hospitalización genérica (abono por estancia), precisara la práctica de alguno de los procedimientos recogidos en este contrato, se solicitará a la Delegación Territorial la autorización previa oportuna para proceder a su realización (o la tramitará con posterioridad si ello no fuera posible), no pudiendo ser facturados los días de estancia previos a la intervención incluidos en la *estancia preoperatoria máxima comprendida en la tarifa*.

1.2.3.- No podrá facturarse ninguna estancia preoperatoria cuando el aplazamiento del procedimiento sea debido a razones técnicas u organizativas imputables al centro o servicio.

1.2.4.- Las *estancias preoperatorias máximas comprendidas en la tarifa* de los procesos, incluyendo la hospitalización en UVI, serán las siguientes:

Hemodinámica-Procedimientos Diagnósticos	*0 días*
Hemodinámica-Procedimientos Terapéuticos	*2 días*

Otros Procedimientos Singulares de Hemodinámica	*2 días*
Cirugía Bajo Circulación Extracorporea	*4 días*
Cirugía sin C.E.-Procedimientos Terapéuticos	*2 días*
Otros Procedimientos singulares de Cirugía sin C.E.	*1 día*

1.2.5.- En caso de que coincidan en un mismo paciente más de un procedimiento quirúrgico y/o hemodinámico, se aplicará como *estancia preoperatoria máxima comprendida en la tarifa* la suma de las correspondientes a cada uno de ellos.

1.3.- CONCURRENCIA DE PROCESOS

1.3.1.- Si se realizaran dos o más procesos de cirugía cardiovascular (con o sin circulación extracorpórea) dentro de un mismo acto quirúrgico, el centro solamente podrá facturar uno de ellos sin que quepa facturación adicional por alguno de los otros procesos quirúrgicos, con la excepción de la implantación de balón de contrapulsación, en que sí será posible la facturación adicional de dicho proceso.

1.3.2.- Si se realizaran dos o más procesos hemodinámicos distintos dentro de un mismo acto, se facturará la totalidad del procedimiento principal, descontándose el 25% de la tarifa del resto de los procesos.

En caso de tratarse de dos procesos hemodinámicos iguales (p.e. angioplastia) realizados dentro de un mismo acto tendrán la consideración de proceso único no siendo posible facturación adicional alguna.

1.3.3.- La facturación de un proceso quirúrgico con uno o más procesos hemodinámicos siempre será compatible, aunque se realicen consecutivamente dentro de un mismo acto. De tratarse de más de un proceso hemodinámico se aplicará lo previsto en el apartado anterior.

1.3.4.- En el caso de que se realice un proceso quirúrgico o hemodinámico incluido en este contrato y simultáneamente otro de cualquier tipo no incluido, el centro no podrá realizar facturación adicional alguna por éste último.

1.4.- PERIODOSO MÁXIMOS DE HOSPITALIZACIÓN COMPRENDIDOS EN LA TARIFA

1.4.1.- Los *periodos máximos de hospitalización comprendidos en la tarifa*, incluyendo la hospitalización en UVI según lo previsto en el punto 1.1.1, que se establecen para cada proceso son los siguientes:

Hemodinámica-Procedimientos Diagnósticos	*1 día*
Hemodinámica-Procedimientos Terapéuticos	*5 días*
Otros Procedimientos Singulares de Hemodinámica	*5 días*
Cirugía Bajo Circulación Extracorporea	*30 días*
Cirugía sin C.E.-Procedimientos Terapéuticos	*15 días*
Otros Procedimientos Singulares de Cirugía sin C.E.	*4 días*

Estos periodos comenzarán a contabilizarse a partir de la fecha de realización del procedimiento. En caso de coincidir mas de un proceso en un mismo paciente, se aplicará como *periodo máximo de hospitalización comprendido en la tarifa* la suma de los correspondientes a cada uno de ellos y se contabilizará a partir de la fecha de realización del primero.

1.4.2.- Las complicaciones que alarguen la estancia de un proceso, estén o no relacionadas con éste, quedan incluidas dentro del precio unitario del proceso, salvo que la estancia supere los ***periodos máximos de hospitalización comprendidos en la tarifa*** establecidos para cada proceso en este contrato.

1.4.3.- Transcurrido el *periodo máximo de hospitalización comprendido en la tarifa* para cada proceso, la Delegación Territorial podrá autorizar la permanencia en el centro del paciente a propuesta de sus servicios médicos. De no ser así será devuelto a su hospital público de referencia salvo que éste autorice su permanencia en el centro por no disponer de cama para el citado paciente.

A los efectos de lo contemplado en el párrafo anterior, de precisarse hospitalización en UVI una vez transcurrido el *periodo máximo de hospitalización*

comprendido en la tarifa para cada proceso, y de no disponer de esta modalidad asistencial el hospital público correspondiente al domicilio del paciente, será considerado como hospital de referencia el Hospital Universitario Donostia.

Salvo que razones excepcionales plenamente justificadas lo hagan aconsejable, no podrá derivarse ningún paciente a otro centro hospitalario sin haber completado el *periodo máximo de hospitalización comprendido en la tarifa* para cada proceso.

1.4.4.- Si producida el alta del paciente, éste tuviera que reingresar por el mismo proceso en el plazo de los 15 días posteriores a aquel en que se realizó dicho alta, este nuevo ingreso se incluirá dentro del *periodo máximo de hospitalización comprendido en la tarifa* para cada proceso, sumándose a todos los efectos al periodo de hospitalización anterior.

2.- REHABILITACIÓN CARDIACA

2.1.- La Rehabilitación cardiaca tiene por objeto el abordaje terapéutico multifactorial con actuaciones a nivel físico, psicológico y de prevención del riesgo con el doble objetivo de mejorar la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes. Lo que se pretende no es sólo la reintegración laboral del paciente, sino un cambio de sus hábitos de vida y reconocimiento de los factores de riesgo para que con un mejor control, mejore el pronóstico de su vida a corto, medio y largo plazo.

El plan de actuación esta basado en tres fases: hospitalización, ambulatoria y resto de la vida del paciente. Cuenta con la participación de diversos profesionales, la realización de diversas técnicas diagnósticas y terapéuticas y esta orientada a pacientes a los que se les haya realizado un procedimiento de cirugía cardiaca y cumplan los criterios de inclusión.

2.2.- Los <u>criterios clínicos para la inclusión en el tratamiento</u>

Serán los que determine la Delegación Territorial de Salud en cada momento. Inicialmente el servicio está orientado a los pacientes con riesgo medio y alto

(capacidad de esfuerzo menor de 7 mets o fracción de eyección menor de 50%) intervenidos en el centro:

- Tras cirugía valvular cardiaca.

- Tras cirugía de By-Pass

- Tras otras cirugías cardiovasculares

2.3.- De la misma manera los criterios clínicos para la exclusión en el envío de pacientes a la Unidad serán los que determine la Delegación Territorial de Salud en cada momento. Inicialmente serán son los siguientes:

- Insuficiencia cardiaca no controlada.
- Infarto agudo de miocardio al menos durante los primeros días.
- Angina inestable.
- Aneurisma disecante de aorta.
- Taquicardia ventricular u otras arritmias ventriculares peligrosas no controladas (actividad ventricular multifocal).
- Estenosis aórtica severa.
- Embolismo sistémico o pulmonar reciente.
- Tromboflebitis activa o reciente.
- Enfermedades infecciosas agudas.
- Hipertensión arterial no controlada.

2.4.- La rehabilitación cardiaca se realizará en el centro en dos fases:

FASE I : Comprende el manejo del paciente mientras está ingresado en el hospital y se basa en prevenir dentro de lo posible el desacondicionamiento muscular y otras complicaciones ocasionadas por el reposo en cama. La tendencia actual es disminuir en gran medida este período de hospitalización. Los cuidados consisten en mantener al paciente y a la familia informados sobre el curso de la enfermedad, proporcionar apoyo psicológico y disminuir en lo posible el encamamiento, para prevenir los efectos indeseables del mismo.

FASE II : Se realiza tras el alta hospitalaria o en períodos más alejados de su proceso agudo. La duración suele ser de 2-3 meses. Es necesario realizar una

valoración cardiológica (siendo imprescindible un tets de esfuerzo, y valoración de los factores de riesgo), valoración psicológica (síntomas de depresión, ansiedad, pautas de conducta, acontecimientos vitales estresantes) y valoración sociolaboral.

El programa de entrenamiento deberá tener en cuenta 4 factores:

- Frecuencia de Entrenamiento: La frecuencia idónea de entrenamiento es de 3 sesiones por semana.
- Duración de cada sesión: La duración idónea es de 30 a 45 minutos.
- Intensidad del entrenamiento: Se recomienda una intensidad entre el 75 y el 90% de la frecuencia máxima alcanzada en la prueba de esfuerzo previa (a esta frecuencia se le llama frecuencia cardíaca de entrenamiento, FCE). El ejercicio a esta intensidad específica es mejor que sea intermitente alcanzando varias veces la frecuencia de entrenamiento en varios períodos cortos de entrenamiento. Antes de la realización de los ejercicios de endurecimiento se deben realizar ejercicios de calentamiento y posteriormente unos ejercicios de enfriamiento.
- Especificidad del entrenamiento: Considerar en algunos casos entrenamiento con los grupos musculares que los pacientes utilizan habitualmente en su trabajo.

Los pacientes serán seleccionados, en función de los requisitos establecidos, entre los intervenidos por el propio servicio.
Este circuito podrá ser modificado siguiendo las indicaciones que determine la Delegación Territorial.

2.5.- La facturación se realizará por proceso de rehabilitación completo.

El precio establecido para cada proceso incluirá, **hasta el alta** del paciente, las **consultas** de valoración y de seguimiento del tratamiento que sean precisas, garantizándose, al menos, la realización de una consulta de valoración y tres de seguimiento; las **pruebas complementarias** necesarias, realizándose al menos una prueba de esfuerzo inicial y otra de evolución a lo largo del proceso rehabilitador, y todos los tratamientos que comporte garantizándose un **mínimo de 32 sesiones** (días de tratamiento).

Los reinicios formarán parte del proceso mientras no hayan transcurrido 90 días desde la fecha de alta.

Las complicaciones que alarguen la duración habitual del tratamiento de un proceso, estén o no relacionadas con éste, quedan incluidas dentro del precio unitario del proceso, salvo que se supere amplia y justificadamente, mediante informe, los estándares razonables, en cuyo caso se facturará todo el tratamiento por sesiones.

En caso de que una complicación o cualquier otra circunstancia (traslado, alta voluntaria…) impidan la realización del número mínimo de días de tratamiento (32) el proceso se facturará por sesiones, con el correspondiente informe justificativo.

Los procedimientos serán facturados únicamente cuando se haya producido el alta en el tratamiento, incluyéndose en la facturación el informe de alta correspondiente.

3.- HOSPITALIZACIÓN

3.2.- PROCESOS SINGULARIZADOS

3.2.1.- La facturación por proceso que se establece para los procedimientos médico-quirúrgicos recogidos en el contrato será incompatible con la facturación bajo modalidad de hospitalización genérica.

En el precio que se establece para cada uno de los procedimientos quirúrgicos tipificados se consideran incluidos todos los costes y cuidados que cada intervención comporte desde su ingreso en el centro hasta el alta del paciente.

Se consideran también incluidas las consultas previas y pruebas preanestésicas y cuantas consultas posthospitalarias de revisión resulten necesarias para cada uno de los procedimientos quirúrgicos listados, durante los dos meses posteriores al alta de hospitalización.

3.2.2.- Las complicaciones que alarguen la estancia de un proceso, estén o no relacionadas con éste, quedan incluidas dentro del precio unitario del proceso, salvo que la estancia supere amplia y justificadamente, mediante informe, los estándares razonables, en cuyo caso se facturará todo el ingreso como hospitalización genérica.

En caso de que una complicación o cualquier otra circunstancia impida la realización total o parcial de un proceso, el ingreso se facturará como hospitalización genérica, con el correspondiente informe justificativo.

3.2.3.- Cuando los hallazgos quirúrgicos no se correspondan con el diagnóstico de remisión de los pacientes, y previo informe correspondiente, serán abonados conforme al procedimiento real que se hubiera practicado, según los procesos que se incorporan al contrato.

En su defecto, y cuando el procedimiento quirúrgico real practicado no se encuentre incluido en el listado del presente contrato, procederá la facturación bajo la modalidad de hospitalización genérica.

3.2.4.- Si se realizan dos o más procedimientos recogidos dentro de la modalidad coste por proceso dentro de una misma hospitalización se podrá facturar el 100% del valor del proceso principal y el 50% del valor del proceso o procesos adicionales.

En el caso de que se realice un procedimiento incluido en la modalidad de coste por proceso y simultáneamente otro no incluido en dicha modalidad, el centro optará por facturar únicamente el proceso, o bien acogerse a facturar por hospitalización genérica.

3.2.5.- Si producida el alta del paciente, éste tuviera que reingresar por el mismo proceso en el plazo de los 10 días posteriores a aquel en que se realizó dicho alta, este nuevo ingreso no podrá ser objeto de facturación.

No obstante lo anterior el centro podrá optar, si lo estima como más ventajoso, a facturar el ingreso-reingreso en lugar del proceso, previo descuento del mismo en caso de que ya hubiera sido facturado.

En todo caso, y una vez superado el periodo establecido de 10 días, todos los reingresos que sea preciso realizar a un paciente en relación con el proceso quirúrgico inicial, se facturarán como hospitalización genérica, previa autorización del órgano correspondiente.

3.2.6.- Cuando se produzca un acortamiento del periodo ordinario de hospitalización como consecuencia de una derivación del paciente a otro centro hospitalario (de agudos o media-larga estancia) o socio sanitario, el proceso se facturará con una reducción del 25% en su precio estipulado.

3.2.7.- Cuando los procedimientos no incorporen la prótesis quirúrgica, se facturará, además del procedimiento quirúrgico convenido dicha prótesis.

Las prótesis no podrán superar el precio de adquisición que aplique Osakidetza a cada categoría, salvo que, siendo aconsejable su uso, no estén incorporadas en su oferta porque sean novedosas o reúnan características especiales, en cuyo caso se requerirá autorización específica de la Delegación Territorial para proceder a su implantación.

3.2.8.- Los procedimientos recogidos en la modalidad coste por proceso serán facturados únicamente cuando se haya producido el alta de hospitalización del paciente y se incluirá en la facturación el preceptivo informe de alta correspondiente.

3.3.- HOSPITALIZACIÓN GENÉRICA

3.3.1.- La facturación se realizará por día de estancia; entendiéndose como tal, cuando el usuario ingresado para la atención del proceso patológico pernocte en el establecimiento sanitario y haga efectiva, como mínimo, una de las comidas

principales y estando incluido en dicho concepto todos los costes y cuidados que cada ingreso comporte hasta el alta del paciente.

3.3.2.- En los ingresos con intervención quirúrgica en los que se precise implante de prótesis, se facturará, además de la estancia, dicha prótesis.

Las prótesis no podrán superar el precio de adquisición que aplique Osakidetza a cada categoría, salvo que, siendo aconsejable su uso, no estén incorporadas en su oferta porque sean novedosas o reúnan características especiales, en cuyo caso se requerirá autorización específica de la Delegación Territorial para proceder a su implantación.

3.3.3.- Se considerarán también incluidas las consultas previas y pruebas preanestésicas y cuantas consultas posthospitalarias de revisión resulten necesarias, durante los dos meses posteriores al alta de hospitalización.

3.3.4.- Cuando un paciente ingrese en una unidad de hospitalización y no llegue a completar al menos una estancia en el centro, se facturará con la denominación "Media Estancia" con la tarifa equivalente al 50% de la establecida para la estancia.

4.- INTERVENCIONES AMBULATORIAS

4.1.- Se incluyen dentro del precio asignado a intervenciones ambulatorias todas las actuaciones y estudios básicos que de ellas se deriven y que se realicen con carácter ambulatorio en el propio centro.

4.2.- Tendrán esta consideración, aquellas intervenciones realizadas en un quirófano, sin ingreso del paciente y generalmente bajo anestesia local, excluyendo los procedimientos realizados en salas de curas o consultas.

4.3.- De surgir una complicación que requiera el ingreso del paciente una vez finalizado el acto quirúrgico, no podrán facturarse ambas prestaciones,

ingreso e intervención ambulatoria, de forma individual, sino únicamente el ingreso.

5.- HOSPITALIZACIÓN EN UVI

5.1.- La facturación se realizará por día de estancia, entendiéndose como tal, cuando el usuario ingresado para la atención del proceso patológico pernocte en el establecimiento sanitario, estando incluido en dicho concepto todos los costes y cuidados que cada ingreso comporte hasta el alta del paciente en la unidad.

Cuando un paciente no llegue a completar al menos una estancia en el centro, se facturará con la denominación "Media Estancia" con la tarifa equivalente al 50% de la establecida para la estancia.

5.2.- La unidad deberá contar con el equipamiento necesario para ser considerada como tal (sistemas de monitorización, respiradores, etc.) y tener protocolizadas las actuaciones más importantes que se realicen en el servicio. Estos protocolos se revisaran y actualizarán con una frecuencia mínima anual.

Así mismo deberá contar como responsable asistencial con un médico titulado especialista en cuidados intensivos y personal facultativo y de enfermería con la cualificación y experiencia necesarias y en número suficiente para asegurar una asistencia continuada las 24h. Del día.

5.3.- El criterio de acceso a esta modalidad de hospitalización será fundamentalmente el de saturación de camas en las UVI de los centros de la red de Osakidetza, por lo que los pacientes ingresados en el centro contratado por cualquier otra modalidad de hospitalización, contemplada en éste u otros contratos vigentes, que precisen en algún momento de su hospitalización ingreso en la UVI, no podrán ser facturados bajo esta modalidad sino bajo la modalidad en la que se encuentren ingresados, con las excepciones recogidas en el apartado de Cirugía Cardiovascular y Hemodinámica.

5.4.- Los pacientes que, una vez superada la fase crítica, puedan ser hospitalizados en unidades ordinarias, serán devueltos a la mayor brevedad al hospital público de referencia, salvo que, por problemas de saturación de camas, éste autorizara la permanencia del paciente en la modalidad de Hospitalización Genérica.

5.5.- En los ingresos con intervención quirúrgica en los que se precise implante de prótesis, se facturará, además de la estancia, dicha prótesis. Si ésta reuniera unas características especiales (prótesis novedosa, de precio superior al habitual, etc.), se requerirá autorización específica de la Delegación Territorial para proceder a su implantación. De la misma forma se actuará en caso de otros implantes definitivos cuyo gasto suponga un incremento sustancial del coste del proceso.

6.- HEMODIALISIS

6.1.- El Centro prestará, en régimen ambulatorio, tratamiento de hemodiálisis y hemodiafiltración con tampón bicarbonato y membranas biocompatibles a los pacientes que así lo precisen, con cobertura del Sistema Sanitario de Euskadi, que le sean adscritos por la Delegación Territorial de Sanidad. No obstante lo anterior, podrán ser objeto de facturación diferenciada las sesiones de hemodiálisis que se realicen a los pacientes ingresados bajo este contrato con las excepciones contempladas en el apartado 1.1.9 de este anexo correspondientes a ingresos por Cirugía Cardiovascular y Hemodinámica.

Los enfermos tratados mediante Hemodiálisis a través de este contrato, que por alguna circunstancia requieran atención en régimen de Hospitalización, serán ingresados preferentemente, siempre que la capacidad técnica del centro no lo impida y previo consentimiento del paciente, en el centro contratado, salvo que la Delegación Territorial de Salud no determine otra posibilidad.

6.2.- La prestación de los servicios de tratamiento de hemodiálisis incluye:

- La realización de las sesiones de hemodiálisis propiamente dichas en las que se utilizará obligatoriamente el baño de diálisis con bicarbonato como

tampón principal y membranas de biocompatibilidad media o alta (polimetil metacrilato, polisulfona, poliacrilonitrilo, helioxona etc…).

- La supervisión y seguimiento clínico durante la duración del tratamiento valorando en las situaciones de urgencia la necesidad de ingreso en el centro o traslados al hospital de referencia.

- La realización del estudio clínico, y seguimiento integral del paciente en programa de hemodiálisis según los estudios del protocolo del hospital de referencia, solicitando a éste las pruebas e interconsultas necesarias.

- La gestión de la Lista de Espera de Trasplante renal y/o renopancreático en el caso de pacientes que cumplan esta indicación según los requisitos del Protocolo de Trasplante Renal del adulto vigentes.

- Reflejar en la documentación del evolutivo los problemas del paciente tanto en las sesiones de hemodiálisis como los debidos a patología asociada, garantizando la continuidad asistencial.

- Extracción de sangre, su separación y codificación para analítica y preparación bien para envío a laboratorio propio o al hospital de referencia según el protocolo vigente.

- Análisis de muestras de cultivo de líquido de diálisis de monitores y de endotoxinas, en caso de empleo de hemodiafiltración, con periodicidad mensual y registro de los mismos.

- Establecer un protocolo de desinfección habitual en la unidad.

- Aplicación de las medidas correctivas adecuadas de desinfección en caso de cultivos positivos incluyendo, cuando así se precise, la revisión por técnico cualificado.

- La aplicación de a medicación ordinaria durante las sesiones de tratamiento (heparina, sueros, etc.). Dicha medicación está incluida en la tarifa establecida.

- La aplicación de medicación específica durante la sesión que no está incluida en la tarifa establecida (tratamiento con medicamentos de dispensación hospitalaria como factores estimulantes de la eritropoyesis etc.).

- Revisión de las analíticas mensuales y realización de las modificaciones oportunas en la pauta de la terapia dialítica en función de esa analítica.

- La prescripción de la medicación habitual de la uremia (quelantes del P, análogos de Vitamina D, factores estimulantes de la eritropoyesis, etc.) tanto oral como intradiálisis y conciliación con el resto de tratamientos.

- Notificación de los cambios de tratamiento al paciente por escrito y de forma clara para para facilitar la gestión de la receta electrónica por su MAP y la Prescripción Hospitalaria por los nefrólogos del hospital de referencia.

- La gestión administrativa y documentación clínica que de la actividad realizada se desprenda.

- La transmisión de los datos que precise el Registro de Enfermos Renales (UNIPAR) y la Lista de Espera de Trasplante Renal.

- La transmisión al hospital de referencia de toda la información asistencial relevante que le permita mantener permanentemente actualizados los datos clínicos de los pacientes atendidos por el centro contratado.

- Aportación de los indicadores de calidad específicos de la unidad, recogidos en el presente contrato, con la periodicidad señalada, que permitan constatar la calidad en la prestación del servicio y emprender acciones correctoras oportunas.

Los pacientes deberán, en primera instancia, ser asistidos por el facultativo nefrólogo del Centro quién los estudiará, abrirá historia clínica si es nuevo, y pautará de forma provisional los objetivos del tratamiento a cumplir, el número de sesiones inicialmente previstas y el turno correspondiente. Asimismo, efectuará o modificará las prescripciones de dieta y medicamentos para adaptarlos a la nueva situación clínica del paciente que inicia diálisis.

6.3.- **Estructura y equipamiento**

6.3.1.- El Centro, como requisitos mínimos, deberá disponer en su estructura de:

- Un acceso fácil, sin barreras arquitectónicas y una salida de emergencia bien señalizada y ubicada a los efectos.
- Un Área de Recepción o sala de espera.
- Se establecerán de forma separada para el personal del Centro y pacientes zonas de vestuarios y aseos en cuantía suficiente.
- Zona administrativa, de archivo y documentación clínica.
- Distribución funcional de Áreas Asistenciales diferenciadas con:
  - Despacho médico con zona de exploración.
  - Área de dialización o tratamiento, con monitores diferenciados para pacientes VHC RNA positivos. No se dializarán pacientes VHB positivos conocidos.

6.3.2.- El aparataje disponible por el Centro respecto del Contrato de hemodiálisis que se suscribe deberá estar en perfecto estado de funcionamiento y conservación, en número suficiente y adecuado, siendo con carácter mínimo el siguiente:

- Monitores de bicarbonato.
- Monitores de repuesto.
- Servicio propio o contratado de mantenimiento de equipo e instalaciones.
- Grupo electrógeno o doble acometida para situaciones de emergencia.
- El tratamiento de agua de diálisis incluye desionización y ósmosis inversa. Cumplirá las normas UNE vigentes y se adaptará a las Normas de la Sociedad Española de Nefrología de agua pura y ultrapura para la realización de hemodiálisis y técnicas convectivas.

Se cumplirá en todos sus extremos el Reglamento electrónico de baja tensión del Ministerio de Industria y Energía y las modificaciones subsiguientes.

6.4.- **Personal**

6.4.1.-El Centro estará obligado a contar, como responsable de la actividad asistencial, con un facultativo titulado especialista en nefrología. En cualquier

caso, deberá garantizarse el control de cada turno por un nefrólogo titulado. El facultativo especialista en nefrología dispondrá de un teléfono de contacto las 24 horas para la atención de los pacientes y su tratamiento.

6.4.2.- El Centro, en un número proporcional a la demanda asistencial que se pudiera requerir, dispondrá de ATS y personal auxiliar sanitario suficiente, a fin de efectuar los tratamientos adecuados. Se establece como mínimo, el ratio de un ATS/DUE por cada cinco pacientes. (La cualificación de los ATS/DUE como especialistas por la sociedad española de enfermería nefrológica es, en cualquier caso, aconsejable).

6.5.- **Documentación asistencial**

En cada sesión de tratamiento se cumplimentarán los documentos de control - seguimiento de enfermería que deberán contener:

- Datos administrativos de identificación del usuario.
- Número de monitor.
- Fecha de realización del tratamiento.
- Duración.
- Tipo de filtro.
- Peso (pre y post. diálisis).
- Presión arterial pre y postdiálisis. Temperatura prediálisis.
- KT por sesión
- Recirculación
- En caso de realización de Hemodiafiltración se añadirán los parámetros necesarios de control de dicha técnica (prueba de peracético, tasa de reposición, volumen de reposición…)
- Otros datos clínicos relevantes.
- Medicación administrada (sueros y fármacos).
- Incidencias y tolerancia al tratamiento.
- Valoración global de la sesión y del estado del paciente.

De manera específica, la hoja de evolución clínica deberá recoger los datos de controles analíticos de muestras prediálisis.

7.- TRATAMIENTO DE LOS ANGIOMAS PLANOS DE CARA Y CUELLO MEDIANTE LÁSER CANDELA

7.1.- La prestación de los servicios de tratamiento de angiomas planos de cara y cuello mediante láser candela incluye:

- La citación de los pacientes.
- La realización del estudio diagnóstico y de las consultas de valoración evolutiva.
- La prestación del tratamiento necesario.
- La gestión administrativa y documentación clínica que de la actividad realizada se desprenda.

7.2.- Los pacientes deberán ser asistidos por un facultativo especializado en Dermatología del centro, quien les estudiará, abrirá Historia Clínica, si es nuevo, y pautará de forma provisional los objetivos terapéuticos a cumplir y el nº de sesiones inicialmente previstas.

La asistencia se efectuará de forma ambulatoria mediante asignación de días y horas en sesiones de tratamiento.

7.3.- <u>SESIÓN/DÍA DE TRATAMIENTO</u>

7.3.1.- Se entenderá por SESIÓN/DÍA DE TRATAMIENTO la terapia aplicada sobre un paciente en un día, con una duración determinada. En cada sesión se garantizará un mínimo de impactos. De no realizarse el número mínimo establecido el centro realizará en facturación el descuento proporcional que corresponda a la actividad efectivamente realizada.

El número mínimo de impactos (con spot de 5 mm de diámetro) que se establece por sesión es el siguiente:

Hasta 28cm2 o hasta 1/6 de la cara	150 impactos.
De 29 a 56cm2 o más de 1/6 y hasta 2/6 de la cara	300 impactos.
Más de 56cm2 o más de 2/6 de la cara	450 impactos.

7.3.2.- La sesión/día de tratamiento incluye cuantas acciones terapéuticas se establezcan en una jornada laboral, no pudiendo ser consideradas a efectos de su facturación varias en un mismo día. Así mismo se encuentran incluidos en el precio cuantas consultas de valoración inicial y evaluación del tratamiento sea preciso realizar.

7.3.3.- Se establecen tres tramos para aplicar a la facturación como consecuencia del nº de sesiones/día de tratamiento.

- Se denominará Tramo A al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso cuando éstas no superen las 7 sesiones de tratamiento en el centro

- Se denominará Tramo B al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso cuando éstas superasen las 7 sesiones de tratamiento en el centro y no sobrepasaran las 14 sesiones.

- Se denominará Tramo C al nº de sesiones/día para un mismo paciente y proceso cuando éstas superasen las 14 sesiones de tratamiento en el centro.

A este respecto, para adscribir a un paciente a su tramo correspondiente se computarán todas las sesiones que se le hayan realizado en el centro por el mismo proceso con independencia del periodo transcurrido desde la última sesión.

A efectos de facturación de servicios y con carácter general, una vez superado el nº correspondiente a lo establecido para cada tramo (A, B o C), se procederá con las consecutivas a la aplicación de un factor corrector que resultará de multiplicar el valor del Tto. Sesión/día por los valores siguientes:

TRAMO	**FACTOR CORRECTOR**
A	1,00
B	0,75

C	0,50

7.4.- DOCUMENTACIÓN ASISTENCIAL

7.4.1.- HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica individual recogerá la documentación derivada de la valoración inicial y del seguimiento y monitorización que se realice al paciente.

7.4.2.- INFORME DE ALTA

Siempre que sea necesario, y en todo caso a la finalización del tratamiento, se ha de emitir por el dermatólogo un informe con el diagnóstico, tratamiento realizado, estado actual del paciente y recomendaciones.

7.4.3.- CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

El centro estará obligado a la codificación diagnóstica de las patologías tratadas, realizándose mediante la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Revisión Modificación Clínica (C.I.E.-10-ES), siguiendo en todo caso las recomendaciones de codificación que desde la el Departamento de Salud se realicen.

7.4.4.- INFORME CLÍNICO DE SEGUIMIENTO

Mensualmente junto **con la facturación** se enviará por parte del centro Informe Clínico de Seguimiento de cada paciente relacionado en la misma. Dicho informe contendrá los datos siguientes:

- Número de sesiones en el mes y fecha de realización de las mismas.
- Número de disparos por sesión.
- Intensidad de luz emitida.
- Tiempo entre sesiones.

- Respuesta a cada una de las sesiones recibidas: *porcentaje de blanqueamiento y efectos sobre la piel (eritema, costras, inflamación, cicatriz…).*

Así mismo y con el objeto de permitir la valoración de la eficacia y los progresos del procedimiento terapéutico, previamente al inicio de cada sesión, se realizará una **fotografía** de la zona a tratar que será adjuntada, con el Informe Clínico de Seguimiento correspondiente, a la facturación mensual.

7.5.- AUSENCIAS INJUSTIFICADAS

7.5.1.- Se entenderá por ausencia injustificada del paciente aquella situación en la que teniendo citación para ser tratado en el centro no se presentase a las sesiones, sin que mediase por parte de éste información de su ausencia.

7.5.2.- De producirse en un paciente en tratamiento dos ausencias injustificadas a las sesiones programadas, se procederá por parte del centro al alta del mismo, haciéndose constar tal circunstancia en el informe de alta.

7.5.3- La justificación fidedigna y documentada de enfermedad familiar grave, ingreso en Centro Hospitalario, accidente de trabajo o enfermedad común postrante anularán el procedimiento que de oficio hará altable al paciente por parte del centro.

ANEXO II

CALIDAD

Con el objeto de dotar de una mayor transcendencia a las condiciones de calidad por parte del Departamento de Salud, podrá realizar, además de otros que expresamente se contemplen en el contrato, evaluación de los siguientes parámetros según las prestaciones contratadas:

Se han propuesta los siguientes compromisos de calidad:

- Sistemas de información
- Seguridad
- Mejora de procesos
    - Cirugía cardiaca
    - Hemodinámica
    - Rehabilitación cardiaca
    - Hemodiálisis
- Abordaje integral de las enfermedades crónicas
- Encuesta de satisfacción de pacientes ingresados
- Lista de espera quirúrgica
- Gestión de reclamaciones

Se trata de compromisos relacionados con la actividad hospitalaria (Hospitalización general, Cirugía cardiaca, Hemodinámica), con la rehabilitación cardiaca y con la Hemodiálisis ambulatoria en forma de objetivos de calidad a alcanzar para el conjunto de casos atendidos.

La aplicación de los compromisos tiene carácter inmediato, procediéndose a partir de la firma del presente documento por parte de la empresa contratada, al envío de los datos requeridos con la periodicidad establecida.

Los indicadores se recogerán y evaluarán anualmente, a partir de los valores promedio de cada parámetro en cada paciente a lo largo del año. En número mínimo de determinaciones en cada paciente sometido a diálisis durante un año completo se especifica en la columna "MÍNIMO"

CONDICIONES DE CALIDAD

Indicador	Estándar
1. SISTEMAS DE INFORMACIÓN: ENVÍO BASES DE DATOS	
1. CMBD mensual y anual con todas las variables debidamente cumplimentadas	100%
2. Hemodinámica anual con todas las variables debidamente cumplimentadas	100%
3. Cirugía cardiaca semestral y anual con todas las variables debidamente cumplimentadas	100%
4. Rehabilitación cardiaca anual con todas las variables debidamente cumplimentadas	100%
5. Hemodiálisis anual con todas las variables debidamente cumplimentadas	100%
2. SEGURIDAD	
6. Despliegue de una cultura de seguridad	Presentar protocolo
7. Existencia de sistema de notificación de efectos adversos y evidencia de su uso	Presentar protocolo
8. Incidencia de nuevas ulceras de presión adquiridas de las categorías 2, 3 y 4 (NHS)	< 2,5%
9. Tasa de caídas en pacientes hospitalizados	< 1%
10. Actualización plan PVPCIN (en 2 unidades de alto riesgo). Definir unidades y comunicar a la DTSG	
11. Tasa de reingresos en cirugía cardiaca	< 5%
3. MEJORA DE PROCESOS	
Cirugía cardiaca	
BY-Pass coronario	
12. % de pacientes con riesgo previo elevado	< 40%
13. Incidencia de complicaciones graves en la periintervención	< 5%

14.	Tasa de mortalidad periintervención	< 7%	
	Cirugía valvular		
15.	% de pacientes con riesgo previo elevado	< 80%	
16.	Tasa de incidencia de complicaciones graves periintervención	< 5 %	
17.	Tasa de mortalidad periintervención (válvula aórtica)		
	≥ 80 años	Medición	
	< 80 años	< 10 %	
18.	Tasa de mortalidad periintervención en reparación o recambio valvular (válvula mitral y/o tricúspide)	< 10 %	
	Hemodinámica		**15**
	Angioplastia Coronaria Percutánea		**10**
19.	Incidencia de infarto periintervención	< 3%	1
20.	Incidencia de cirugía cardiaca durante el mismo ingreso por fallo de la angioplastia	< 1%	2
21.	Incidencia de complicaciones hemorrágicas o vasculares graves periintervención	< 3 %	2
22.	Incidencia de complicaciones hemorrágicas o vasculares graves durante los 30 días tras la intervención	< 5 %	1
23.	Éxito Clínico global	≥ 95 %	3
24.	Tasa de mortalidad de la población tratada	< 1 %	1
	Stents Coronarios		**3**
25.	Tasa de reestenosis	< 4 %	2
26.	Tasa de incidencia de trombosis del stent	< 3 %	1
	Coronariografía		**2**
27.	Tasa de incidencia de complicaciones mayores periintevención	< 1 %	2
	Rehabilitación cardiaca		**5**
28.	% de pacientes con ganancia de al menos un 10% en capacidad funcional (METS)	≥ 75 %	3
29.	Monitorización del riesgo de los pacientes al acceder al programa	Medición	1
30.	Monitorización del riesgo de los pacientes al finalizar el programa	Medición	1

Hemodiálisis		**16**
31. Proporción de pacientes en Diálisis Crónica incluidos en el protocolo	100%	1
32. Nº de pacientes nuevos	Medición	2
33. Nº de pacientes temporales	Medición	1
34. % de Pacientes Prevalentes en Diálisis Crónica en situación de activos en lista de espera de trasplante	> 20%	1
35. % de Pacientes en Diálisis Crónica con ingresos hospitalarios (excluido trasplante) < 13 estancias /año	> 85%	1
36. % de pacientes en Diálisis Crónica con Kt / V > 1,3 (Daugirdas con volumen variable)	> 80%	1
37. % de pacientes en Diálisis Crónica con ALBUMINA > 3,5 g/dL	> 75%	1
38. % de pacientes en Diálisis Crónica con K < 6 mEq/L	> 85%	1
39. % de pacientes en Diálisis Crónica con HEMOGLOBINA > 11 g/dl	> 70%	1
40. % de pacientes en Diálisis Crónica con FERRITINA > 100	> 80%	1
41. % de pacientes en Diálisis Crónica con PTH < 300 pg/ml	> 60%	1
42. % de pacientes en Diálisis Crónica con PRODUCTO Ca/P < 55	> 60%	1
43. % de pacientes en Diálisis Crónica con CATETER PERMANENTE	Medición	1
44. % de pacientes en Diálisis Crónica con Índice de Resistencia a NESP < 10	Medición	1
45. % de pacientes con total de pruebas analíticas de protocolo realizadas (se excluye que algunos puedan no tenerlo por vacaciones, ingresos…)	> 95%	1
4. ABORDAJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS		**2**
46. Tasa de informes de derivación de pacientes a media estancia y/o dispositivo sociosanitario debidamente cumplimentados	≥ 95 %	2

5. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PACIENTES INGRESADOS		**3**
47. Trato recibido	95%	1
48. Información	86%	1
49. Dolor	93%	1
6. LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA		**3**
50. % pacientes en Lista de Espera Quirúrgica > 2 meses	< 5%	2
51. % pacientes en Lista de Espera Quirúrgica > 3 meses	0%	1
7. GESTIÓN DE RECLAMACIONES		**3**
52. % De reclamaciones escritas/Nº pacientes	< 0,2%	2
53. Demora media en la resolución de las reclamaciones	< 15 días	1
TOTAL		**155**