PLIEGO DE PRESCRIPCIONES TÉCNICAS PARTICULARES PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS DE ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PERSONAS USUARIAS DEL ÁREA DE SALUD DE ARABA

(EXPTE. N.º 008/2025-PS)

1. OBJETO DEL CONTRATO

1.1. El objeto del presente contrato es proporcionar servicios de Atención Especializada tanto en régimen de hospitalización como ambulatorio a las personas usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi fundamentalmente del Área de Salud de Álava.

1.2. Los servicios referenciados anteriormente, que se detallan en el punto 3.1, 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 de Euskadi 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 entidad adjudicataria para prestar los servicios contratados a cuantas personas usuarias del Sistema Sanitario de Euskadi, les resulten asignados por la Delegación Territorial de Salud de Araba.

2. ÁMBITO GEOGRÁFICO

La entidad contratada tendrá adscrita preferentemente la población protegida por el Sistema Sanitario de Euskadi del Área de Salud de Araba; no obstante, y según necesidad asistencial, también podrán ser derivadas personas de otras Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Los centros en los que se prestarán los servicios deberán estar ubicados en Araba.

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS

3.1. Prestaciones contratadas

La entidad contratada atenderá con sus recursos humanos y materiales a las personas usuarias bajo cobertura del Sistema Sanitario de Euskadi proporcionando los servicios siguientes:

- Hospitalización
    - Procesos singularizados
    - Hospitalización procedimiento extraordinario
    - Hospitalización genérica

- Consultas externas
- Rehabilitación ambulatoria
- Pruebas complementarias

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.

3.2.2. El equipamiento, aparataje e instrumental disponible en el centro, deberán 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.

Con el fin de garantizar la adecuación, funcionalidad y actualización tecnológica del equipamiento clínico utilizado en la prestación de los servicios contratados, la entidad adjudicataria deberá disponer en todo momento de un informe que recoja el inventario técnico certificado de los equipos asistenciales clave (aparataje quirúrgico, imagen diagnóstica, rehabilitación, monitorización, etc.).

Aunque no será de entrega periódica obligatoria, la Delegación Territorial de Salud podrá requerir en cualquier momento la presentación de dicho informe, total o parcial, así como realizar visitas de inspección para verificar in situ el estado del equipamiento. La negativa a presentar el informe solicitado o la evidencia de obsolescencia o mal estado de los equipos podrá ser causa de requerimiento formal de subsanación o, en su caso, del inicio del procedimiento de rescisión contractual.

3.2.3. La empresa contratada es responsable de la seguridad de las personas usuarias y de las consecuencias administrativas y/o jurídicas que pudieran sobrevenir por la atención de estas en cualquiera de las modalidades asistenciales contempladas en este convenio. A tal efecto tendrá suscrito un Seguro de Responsabilidad Civil, que cubra los riesgos posibles de la actividad del servicio prestado a personas usuarias aseguradas 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 las personas usuarias 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.

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 Sanidad. Si estas modificaciones suponen reducción o pérdida, tanto de la calidad como de la cuantía del Servicio, se iniciará, previa advertencia al centro 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 396/1994 de 11 de octubre, que regula las autorizaciones de apertura, funcionamiento y modificación de centros, servicios y establecimientos sanitarios y en la Orden de 29 de febrero de 1996 dictada en desarrollo de la misma.

3.2.7. Deberán existir en el centro a disposición de todas las personas usuarias, hojas de reclamaciones según modelo establecido por el Departamento de Industria, Comercio y Turismo (Decreto 5/1997 de 14 de enero), donde se recogerán cuantas demandas sean realizadas.

Con independencia de que el usuario prosiga en su reclamación por los cauces previstos en la normativa, la dirección del centro deberá proceder a dar respuesta por escrito al mismo y a mantener archivo de dicha respuesta, de la reclamación que la originó y de cuanta documentación obre o se genere en relación con ésta.

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 las bases de datos previstas en este pliego que recogen información para:

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

3.2.9. La prestación de los servicios será realizada por la entidad concertada, 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 personal facultativo en posesión del título de especialista necesario para la realización de las técnicas objeto de este concierto.

3.3.2. Así mismo y en número proporcional a la demanda asistencial, el centro dispondrá 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 médicas dentro del cuadro asistencial del centro serán puestas en conocimiento, con carácter previo, del Departamento de Sanidad. Cuando estas modificaciones afecten sustancialmente al contenido de los servicios concertados 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 concierto.

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 los Decretos 272/1986 y 45/1998 por los que se regula la utilización de la Historia Clínica en los centros hospitalarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

3.4.2. El Informe de Alta, 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. El centro estará obligado 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 por la Resolución de 15 de junio de 1993 que desarrolla el artículo 4, y la Orden de 13 de octubre de 2015 que desarrolla el citado Decreto 303/1992.

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 las personas usuarias contempladas en este concierto, 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 (hospitalización, consultas...) 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.

4. ACCESO A LOS SERVICIOS

4.1.- El Servicio de Admisión del centro, reclamará a las personas usuarias 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 todo caso, el centro concertado seguirá los circuitos y protocolos que tenga definidos, o defina en el futuro la Dirección Territorial, en relación con las prestaciones recogidas en este convenio.

4.2.- Si se diera la circunstancia de que la persona usuaria sea asistida 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 concierto. Con este fin dicho Servicio, cuando así se le requiera, facilitará a la Dirección Territorial y/o a la persona usuaria la información clínica y/o administrativa que, en relación con el caso, tenga disponible el centro.

5. GARANTÍA DE LOS DERECHOS DE LA PERSONA USUARIA

5.1.- Será obligación del centro contratado, garantizar los derechos de la persona usuaria 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 Salud 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 personas usuarias 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 entidad contratada realizará anualmente una encuesta estandarizada, cuyos ítems serán comparables en diseño y contenido a los utilizados por Osakidetza-SVS a nivel corporativo, con el objeto de conocer el grado de satisfacción que manifiestan las personas usuarias 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. La metodología y resultados de la misma deberán ser enviados a la DTSA 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.- Las personas usuarias de los centros contratados 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 de adjudicación del servicio, 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 dieciséis 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 entidad.

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 las personas usuarias 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.- Por parte de la Delegación Territorial de Salud, anualmente se realizará la 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 antes del 15 de febrero del año siguiente. La realización de la evaluación estará condicionada a la existencia de un volumen de actividad derivada que justifique la misma.

9.2.- El 1% de la financiación total del contrato podrá quedar vinculada a la consecución anual de los objetivos contemplados en los indicadores relacionados en el citado Anexo II. Así, la financiación total podrá reducirse 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 estos, 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.

9.3.- 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.

9.4.- 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.

9.5.- 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 entidad 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 entidad 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 PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CONTRATADOS

1.- HOSPITALIZACIÓN

1.1.- CONDICIONES GENERALES

Bajo el presente concierto en lo que respecta a la Hospitalización, la entidad adjudicataria atenderá en régimen hospitalario a las personas usuarias derivadas por las unidades del Departamento de Salud.

El centro habilitará las camas 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 aquellas personas usuarias que por sus especiales características así lo precisen.

La prescripción farmacéutica y material ortoprotésico no implantable se deberá realizar por el facultativo en recetas oficiales blancas, que posteriormente serán prescritas por el médico de atención primaria adscrito al paciente o por el inspector médico.

1.2.- PROCESOS SINGULARIZADOS

1.2.1.- La facturación por proceso que se establece para los procedimientos médico-quirúrgicos contemplados en la Carátula del Pliego de Condiciones Administrativas, excluirá la facturación por cualquier otro procedimiento y 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, que abarcan también la totalidad del material quirúrgico no implantable, y cuidados que cada intervención comporte desde su ingreso en el centro hasta el alta de las personas usuarias.

Se consideran también incluidas las consultas de preanestesia, medicación preoperatoria, curas y cuantas consultas post hospitalarias de revisión resulten necesarias, incluida la retirada de suturas. El tiempo de seguimiento se ajustará a lo establecido por la evidencia científica. No queda incluido dentro del precio la medicación de continuación tras el alta médica.

En los procesos de implantación de prótesis de cadera y rodilla, el tiempo de seguimiento en consulta será de un año, durante el que se realizarán consultas de seguimiento al mes, a los 3 meses y al año de la intervención en el centro contratado, conforme a las recomendaciones de la evidencia científica disponible.

Las posibles complicaciones de aparición tardía relacionadas con la intervención (aflojamientos, inestabilidades…) serán valoradas y, en su caso, atendidas por el centro contratado, procurando, siempre que sea posible, la continuidad asistencial por parte del equipo responsable de la intervención.

El centro contratado solicitará al proveedor el material protésico que precise, y empleará exclusivamente material que se encuentre en el catálogo de prótesis autorizadas de Osakidetza-SVS, a la que remitirá la factura por el procedimiento que esta establezca.

Las prótesis no podrán superar el precio de adquisición que aplique Osakidetza a cada categoría En los procesos de varices el tiempo de seguimiento será de 12 semanas, según lo recomendado por la Sociedad Europea de Cirugía Vascular (ESVS, 2022). La primera consulta de revisión se realizará en el centro contratado, así como las curas que se precisen durante el tiempo de seguimiento. Todas las complicaciones que surjan durante el periodo de seguimiento serán valoradas por el equipo quirúrgico que ha realizado la intervención.

Todas aquellas actuaciones clínicas no expresamente detalladas en este pliego y que se deriven de los procesos asistenciales contratados, deberán ajustarse a los protocolos y circuitos establecidos por Osakidetza en cuanto a procedimientos, tiempos de seguimiento y criterios clínicos. Asimismo, se aplicará la mejor práctica clínica disponible, basada en la evidencia científica más actualizada en cada momento, de acuerdo con las recomendaciones emitidas por las sociedades científicas de referencia en cada área.

1.2.2.- Únicamente podrán ser intervenidas en el centro contratado personas usuarias que correspondan a los grados I y II de la clasificación ASA de riesgo anestésico.

1.2.3.- Para la remisión de personas usuarias se utilizará el Sistema de Información que la Delegación Territorial de Salud de Araba establezca en cada caso.

El hospital de referencia de Osakidetza-SVS comunicará a la Delegación Territorial de Salud de Araba la previsión de intervenciones a realizar en el centro contratado, mediante el procedimiento que a tal efecto se determine por la Delegación.

1.2.4.- La entidad adjudicataria será la responsable de contactar con las personas usuarias para su programación quirúrgica. En caso de que no sea posible establecer comunicación con las personas usuarias o con personas de su entorno, el centro contratado informará a la Unidad de Gestión Sanitaria de la OSI correspondiente de las personas usuarias que hayan resultado ilocalizables, adjuntando las justificaciones del intento de localización conforme al procedimiento establecido.

1.2.5.- Corresponde al Hospital de referencia de Osakidetza-SVS la gestión del consentimiento informado de las personas usuarias o persona legalmente autorizada para la realización del procedimiento, previa información detallada de las posibles consecuencias de este. El centro contratado comprobará siempre que la persona usuaria tenga el consentimiento informado, bien a través de la persona cirujana o anestesista, y dejará constancia de ello en la documentación clínica correspondiente.

1.2.6.- La persona usuaria contará con el estudio preoperatorio realizado en su OSI de referencia. Corresponde a la adjudicataria la realización de la consulta de preanestesia. En caso de que, una vez realizada la evaluación del riesgo preanestésico, el facultativo de la adjudicataria estimase que el riesgo anestésico se encuentra en una categoría superior a ASA II, el centro contratado devolverá estas derivaciones a OSI Araba.

Esta consulta de preanestesia podrá ser facturada por el precio máximo que se establecen en los pliegos de cláusulas administrativas.

1.2.7.- Cuando por razones clínicas, tras el alta de la intervención quirúrgica, a juicio de la entidad contratada, la persona usuaria precise transporte sanitario para volver a su domicilio, este se gestionará de la forma que Osakidetza-SVS y esta Delegación dispongan.

1.2.8.- Si durante el tiempo que dura el seguimiento, el personal facultativo del centro contratado considera necesario la realización de pruebas complementarias, rehabilitación o una interconsulta con otra persona especialista, será el propio hospital destinatario quien dé respuesta a esta necesidad, que será gestionada a través de los circuitos de derivación asistencial que se establezcan con la OSI Araba, la Delegación Territorial de Salud de Araba y la entidad adjudicataria.

En los procesos de implantación de prótesis de cadera y rodilla las sesiones de rehabilitación serán las que marque la evidencia científica, que son el mismo nº que las realizadas en la OSI Araba de Osakidetza. En cualquier caso, se seguirán los mismos protocolos que Osakidetza-SVS y la Delegación Territorial de Salud de Araba (DTSA) definan.

Durante los 2 primeros meses tras la intervención, serán 1 al día, y si la evolución es favorable, pasar a 3 a la semana, los lunes, miércoles y viernes, hasta la finalización.

1.2.9.- 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 (más del 50% de la estancia media habitual), 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.

1.2.10.- Cuando los hallazgos quirúrgicos no se correspondan con el diagnóstico de remisión de las personas usuarias, 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 practicado no se encuentre incluido en el listado del presente contrato, procederá la facturación bajo la modalidad de hospitalización genérica.

1.2.11.- Si se realizan dos o más procedimientos recogidos dentro de la modalidad coste por proceso dentro de una misma hospitalización, el centro optará por facturar sólo uno de ellos, o bien acogerse a facturar según la modalidad hospitalización genérica, sin que quepa facturación adicional por alguno de los procesos.

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, como en el caso anterior.

1.2.12.- Si producida el alta de la persona usuaria, ésta tuviera que reingresar por el mismo proceso en el plazo de los 10 días posteriores a aquel en que se realizó dicha alta, este nuevo ingreso no podrá ser objeto de facturación salvo que sea consecuencia de tratamientos protocolizados previamente pactados con la Delegación Territorial.

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.

1.2.13.- En caso de mala praxis, correrán a cargo del centro contratado, con el equipo quirúrgico responsable, las reintervenciones terapéuticas necesarias que haya que realizar a la persona usuaria, siempre que estén relacionadas con la prestación del servicio y/o el procedimiento inicial, a pesar de ser posteriores al alta definitiva.

1.2.14.- Cuando se produzca un acortamiento del periodo ordinario de hospitalización (más del 50% de la estancia media habitual) como consecuencia de una derivación la persona usuaria 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.

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

1.2.16.- La derivación de las personas usuarias se realizará con la periodicidad que se estime oportuna, comprometiéndose el centro a ser intervenidos en un plazo no superior a 20 días.

1.3.- HOSPITALIZACIÓN PROCEDIMIENTO EXTRAORDINARIO

1.3.1.- Cuando así lo determine esta Delegación Territorial y conforme al «procedimiento extraordinario de gestión de ingresos», podrán ser derivadas personas usuarias para su hospitalización. Estas personas usuarias serán derivadas por Emergencias de Osakidetza.

1.3.2.- Las características técnicas de las personas usuarias objetos de derivación, así como la gestión de camas, serán las especificadas en el «procedimiento extraordinario de gestión de ingresos», confeccionado al efecto.

1.3.3.- Dentro de la prestación del servicio de tratamiento y hospitalización de la persona usuaria estándar se considera:

- Recepción e ingreso la persona usuaria, valorado previamente por el servicio público y gestionado por Emergencias Osakidetza.
- Inicio del tratamiento, siguiendo las pautas marcadas por el facultativo que ordena el ingreso.
- Control de la evolución la persona usuaria y tratamiento de las complicaciones, en el caso de que aparezcan.
- Realización de exploraciones complementarias y/o pruebas especiales que tras el ingreso fueran necesarias.
- Elaboración y entrega del informe de alta.

1.3.4.- Para poder tener acceso a esta modalidad, es indispensable poner a disposición de esta Delegación Territorial y por el tiempo que se determine, un número mínimo de recursos cama. Este número mínimo de camas deberá señalarse en el «procedimiento extraordinario de gestión de ingresos».

1.4.- HOSPITALIZACIÓN GENÉRICA

1.4.1.- La facturación se realizará por día de estancia, en función del nivel de complejidad que corresponde a la homologación del centro, entendiéndose como tal, cuando la persona usuaria ingresada 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 de la persona usuaria.

1.4.2.- En los ingresos con intervención quirúrgica en los que se precise implante de prótesis, este será suministrado por el hospital que ha realizado la derivación.

1.4.3.- Se considerarán también incluidas las consultas y pruebas preanestésicas, medicación preoperatoria y cuantas consultas posthospitalarias de revisión resulten necesarias, durante el tiempo referido con anterioridad al alta de hospitalización, incluida la retirada de suturas.

1.4.4.- Cuando una persona usuaria 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.

2.- CONSULTAS EXTERNAS

2.1. CONDICIONES GENERALES

a) Bajo el presente contrato en lo que respecta a Consultas externas, la entidad adjudicataria atenderá en régimen ambulatorio a las personas usuarias derivadas por Osakidetza-SVS.

b) La prestación de los servicios de consultas externas incluye:

- La citación de las personas usuarias.
- La indicación y realización de todas aquellas pruebas complementarias que el facultativo considere necesarias para la consecución de un diagnóstico y puedan realizarse dentro de la actividad ordinaria de dicha consulta.
- La prestación del tratamiento necesario y seguimiento la persona usuaria durante el tiempo que aconseje la evidencia científica hasta su informe de alta.
- La gestión administrativa y documentación clínica que de la actividad realizada se desprenda.

c) El centro habilitará las instalaciones apropiadas y con calidad suficiente para garantizar una atención personalizada.

d) Esta actividad se realizará por el personal médico titulado especialista en la especialidad requerida y se procurará la atención personalizada por el mismo facultativo en todo el proceso.

e) La derivación de las personas usuarias se realizará con la periodicidad que se estime oportuna, comprometiéndose el centro a ser vistos en un plazo no superior a 20 días.

f) La prescripción farmacéutica se deberá realizar por el personal médico en recetas oficiales blancas, que posteriormente serán prescritas por el personal médico de atención primaria, sin perjuicio de que, durante la vigencia del contrato, pueda acordarse un procedimiento alternativo conforme a la normativa aplicable y a los criterios establecidos por la Administración sanitaria competente, previo consenso con la entidad contratada y con Osakidetza-SVS.

- En el caso de la prescripción de material ortoprotésico no implantable, el personal facultativo del centro contratado remitirá un informe a la Unidad de Ortoprótesis de esta Delegación Territorial para su gestión.

2.2. PROCESO ASISTENCIAL DE CONSULTA EXTERNA

a) Se entenderá por PROCESO ASISTENCIAL DE CONSULTA EXTERNA todas aquellas actuaciones asistenciales que se realicen para la consecución de un resultado, su valoración y planificación terapéutica, hasta el alta del proceso asistencial en el ámbito de la consulta externa.

En concreto, durante la primera visita a consulta médica deberá abrirse historia médica con anamnesis y exploración clínica completa. Se realizarán exploraciones complementarias y/o pruebas especiales (in vivo e in vitro) que pudieran precisarse, así como el control de seguimiento, valoración de resultados y planificación terapéutica. Por último, se elaborará y se entregará a la persona usuaria el informe de alta. Este informe también será enviado a Osakidetza por medios electrónicos de la forma en que las partes derivante y realizadora acuerden.

b) La facturación del proceso asistencial de consulta externa que se establece contemplará todas aquellas actuaciones asistenciales señaladas en el apartado anterior. Se exceptúan las intervenciones quirúrgicas, interconsultas con otros especialistas, la realización de rehabilitación, y pruebas complementarias que

pudieran prescribirse para cuya ejecución el centro contratado deberá remitir los informes pertinentes a la Unidad de Gestión Sanitaria de la OSI correspondiente.

c) En el precio que se establece para cada uno de los procesos asistenciales de consulta externa tipificados, se consideran incluidos todos los gastos incurridos hasta el alta del proceso. Quedarán excluidos aquellos gastos que por su importe y/o por su carácter esporádico, expresamente se manifiesten y cuya ejecución precisará de autorización sanitaria.

d) Se establecen diferentes tramos para cada especialidad de consulta y según la intensidad de la terapia realizada.

e) El centro se compromete, sin coste alguno, a reabrir el proceso cuando por el mismo proceso que originó la 1ª consulta y a criterio del servicio hospitalario que realizó la derivación se estime oportuno.

3.- TRATAMIENTOS Y CONSULTA DE REHABILITACIÓN

3.1. CONDICIONES GENERALES

a) Bajo el presente contrato en lo que respecta a la Rehabilitación, la entidad adjudicataria atenderá en régimen ambulatorio a las personas usuarias derivados por Osakidetza.

b) La prestación de los servicios de rehabilitación incluye:

- La citación de las personas usuarias.
- Las actuaciones sanitarias conducentes al diagnóstico.
- La prestación del tratamiento rehabilitador necesario y valoración final al término de las sesiones prescritas por Osakidetza-SVS.
- La gestión administrativa y documentación clínica que de la actividad realizada se desprenda.

3.2. CONDICIONES TÉCNICAS Y EQUIPAMIENTO

a) Las personas usuarias deberán estar en posesión del "Estudio Clínico Rehabilitador" realizado por su rehabilitador de Osakidetza-SVS, que contendrá la prescripción del tratamiento y el número de sesiones a realizar.

b) La asistencia se efectuará de forma ambulatoria mediante asignación de días y horas en sesiones de tratamiento rehabilitador, teniendo en cuenta cuantas apreciaciones sean realizadas por el facultativo rehabilitador.

c) 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 Persona usuarias 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 Hidroterapia.
  - Área de Electroterapia para Trat. Individualizados.
  - Gimnasio con espacios para Trat. Individualizados.

d) El aparataje disponible será con carácter mínimo el que posibilite:

- La electroterapia mediante corrientes de alta y baja frecuencia para diferentes tratamientos. Este aparataje posibilitará la producción de corrientes galvánicas, farádicas, de impulsos exponenciales y crecientes, ultraestimulantes, frecuencia modulada, ultraestimulantes de Trabert y diadinámicas de Bernard. Posibilitándose la diatermia y electropirexia.
- La terapia de analgesia, modificación de la vascularización tisular y ejercitación-relajación del componente estructural muscular con corrientes interferenciales de media frecuencia.
- La terapia de secuelas dolorosas mediante aplicación de calor superficial y profundo con microondas e infrarrojos.
- La terapia por ondas ultrasónicas.
- La hidroterapia para movilización de articulaciones y reeducación muscular con tinas para tratamiento de miembros superiores e inferiores.
- Tratamientos de mecanoterapia y masoterapia con todos aquellos elementos, artilugios y aparatos (entre ellos los de tipo gimnástico) que permitan realizar los procedimientos habituales y ejercicios de cada una de las diferentes articulaciones.

3.3. PERSONAL ASISTENCIAL

a) El centro estará obligado a contar, como responsable de la actividad asistencial, con un médico o médica titulado especialista en rehabilitación.

b) El centro, en un número suficiente proporcional a su demanda asistencial, dispondrá de fisioterapeutas, personal de enfermería y personal auxiliar sanitario a fin de cumplimentar los tratamientos indicados.

c) Se establecerán sesiones clínicas con la periodicidad que el centro estime oportuna, siempre y cuando se cumplimente una bimensualmente. En dicha sesión se reunirá el equipo asistencial con el personal médico rehabilitador responsable y se comentarán los temas de interés sobre cada uno de las personas usuarias. Al objeto de su acreditación documental deberá existir en el centro un registro de sesiones clínicas. En ausencia de dicho registro, se procederá a su notificación para la subsanación por parte de la entidad contratada. En caso contrario, se aplicarán las sanciones que la Delegación de Salud de Araba determine.

3.4. SESIÓN/DÍA DE TRATAMIENTO REHABILITADOR SEGÚN INTENSIDAD TERAPÉUTICA

a) Se entenderá por SESIÓN/DÍA DE TRATAMIENTO REHABILITADOR la terapia rehabilitadora (ejecutada en un día, de duración determinada y que suele comportar un carácter repetitivo en el tiempo) aplicada sobre una persona usuaria en base a lo establecido por el personal médico rehabilitador.

b) La sesión/día de tratamiento rehabilitador incluye cuantas acciones terapéuticas se establezcan en una jornada laboral, no pudiendo ser consideradas a efectos de su facturación varias en un mismo día.

c) Se establecen tres tramos para aplicar a la facturación como consecuencia del nº de sesiones/día de tratamiento rehabilitador según la intensidad de la terapia realizada por persona usuaria.

- Se denominará Tramo A al nº de sesiones/día para una misma persona usuaria y proceso cuando estas no superen las 25 sesiones de tratamiento rehabilitador en el centro, correspondientes al mismo tratamiento o reinicio.

- Se denominará Tramo B al nº de sesiones/día para una misma persona usuaria y proceso cuando estas superasen las 25 sesiones de tratamiento rehabilitador en el centro, correspondientes al mismo tratamiento o reinicio y no sobrepasaran las 50 sesiones.

- Se denominará Tramo C al nº de sesiones/día para un mismo a y proceso cuando estas superasen las 50 sesiones de tratamiento rehabilitador en el centro, correspondientes al mismo tratamiento o reinicio.
- A este respecto, tendrá la consideración de reinicio, aquel tratamiento en el que no hayan transcurrido 90 días desde la última fecha de alta por un mismo motivo o patología.
- 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	2,50
B	1,75
C	1

d) Se entenderá por consulta de valoración al alta, la realizada por el personal médico rehabilitador de la adjudicataria para valorar e informar de la situación clínica a las personas usuarias una vez finalizadas las sesiones de rehabilitación prescritas por Osakidetza-SVS.

A efectos de facturación, solo será posible imputar dicho concepto una vez por persona usuaria y tratamiento.

3.5. PROCESOS REHABILITADORES SINGULARIZADOS

a) La facturación por proceso que se establece para los procedimientos de rehabilitación contratados y recogidos en la Carátula del Pliego de Condiciones Administrativas, excluirá la facturación por cualquier otro procedimiento y será incompatible con la facturación por sesiones.

b) En el precio que se establece para cada uno de los procedimientos se consideran incluidos todos los tratamientos que el proceso comporte desde el ingreso hasta el alta las personas usuarias. Los reinicios, según lo establecido, formarán parte del proceso, siempre que no hayan transcurrido 90 días desde la última fecha de alta por un mismo motivo o patología.

c) 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.

d) En caso de que una complicación o cualquier circunstancia impida la realización del número mínimo de sesiones estipulado para tratamiento de un proceso, dicho proceso se facturará por sesiones, con el correspondiente informe justificativo.

e) Cuando, una vez realizado el estudio diagnóstico rehabilitador, los hallazgos exploratorios no se correspondan con el diagnostico de remisión de las personas usuarias, y previo informe correspondiente, serán abonados conforme al proceso real o por sesiones, de no estar incluido dicho diagnóstico entre los procesos contratados.

f) Si se realizan dos o más procesos dentro de un mismo tratamiento, la entidad optará por facturar solo uno de ellos, o bien acogerse a facturar por sesiones, sin que quepa facturación adicional por alguno de los procesos.

g) En el caso de que se realice un procedimiento incluido en la modalidad coste por proceso y simultáneamente otro no incluido en dicha modalidad, la entidad optará por facturar únicamente el proceso o bien a facturar todo el tratamiento por sesiones, como en el caso anterior.

h) Los procedimientos recogidos en la modalidad coste por proceso, serán facturados únicamente cuando se haya producido el alta en el tratamiento, incluyéndose en la facturación el informe de alta correspondiente.

3.6. DOCUMENTACIÓN ASISTENCIAL

a) HISTORIA CLÍNICA

La Historia Clínica individual recogerá la documentación derivada del Estudio Clínico Rehabilitador y de las consultas de seguimiento y monitorización que se realicen por el personal sanitario.

b) HOJAS DE TRATAMIENTO

Existirán así mismo hojas de tratamiento para la anotación diaria de las características, evolución y progreso rehabilitador de cada uno de las personas usuarias y que será cumplimentado por el personal sanitario.

c) INFORME DE ALTA

Siempre que sea necesario, y en todo caso a la finalización del tratamiento, se ha de emitir un informe por el personal médico rehabilitador con el diagnóstico, tratamiento realizado, estado actual la persona usuaria y recomendaciones. Este informe será enviado a Osakidetza-SVS por medios electrónicos de la manera que esta y la adjudicataria acuerden.

d) CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

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

3.7. AUSENCIAS INJUSTIFICADAS

a) A los efectos del contrato se entenderá por ausencia injustificada la persona usuaria aquella situación en la que teniendo citación para ser rehabilitado en el centro no se presentase a las sesiones, sin que mediase por parte de éste información de su ausencia.

b) De producirse en una persona usuaria en tratamiento una ausencia injustificada a las sesiones de rehabilitación programadas de más de 10 días naturales consecutivos, se procederá por parte del centro al alta del mismo, haciéndose constar tal circunstancia en el Informe de Alta.

c) De producirse tres ausencias injustificadas durante el tratamiento rehabilitador de una patología concreta y aunque no mediasen los 10 días naturales mencionados en el punto anterior, se procedería a dar de alta igualmente a la persona usuaria.

d) 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 a la persona usuaria por parte del centro.

4.- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

4.1. Las pruebas serán realizadas por personal especializado y capacitado en los requerimientos técnicos específicos que tales pruebas soportan. En el caso específico de las ecografías, será un médico o médica Especialista en Radiología el que las realice e informe. A la realización de la prueba, se elaborará un informe

con los hallazgos significativos (orientaciones diagnósticas, recomendaciones clínicas que se consideren, etc. ...), cumplimentándose los datos necesarios respecto a la identificación de la persona usuaria, así como la firma legible del facultativo. El informe deberá responder a la pregunta realizada por parte del facultativo en la solicitud de la prueba.

Este informe se remitirá a Osakidetza-SVS por vía electrónica, conforme al procedimiento previamente establecido entre Osakidetza-SVS y la entidad adjudicataria.

4.2. Dichas pruebas se realizarán respetando, en su caso, los tiempos óptimos que garanticen la eficacia diagnóstica del estudio. En aquellos supuestos en los que, una vez valorada por los servicios médicos solicitantes, la calidad o la aplicación de la prueba se considere manifiestamente inadecuada, deberá procederse a su repetición conforme a las prescripciones clínicas indicadas, sin que ello genere cargo alguno adicional en la facturación. El centro contratado será responsable de registrar estas incidencias y de informar de las mismas a la Delegación de Salud de Álava, por el procedimiento que a tales efectos se disponga.

4.3. El centro realizará las pruebas dentro de los siguientes plazos, en función del tipo de persona usuaria. En caso de personas usuarias urgentes e ingresados, el plazo máximo será de 24 horas. En el caso de personas usuarias ambulatorias, las pruebas deberán efectuarse en un plazo no superior a 10 días laborables.

En lo que respecta a las pruebas de TAC, personas usuarias de características urgentes deberán ser atendidas en un plazo máximo de 6 horas, mientras que para personas usuarias ingresadas se mantendrá el plazo de 24 horas. Para personas usuarias ambulatorias, el plazo máximo será de 6 días laborables.

4.4. Los informes de las pruebas se realizarán en la misma jornada laboral o al día siguiente de la obtención de los resultados, remitiéndose al personal facultativo peticionario, salvo en los casos urgentes y de hospitalización donde la entrega será inmediata. En el caso de que los informes contengan datos clínicos significativos que debieran determinar actuaciones diagnósticas complementarias o terapéuticas inmediatas, serán trasladados al personal facultativo solicitante de forma que manifiestamente éste pueda apreciar tal circunstancia en el envío.

4.5. De estimarse por parte del personal facultativo que realiza la prueba que se precisa ampliación del estudio prescrito, mediante realización de otra prueba adicional no solicitada, podrá ser realizada y facturada excepcionalmente con cargo al contrato, aportando el correspondiente informe médico justificativo.

4.6. Las tarifas establecen el precio máximo por la realización del estudio completo, incluyendo, en su caso, los medicamentos, sustancias de contraste u otros materiales sanitarios necesarios. No obstante, dichos materiales no se facturarán cuando las pruebas realizadas no requieran su utilización.

Así mismo, los que aportan soporte de imagen (iconográficos) incluirán cuantas proyecciones adicionales fuera preciso realizar.

4.7. En el caso de T.A.C., tendrá la consideración de estudio a efectos de facturación, el que se realice sobre cada uno de los siguientes niveles: Craneal, Cervical, Torácico, Abdominal, Pélvico y de Extremidad Completa (uno por cada extremidad), e incluirá el análisis uni o bilateral de todas las partes u órganos que englobe dicho nivel. No obstante, el número máximo de estudios facturables en una misma persona usuaria y fecha será de tres.

4.8. A petición del personal facultativo demandante, se facilitarán de forma gratuita por el centro contratado, cuantas copias de informes y soportes iconográficos se soliciten de cada estudio, tanto por necesidades asistenciales como de información al persona usuaria.

4.9. Las endoscopias que se realicen con técnica de sedación, serán facturadas adjuntando el informe del personal facultativo de anestesia correspondiente, y su tarifa incluye todos los actos preanestésicos que fuera necesario realizar (consulta, pruebas complementarias, etc...).

4.10. El funcionamiento del centro respecto a la Radiología, se ajustará a lo contemplado en el R.D. 1976/1999 de 23 de diciembre por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico.

ANEXO II

Condiciones de calidad

INDICADORES DE CALIDAD	Estándar	Puntuación
1.- Sistema de información		**10 puntos**
1.1.- Base de datos debidamente cumplimentada.	Mensual	10
2.- Demoras		**40 puntos**
2.1.- Intervenciones quirúrgicas: Porcentaje de intervenciones realizadas dentro de los 20 días posteriores a la derivación.	≥ 85 %	10
2.2.- Consultas externas: Porcentaje de primeras consultas realizadas dentro de los 20 días posteriores a la derivación.	≥ 85 %	10
2.3.- Pruebas complementarias a personas usuarias ambulantes: Porcentaje de pruebas realizadas dentro de los 10 días posteriores a la derivación.	≥ 85 %	10
2.4.- Pruebas de TAC: Porcentaje de pruebas realizadas dentro de los 6 días posteriores a la derivación.	≥ 85 %	10
3.- Documentación clínica		**24 puntos**
3.1.- Intervenciones quirúrgicas: Fichero CMBD debidamente cumplimentado.	Sí/NO	8
3.2.- Consultas externas: Porcentaje de informes de alta entregados a la persona usuaria.	100 %	8
3.3.- Pruebas complementarias: Entrega del informe en la misma jornada laboral o al día siguiente de la obtención de resultados al facultativo peticionario.	100 %	8
4.- Calidad del servicio prestado		**10 puntos**
4.1.- Informes, pruebas o intervenciones que respondan adecuadamente a la derivación	> 95 %	10
5.- Encuesta de satisfacción		**8 puntos**
5.1.- Realización de la encuesta de satisfacción anual.	SI/NO	4
5.2.- Grado de satisfacción de la persona usuaria.	> 80 %	4
6.- Gestión de reclamaciones		**8 puntos**
6.1.- Porcentaje de reclamaciones escritas respecto al total de personas usuarias atendidas en el año.	< 0,2 %	4
6.2.- Porcentaje de reclamaciones contestadas en < 15 días.	100 %	4
TOTAL		**100 puntos**