

**REUNIÓN DE LA COMISIÓN MIXTA SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD- IDCSALUD
HOSPITAL REY JUAN CARLOS**

REUNIÓN ORDINARIA DE 4 DE JULIO DE 2013

Acta nº 3

ASISTENTES

Por el Servicio Madrileño de Salud:

D^a Patricia Flores Cerdán.- Viceconsejera de Asistencia Sanitaria.
D. Jesús Vidart Anchía.- Director General de G. Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos.
D. Antonio Burgueño Carbonell.- Director General de Hospitales.
D^a Zaida M^a Sampedro Préstamo.-Directora General de Sistemas de Información Sanitaria.
D. Manuel Molina Muñoz.- Director General de Seguimiento y Control de los centros sanitarios de gestión indirecta
D^a Rosa de Andrés de Colsa.- Delegada de la Administración.
D^a Belén Alonso Durán.- Subdirectora de Análisis de Costes. En calidad de asesora.

Por IDCSalud-Hospital Rey Juan Carlos

D. Juan Antonio Álvaro de la Parra.- Director de IDC Salud.- En calidad de asesor.
D. Ricardo Trujillo Casas.- Gerente del Hospital Rey Juan Carlos
D^a Raquel Barba.- Directora Asistencial
D^a Ana Posada Pérez.- Directora Económica
D. Javier Dodero de Solano.- Director de Continuidad Asistencial

Secretaria: D^a Yolanda Aguilar Olivares.- Secretaria General del Servicio Madrileño de Salud.

En Madrid, siendo las 17,00 horas del día 4 de julio de 2013, en la sede de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, en la Plaza de Carlos Trias Bertrán, 7, 7^a planta, sala 706, se reúnen las personas señaladas al margen, al objeto de celebrar la reunión de la Comisión Mixta prevista en la cláusula 23 del pliego de cláusulas administrativas particulares para la contratación de la gestión, por concesión, de la atención sanitaria especializada en el Hospital Rey Juan Carlos, debidamente convocada al efecto.

Pasan a tratarse los asuntos relacionados en el Orden del Día:

Disculpa su asistencia el Director General de Atención Primaria, la Directora General de Atención al Paciente y el Presidente de IDC Salud Hospital Rey Juan Carlos

Primero.- Lectura y aprobación, si procede del acta de la reunión celebrada el 4 de marzo de 2013.

Se aprueba el acta por acuerdo de los asistentes.

Segundo.- Propuesta de modificación del Reglamento de Funcionamiento de la Comisión Mixta de Seguimiento.

Mediante Decreto 30/2013, de 11 de abril, del Consejo de Gobierno, de seguimiento y control de la calidad asistencial en el Sistema Madrileño de Salud, se modifica la estructura del Servicio Madrileño de Salud. Dentro de las modificaciones mencionadas se incluye la creación de la Dirección General de Seguimiento y Control de los Centros Sanitarios de Gestión Indirecta, dependiente del titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria, que ejercerá las funciones de supervisión, control e interlocución, en el ámbito del servicio público

de la atención sanitaria prestado por el Servicio Madrileño de Salud, a través de las diferentes fórmulas de gestión indirecta, previstas en la normativa vigente.

Teniendo en cuenta las funciones encomendadas a dicha Dirección General, es necesario que se incorpore a la Comisión Mixta Servicio Madrileño de Salud-IDC Salud Hospital Rey Juan Carlos, dentro de los vocales con derecho a voz y voto.

Se propone, en consecuencia modificar el punto 1. a) del Reglamento que establece la composición de la Comisión, en los siguientes términos:

a) Por parte del Servicio Madrileño de Salud:

- El titular del centro directivo que ejerza la superior dirección del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo que ostente la dirección de los centros y servicios sanitarios en el ámbito de la atención hospitalaria del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo competente en la dirección de la evaluación, el análisis y el control del gasto sanitario del Servicio Madrileño de Salud, o persona en quien delegue.
- El titular del órgano directivo competente en materia de seguimiento y control de los centros sanitarios de gestión indirecta.

Se propone a los representantes de IDC SALUD-Hospital Rey Juan Carlos que incorporen un nuevo miembro, éstos proponen a la Directora Económica del Hospital, con lo que el punto 1. b) del Reglamento, tendrá la siguiente redacción:

b) Por parte IDC SALUD - Hospital Rey Juan Carlos:

- La persona que ostente la capacidad de actuar en nombre y representación de IDC SALUD - Hospital de Rey Juan Carlos o persona en quien delegue.
- El Gerente del Hospital Rey Juan Carlos o persona en quien delegue.
- El Director Médico del Hospital Rey Juan Carlos, o persona en quien delegue.
- El Director Económico del Hospital

Asimismo se informa que a partir de este momento, actuará como Secretario de la Comisión con categoría al menos de técnico de apoyo, tal y como establece el Reglamento de Funcionamiento de la Comisión, un profesional adscrito a la Dirección General de Seguimiento y Control de los Centros Sanitarios de Gestión Indirecta.

Tercero: Propuesta de liquidación 2012

Se hace constar que el día 27 de mayo el SERMAS introdujo en el repositorio común una primera carga de la actividad realizada por los hospitales del SERMAS a la población del Hospital Rey Juan Carlos para su depuración, que se inició paciente por paciente por el hospital en esa fecha, enviando el repositorio depurado el 20 de junio. Los pacientes atendidos por el Hospital Rey Juan Carlos procedentes de otras áreas se cargaron en el repositorio en esa misma fecha. Actualmente se sigue en proceso de depuración e incorporación de datos.

La Viceconsejera recuerda que nos comprometimos a cerrar la facturación intercentros en el primer semestre del año y por eso solicita agilidad en el cierre de este proceso. El Director Gral. de Gestión Económica y de Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos (DGGE) señala que la liquidación presenta una complejidad añadida por la aplicación del período de carencia.

Se comunica que, respecto al acuerdo de facturar la actividad intercentros con cortes mensuales de Tarjeta Sanitaria Individual, no va a ser posible para la facturación 2012 porque la carga en la herramienta informática se ha realizado a 31/12/2012. Los representantes del hospital señalan que este cambio les puede perjudicar y no están de acuerdo con este cambio de criterio.

Se queda por parte del SERMAS, en concreto por la Dirección General de Sistemas de Información Sanitaria (DGSIS), en estudiar si se puede incorporar a la herramienta informática los cortes mensuales. Para analizar su propuesta se emplaza a una reunión el 10 de julio en Sollube a las 12 h.

4.- Propuesta de procedimiento para tramitar las propuestas de modificación de la cartera de servicios del hospital.

Se realiza la explicación del procedimiento, que se adjunta como anexo I.

La concesionaria pregunta por el estado en que se encuentra la acreditación de la unidad de ictus del Hospital Rey Juan Carlos, a lo que la Administración responde que se está tramitando y que recibirán respuesta próximamente.

5.- Espera media de consulta

La Viceconsejera expone la información preparada por la Directora General de Atención al Paciente (DGAP). Pone de manifiesto problemas con el Sistema de Información de Consultas y Técnicas (SICYT) que se deben resolver:

Según Multicita, no tienen problemas de demora en ninguna consulta, y tampoco en endoscopias digestivas. La espera media más alta en las citas de mayo corresponde a psicología con 31 días. Como ejemplo de discordancia con SICYT, en traumatología la espera media de mayo según Multicita es de 23 días, y según SICYT, la espera media de activos a 31 de mayo es de 8 días.

De las pruebas diagnósticas no abiertas a Primaria no hay ninguna información sobre demoras. El volumen de pacientes en espera no permite deducir problemas obvios, excepto en polisomnografías, en que hay 258 pacientes en espera.

Se deben aclarar los problemas de SICYT cuanto antes para poder tener información sobre demoras en pruebas diagnósticas.

El gerente del hospital en relación a los problemas con el SICYT cree que deben existir errores en el volcado de la información. Se acuerda mantener una reunión técnica con la DGSIS para detectar el origen de las discrepancias.

No obstante, el gerente del hospital manifiesta que es diferente trabajar sobre citas que sobre actividad realizada, una cosa es la solicitud de cita y otra que la consulta/prueba

realmente se realice. Además, no figuran las segundas citas (adelantos). Por ello, no se pueden comparar los datos de multicita con las de SICYT ya que son datos no comparables.

En ese momento, el gerente del hospital muestra datos acreditando que cumplen los objetivos establecidos en relación con las demoras

6.- Registro de reclamaciones

Se pone de manifiesto el problema que supone que estén fuera de CESTRACK para la gestión de reclamaciones:

- No se visualizan las respuestas enviadas.
- No hay datos a tiempo real sino con meses de diferencia ya que el volcado se hace con una periodicidad irregular (se vuelcan datos administrativos y de codificación de la reclamación exclusivamente)
- Se quedan fuera del formulario on line y de que el ciudadano pueda consultar el estado de reclamación y de la respuesta en web.

El gerente del hospital informa que están pendientes de que se facilite la formación a su personal para la utilización de CESTRACK, pero que a pesar de no utilizarla en este momento se envía a la DGAP información sobre las reclamaciones y su contestación.

Se decide a propuesta de la DGSIS, que se intente primero la integración de ambos sistemas, CESTRACK e IGR, con objeto de evitar tener que trabajar por parte de IDCSALUD con ambos sistemas. La persona de referencia por la DGSIS, será Yolanda Llamas. Una vez producida la integración, la formación será inmediata.

7.- Centro de Salud Mental de Navalcarnero

El Director de Continuidad Asistencial informa que el local para el centro de especialidades estará disponible para finales de septiembre coincidiendo con la fecha estimada por la Dirección General de Recursos Humanos del SERMAS para resolver el proceso de movilidad de los profesionales de Salud Mental que siguen atendiendo a día de hoy a la población del distrito de Navalcarnero.

Así mismo se hace constar que la memoria funcional del CEP de Navalcarnero, así como del que se propone abrir también en Villaviciosa de Odón, se han remitido a la Dirección General de Seguimiento y de Control de los Centros Sanitarios de Gestión Indirecta (DGSyC) y a la Dirección General de Hospitales. Se les informa que, de acuerdo con lo establecido, tendrán que proceder a solicitar la preceptiva autorización al órgano de contratación.

8.- Ruegos y preguntas.

El gerente del hospital expone que la aplicación del código infarto les perjudica, porque el paciente se queda en el hospital receptor para su seguimiento, incluida la rehabilitación cardiaca. La Dirección General de Hospitales va a realizar seguimiento a esta cuestión e indica que la concesionaria inicie el proceso de acreditación del código infarto para los pacientes del ámbito de influencia del Hospital Rey Juan Carlos.

El DGGE informa que para aplicar los precios medios del acuerdo marco a los pacientes procedentes de listas de espera en lugar de las tarifas de precios públicos, es necesario proceder a una modificación puntual del contrato, que se va a iniciar en breve.

El gerente del hospital informa que se ha ido dando cumplimiento a los requerimientos de la documentación exigida por el pliego. La DGSyC informa que la documentación que deba presentarse conforme a los plazos establecidos, a partir de ahora se le remita a él.

Se hace entrega a la concesionaria de documento de criterios de facturación en su redacción definitiva, que se adjunta al acta como anexo II. La concesionaria hace constar que con respecto al mismo remitieron en su día alegaciones al manual de facturación intercentros de las que hasta la fecha no han obtenido respuesta. La Administración manifiesta que este manual es de aplicación homogénea para todos los hospitales de gestión indirecta.

Se manifiesta que existe una discordancia entre el documento de criterio de facturación y las instrucciones de la DGAP en cuanto a la definición de consultas primeras, sucesivas y de alta resolución. Como el documento de criterios de facturación es un documento dinámico y que necesariamente ha de sufrir adaptaciones, se acuerda analizar la posibilidad de incluir estas nuevas definiciones en el documento de criterios de facturación. Se tratará esta cuestión en la próxima comisión mixta.

Y no habiendo más asunto que tratar, se levanta la sesión a las 19.45 horas lo que como Secretaria certifico.

LA SECRETARIA

**VºBº
LA PRESIDENTA**


Yolanda Aguilar Olivares


Patricia Flores Gerdán

Este documento es copia del original firmado. Se han ocultado datos personales en aplicación de la normativa vigente.

ANEXO I

PROCEDIMIENTO PARA LA TRAMITACION DE SOLICITUD DE MODIFICACIONES DE LA CARTERA DE SERVICIOS

1.- La solicitud de modificación de cartera de servicios se remitirá por parte del Centro Sanitario a la Dirección General de Seguimiento y Control de Centros Sanitarios de Gestión Indirecta, acompañada de la documentación justificativa de la modificación de cartera solicitada.

2.- La Dirección General de Seguimiento y Control de Centros Sanitarios de Gestión Indirecta, recabará informe técnico a la Dirección General de Hospitales que tras analizar la documentación facilitada y tras completarla si procediera, emitirá el informe requerido proponiendo acceder o no a lo solicitado.

3.- Una vez recibido el informe, por la Dirección General de Seguimiento y Control de Centros Sanitarios de Gestión Indirecta, se formulará propuesta razonada a la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria, que emitirá la correspondiente Resolución en el plazo máximo de dos meses desde la fecha de entrada de la solicitud.

Nota aclaratoria: en el pie de firma de la Resolución emitida por la Viceconsejera de Asistencia Sanitaria se informará de que dicha Resolución es independiente y no sustituye a la Reglamentariamente dispuesta por la normativa de Ordenación Sanitaria para la autorización de Instalación y funcionamiento de los Centros y Servicios Sanitarios

ANEXO II

MANUAL DE FACTURACIÓN INTERCENTROS

ALCANCE DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS:

DEFINICIÓN, VALORACIÓN, MEDICIÓN, AJUSTES Y PENALIZACIONES.

Cualquiera de las diferentes modalidades de prestación asistencial, recogidas en la Cartera de Servicios del CENTRO SANITARIO, exige como condición indispensable la existencia del correspondiente registro en la Historia Clínica del paciente.

En el precio público de cada procedimiento codificado (Alta hospitalaria, Cirugía Mayor Ambulatoria, consultas, hospital de día, etc.) se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro de procesos médico-quirúrgicos, con el alcance que establece el Real Decreto. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, salvo los conceptos que hayan sido objeto de valoración singular.

ACTIVIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

1.- HOSPITALIZACIÓN.

La hospitalización requiere el ingreso del paciente en el Hospital y la asignación de una cama de hospitalización, de acuerdo con las siguientes definiciones:

Camas de hospitalización:

- Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales (intensivos médicos, quirúrgicos, pediátricos, neonatales, coronarios, etc...).
- Cunas de área pediátrica.
- Incubadoras fijas.
- No se consideran camas de hospitalización las instaladas en:
 - Observación de urgencias.
 - Inducción Pre-anestésica.
 - Unidad de Recuperación Post-anestésica (U.R.P.A.).
 - Gabinetes de exploración.
 - Hospital de Día y de noche (estudios del sueño).
 - Camas de acompañantes.
 - Camas destinadas al personal del centro.
 - Puestos de diálisis.
 - Camas utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, otras).

- Cunas de recién nacidos normales (área obstétrica).
- Incubadoras portátiles.

Ingresos:

- Se considera ingreso hospitalario el que se produce desde el exterior, con orden de ingreso registrada en el Servicio de Admisión y con asignación a una cama de hospitalización, tanto habilitada como supletoria.
- No se considerarán ingresos:
 - a. Los pacientes atendidos en camas no consideradas como de hospitalización.
 - b. Los traslados entre servicios.

Altas:

- La consideración de alta exige que se haya realizado un ingreso previo del paciente.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN

- Valoradas de acuerdo al precio público correspondiente al GRD asociado al alta hospitalaria en el C.M.B.D. siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS.

AJUSTES EN ALTAS DE HOSPITALIZACIÓN

- NO TENDRAN LA CONSIDERACION DE ALTA HOSPITALARIA:
 - El número de altas de reingresos precoces (entre 0 y 7 días), que superen el porcentaje medio de reingresos del Servicio Madrileño de Salud, según el análisis centralizado del CMBD de hospitalización realizado por el Servicio Madrileño de Salud
 - $\text{Porcentaje Hospital} - \text{Porcentaje del Servicio Madrileño} = \text{RP}$.
 - Si RP es positivo:
 - $\text{RP} \times \text{Altas totales del Centro} / 100 = \text{Altas reingreso precoz}$.
 - $\text{Altas reingreso} \times \text{Peso Medio} = \text{UCHS ajustadas por reingreso precoz}$.
 - Las altas en hospitalización convencional con estancia 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas, se facturarán como urgencias no ingresadas.
 - Se contabilizarán como estancia en hospital de día oncohematológico las altas con estancias 0 ó 1 y permanencia igual o mayor a 14 horas que correspondan a Altas con GRD 410.
 - Por excepción se contabilizarán las estancias 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas que correspondan a:
 - Los exitus en camas de hospitalización.

- Las altas voluntarias, siempre que exista el correspondiente registro en la Historia Clínica e informe de alta.
- Los traslados intercentros, desde el área de hospitalización, por requerir de prestaciones asistenciales no incluidas en la Cartera de Servicios, siempre y cuando el paciente permanezca ingresado en el hospital al que ha sido enviado.
- Serán descontadas todas las altas en las que no conste informe definitivo de alta en la historia clínica en el momento de la auditoría.
 - Σ UCHS sin informe = No valorable
- Las resultantes de reingresos y complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos derivada del Plan Integral de reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidos en el plazo de hasta doce meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
 - Σ UCHS por reingreso/complicación RULEQ = No valorable

ACTIVIDAD AMBULATORIA.

1.- CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA.

Se consideran procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria los actos quirúrgicos realizados en un quirófano, sin ingreso pre ni postquirúrgico, que consten en el registro y en los que en la Historia Clínica del paciente conste hoja de cirugía e informe de alta.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS ALTAS CMA A EFECTOS DE FACTURACIÓN.

- Valorados de acuerdo al precio público de cada intervención quirúrgica recogida en el CMBD ambulatorio como *procedimientos quirúrgicos ambulatorios extraídos*⁴, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y/o agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS. Por tanto se excluyen de este grupo los procedimientos dermatológicos y el apartado de "Otros" del CMBD ambulatorio y todos los procedimientos ambulatorios realizados fuera de quirófano declarados en SIAE.

AJUSTES Y PENALIZACIONES DE LAS ALTAS CMA

- El número de procedimientos facturables en este apartado serán exclusivamente los pacientes del

fichero del CMBD ambulatorio que sean incluidos en los GRD considerados como quirúrgicos, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y/o agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS, así como los agrupados en el GRD 351 (aunque pertenece al grupo médico en el agrupador).

o NO TENDRAN LA CONSIDERACION DE DE ALTA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

- a. Los episodios agrupados en GRDS inespecíficos
 - Σ GRDS inespecíficos = No valorable.
- b. Los episodios agrupados en el apartado de procedimientos dermatológicos: GRDS quirúrgicos 263, 264, 265, 266, 268, 269 y 270.
 - Σ GRDS procedimientos dermatológicos = Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.
- c. Los episodios agrupados en el apartado "Otros": GRDS médicos y los no listados como "técnicas especiales".
 - Σ GRDS Otros = Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.
- d. Los procedimientos de cirugía menor realizados fuera de quirófano, según definición de SIAE.
 - Σ Procedimientos fuera quirófano = Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.
- e. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y el mismo proceso, procedimientos de CMA y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ procedimientos de CMA y otro tipo atención = No valorable.
- f. Las resultantes de reingresos y complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos derivada del Plan Integral de reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidos en el plazo de hasta doce meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
 - Σ Altas por reingreso/complicación RULEQ = No valorables.
- g. Serán descontadas todas las altas de aquellos procedimientos registrados en los que no conste hoja de cirugía e informe definitivo de alta en la historia clínica en el momento de la auditoría.

ACTIVIDAD AMBULATORIA

1.- CONSULTAS EXTERNAS.

Se consideran consultas externas los actos médicos ambulatorios para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, basados en la anamnesis y exploración física, que se realizan en un local de consulta y constan en el registro y en la Historia Clínica del paciente.

- Se contabilizarán exclusivamente las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.
- No se contabilizan como consultas externas:
 - Las realizadas por personal de enfermería.
 - Las realizadas a pacientes ingresados o urgentes por peticiones interservicios, aunque se realicen en locales habituales de consulta.
 - La realización de pruebas diagnósticas y/o terapéuticas complementarias.
 - La elaboración de informes médicos de técnicas diagnósticas o terapéuticas por los servicios centrales.
 - La extracción de muestras.
 - Los meros actos de cumplimentación de volantes de peticiones.
 - o los actos sin presencia del paciente, tal como: - Consultas de telemedicina, Realización de informes y envío de resultados por correo o notificación de resultados por teléfono.
- Se contabilizarán las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.

1.1.- Consultas Externas por especialidades - Comprenderá tanto las consultas primeras como las sucesivas.

Se entenderá por primera consulta la visita inicial consistente en el acto médico realizado de forma ambulatoria, en un local de consultas externas del Hospital o Centro de Especialidades Periférico, para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente con base en la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias precisas. También tendrán la consideración de consultas primeras todas aquellas solicitadas por iniciativa del médico de Atención Primaria sobre pacientes dados de alta por el médico especialista (pacientes con diagnóstico y, en su caso, con tratamiento ya instaurado), acreditado mediante informe escrito o las derivadas desde el Servicio de Urgencia.

Será considerada consulta sucesiva, aquella que se deriven de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o

consulta anterior. Por tanto, tendrán consideración de consulta sucesiva todas las revisiones determinadas por decisión del médico especialista, con independencia del tiempo que transcurra entre las mismas. El paso a una consulta monográfica dentro de la misma especialidad también tiene la consideración de consulta sucesiva,

El alcance del término pruebas específicas, hace referencia, tanto a la atención básica en la que se incluyen las pruebas de rutina, tales como analíticas, citología básica, radiología simple, ECG, ecografía graduación óptica, etc., siempre que se prescriban, como aquellas pruebas específicas con nivel de complejidad superior al correspondiente a las pruebas de rutina, e inferior a las pruebas de alta complejidad (RNM, TAC, Gammagrafías, etc.) , pudiendo incluirse en esta categoría a modo indicativo las siguientes pruebas: Rx digestivo/genito urinario, mamografías, ecografía, doppler, tac sin contraste, holter, ergometría, ecocardiografía, electroencefalografía, electromiografía, potenciales evocados, estudios leucemia/s, linfoproliferativos, pruebas de citogenética, genotipo de virus, biopsia, técnicas especiales histológicas/enzimológicas, inmunofluorescencia/citogenética/pcr, pruebas alérgicas, endoscopias (broncoscopia, colonoscopia, gastroscopia...), laser, audiometrías, nistagmografía, densitometrías, campimetrías

Quedan incluidas en las Consultas Médicas las especialidades:

- Alergología
- Cardiología
- Dermatología
- Digestivo
- Endocrinología y nutrición
- Genética
- Geriatría
- Hematología y hemoterapia
- Infecciosos
- Inmunología
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neumología
- Neurología
- Oncología Médica

Oncología Radioterápica

Rehabilitación

Reumatología

Quedan incluidas en las Consultas Quirúrgicas las especialidades siguientes:

Angiología y Cirugía Vascolar

Anestesia y Reanimación

Cirugía Cardíaca

Cirugía General y Digestivo

Cirugía Maxilofacial

Cirugía Pediátrica

Cirugía Plástica y Reparadora

Cirugía Torácica

Ginecología

Neurocirugía

Oftalmología

Otorrinolaringología

Traumatología y Cirugía Ortopédica

Urología

1.2.- Consultas Externas por especialidades con pruebas complementarias de alta complejidad.- Comprenderá tanto las consultas primeras como las sucesivas en las que haya sido preciso realizar pruebas diagnósticas de alto coste, como RNM o similares.

Tratando de recoger de esta forma, la mayor complejidad de las posibles actividades asistenciales afectada

Como catálogo de pruebas incluidas en consultas de alta complejidad caben citar las siguientes:

- Gammagrafía,
- Gammagrafía suprarrenal
- Resonancia con o sin contraste
- Estudios funcionales cerebrales con RM, plus de anestesia,
- Tac con contraste y/o anestesia
- Cariotipo de líquido amniótico/ tejidos
- Cariotipo en sangre periférica/ médula osea y funiculocentesis
- Polisomnografía
- Ecoendoscopia o endoscopia intervencionista

Estas pruebas diagnósticas de alta complejidad, se facturarán individualizadamente de acuerdo con las tarifas recogidas en la Orden de precios públicos con independencia del precio de la consulta correspondiente que será, así mismo, facturada.

1.3.- Consultas de Alta Resolución.- De entre las primeras consultas atendidas, número de pacientes a los que se realice las exploraciones complementarias al paciente de forma coordinada con otros servicio hospitalario, solicitadas en el mismo día, recibiendo en consecuencia, un diagnóstico y una orientación terapéutica (se incluye el alta).

La definición de una Consulta como Alta Resolución requiere la protocolización de los pacientes susceptibles de derivación, de los circuitos y la autorización de una agenda específica que garantice los cambios organizativos necesarios.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

- Valoradas de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para Consultas Primeras, Consultas Primeras de Alta Resolución, Consultas Sucesivas.
 - La identificación de la actividad de Consultas Primeras, Consultas Primeras de Alta Resolución, Consultas Sucesivas se efectúa a través del Sistema de Información de Consultas y Técnicas de Atención Especializada (SICYT) y el precio público correspondiente al tipo de consulta.

AJUSTES DE LAS CONSULTAS EXTERNAS

- La valoración de primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) se corresponderá con las efectivamente realizadas, con las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontadas todas las primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

- Σ consultas primeras sin informe.= No valorable.
- b. Serán descontadas todas las primeras consultas (incluidas las primeras de alta resolución) en las que no conste fecha de cita o consten en el apartado de "desconocido" en el SICYT.
 - Σ consultas primeras sin cita o "desconocido".= No valorable.
- c. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y el mismo proceso, consultas y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ consultas y otro tipo atención = No valorable.
- d. Serán descontadas todas las consultas originadas como consecuencia de asistencia sanitaria complementaria derivada del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica.
 - Σ consultas derivadas RULEQ complementaria.= No valorable.
- e. Las consultas resultantes de reingresos/complicaciones de asistencia sanitaria por programas específicos (desde consulta de preanestesia y consultas sucesivas derivadas del mismo hasta el alta del proceso) derivadas del Plan Integral de Reducción de Lista de Espera Quirúrgica, producidas en el plazo de hasta doce meses posteriores a la intervención (24 meses para el caso de prótesis de cadera y rodilla), siempre que sean derivadas del procedimiento realizado.
 - Σ consultas reingreso/complicación RULEQ complementaria = No valorables
- f. La relación por cociente entre las Consultas Sucesivas y Primeras incluidas Consultas Primeras de alta resolución (una vez practicados los ajustes anteriores de total valorado y solicitudes por Atención Primaria), no podrá ser superior a la media de los hospitales similares del Servicio Madrileño de Salud. Aquellas consultas sucesivas que excedan esta relación serán descontadas directamente de la relación valorada y se tendrán por no realizadas.
 - Si relación sucesivas/primeras Centro > relación sucesivas/primeras hospitales similares del Servicio Madrileño de Salud.
 - Σ exceso consultas sucesivas = No valorable
- g. Serán descontadas todas las consultas sucesivas en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ Consultas sucesivas sin informe.= No valorable

2. URGENCIAS NO INGRESADAS

Se consideran urgencias no ingresadas las asistencias sanitarias que se realizan por el Servicio de Urgencias y que no generan ingreso hospitalario. Se contabilizarán las atendidas en dicho Servicio de Urgencias y registradas con destino de alta diferente a "hospitalización". Es necesario que conste registro de la asistencia con informe en la Historia Clínica. No se consideran urgencias no ingresadas las prestaciones asistenciales no programadas que se dispensen por el Servicio de Urgencias del Hospital a personas ingresadas en el mismo.

La asistencia en Urgencias comprenderá cuantas actuaciones sean precisas practicar dentro del Servicio de Urgencias, a excepción de las pruebas diagnósticas de alta complejidad que pueda requerir el paciente de las que se incluídas en el catálogo de pruebas diagnósticas de alta complejidad en el apartado de consultas externas.

Estas pruebas diagnósticas de alta complejidad, se facturarán individualizadamente de acuerdo con las tarifas recogidas en la Orden de precios públicos con independencia del precio de la Urgencia correspondiente que será, así mismo, facturada..

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE LAS URGENCIAS NO INGRESADAS

- Valoradas de acuerdo a la definición relacionada anteriormente para Urgencias no ingresadas.
 - La medición de la actividad de Urgencias no ingresadas se efectúa a través del Sistema de Información de Atención Especializada y se aplica el precio público de referencia correspondiente.

AJUSTES DE LAS URGENCIAS NO INGRESADAS

- La valoración de Urgencias no ingresadas se corresponderá con las efectivamente realizadas, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Se detraerán las asistencias ambulatorias urgentes realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario no registradas a través del Servicio de Urgencias.
 - Σ asistencias ambulatorias urgentes en otras dependencias.= No valorable
 - b. Serán descontadas todas las urgencias no ingresadas en las que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ urgencias no ingresadas sin informe.= No valorable
 - c. Las altas en hospitalización convencional con estancia 0 ó 1 con permanencia inferior a las 14 horas, se valorarán como urgencias no ingresadas, según el análisis del correspondiente registro en la Historia Clínica (excluidas excepciones).

- Σ Altas con estancias 0 y 1 (excluidas excepciones) = Urgencia no ingresada

3.- OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIAS:

Se consideran en este apartado los procedimientos quirúrgicos ambulatorios los incluidos como dermatológicos y en el apartado de "Otros" del fichero del CMBD ambulatorio, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS, así como los procedimientos realizados fuera de quirófano. En todos ellos es necesario que conste registro del procedimiento con informe en la Historia Clínica.

Las Intervenciones Quirúrgicas Ambulatorias se agruparán en epígrafes diferenciados, en función del local en el que se desarrolla la actividad: para los procedimientos realizados en quirófanos (bloque quirúrgico) respecto de los procedimientos de cirugía menor realizados en salas de curas o consultas y se les aplicará a cada uno de ellos su correspondiente precio público

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS AMBULATORIOS

- Valorados de acuerdo a la definición relacionada anteriormente para Otros procesos quirúrgicos ambulatorios.
 - La medición de la actividad de las intervenciones quirúrgicas ambulatorias se realiza sumando los procedimientos dermatológicos y "Otros" considerados en el CMBD ambulatorio y los quirúrgicos realizados fuera de quirófano declarados en SIAE y se aplica el precio público correspondiente a cada intervención
 - En el valor asignado a Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se encuentran comprendidos todos los costes hospitalarios, de producción propia o concertada, sanitarios y no sanitarios, de la atención en el centro, con el alcance que establece el Real Decreto. 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

AJUSTES DE OTROS PROCESOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS

- La valoración de Otros procesos quirúrgicos ambulatorios se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los otros procesos quirúrgicos ambulatorios en las que no conste registro de asistencia con informe ni hoja quirúrgica en la Historia Clínica.
 - Σ Otros procesos quirúrgicos ambulatorios sin informe.= No valorable
 - b. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso, Otro proceso quirúrgico ambulatorio y además otro tipo de atención contemplada en las

unidades de valoración.

- Σ Otro proceso quirúrgico ambulatorio y otro tipo de atención.= No valorable

4.- HOSPITALIZACIÓN DE DÍA.

Puestos de Hospital de Día:

- Se consideran los puestos específicamente dotados y destinados a tratamiento diurno de menos de 14 horas (entre las 8 y las 22 horas).

Tipos de Hospitales de Día:

- Hospital de Día Oncohematológico,
- Hospital de Día Infeccioso/SIDA,
- Hospital de Día Psiquiátrico,
- Hospital de Día Geriátrico,
- Hospital de Día Médico-Quirúrgico (exclusivamente Hospital de Día Médico)

Estancias en Hospital de Día:

- Se considera la permanencia en régimen ambulatorio de un paciente en un puesto de Hospital de Día para recibir tratamiento farmacológico, la realización de procedimiento terapéutico, o la observación tras la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica que así lo exija, con el objeto de evitar su ingreso hospitalario en camas convencionales de hospitalización.
- Se incluyen en este apartado los tratamientos de esta naturaleza realizados con orden de ingreso con estancia 0 ó 1 con una permanencia inferior a las 14 horas, con las excepciones tenidas en cuenta en el apartado de hospitalización (Altas).
- Para considerar estancia en Hospital de Día debe existir la correspondiente anotación de actividad con informe en la Historia Clínica.
- Sólo se contabilizarán los procesos recogidos en el fichero del C.M.B.D. de asistencia ambulatoria, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS.
- Sólo se considerará estancia en Hospital de Día Oncohematológico cuando se realice actividad que implique la infusión de citostáticos en paciente con diagnóstico de neoplasia.
- No se podrá contabilizar más de una estancia diaria en el Hospital de Día para cada paciente individual.
- No se consideran actividades de Hospital de Día los meros cuidados de enfermería ambulatorios. A modo de ejemplo: curas, heparinizaciones de catéter, etc, actividades realizadas en gabinetes diagnósticos o terapéuticos.

- Hospital de Día quirúrgico: no figurará en la valoración al estar incluido en la prestación de Cirugía Mayor Ambulatoria.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE TRATAMIENTOS DE HOSPITAL DE DÍA

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: Hospital de Día Oncohematológico, Hospital de Día Infeccioso/SIDA, Hospital de Día Psiquiátrico, Hospital de Día Geriátrico, Hospital de Día Médico-Quirúrgico (Médico). Incluyen los tratamientos realizados en los hospitales de día registrados en el fichero CMBD ambulatorio siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM incluidos en el manual de Hospital de Día del Servicio Madrileño de Salud
 - La medición de la actividad de Hospital de Día se efectúa a través del fichero del C.M.B.D. ambulatorio y se aplica el precio público correspondiente.

AJUSTES DE TRATAMIENTOS DE HOSPITAL DE DÍA

- La valoración de los tratamientos de Hospital de Día se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. La valoración de los tratamientos de Hospital de Día se corresponderá con los codificados en el fichero de CMBD ambulatorio e incluidos en el manual de hospital de día, no teniéndose en cuenta el apartado de "otros" del citado fichero.
 - Σ "Otros" Hospital de Día.= No valorable
 - b. Serán descontados todos los tratamientos de Hospital de Día en los que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ Hospital de Día sin informe.= No valorable
 - c. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario no registradas en puestos de hospitalización de día.
 - Σ Asistencias Hospitalización de día en otras dependencias.= No valorable

PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR.

La valoración por procedimiento de valoración singular, será incompatible con la valoración del alta que eventualmente produzca la atención del proceso, así como con cualquier otro tipo de atención generada por el mismo proceso, en el mismo paciente y el mismo día y contemplada en las unidades de valoración.

1.- RADIOTERAPIA Y BRAQUITERAPIA

- Pacientes nuevos que inician tratamiento, independientemente del número de intervenciones precisas.
- Se entiende por braquiterapia la exposición directa del tumor a elementos radiactivos, de forma continuada hasta alcanzar la dosis máxima tolerada por los tejidos, en instalaciones blindadas.

Incluye la realización de los siguientes procedimientos o actividades en régimen ambulatorio:

- Radioterapia externa. Tratamiento completo o por sesión
- Braquiterapia
- Radioterapia estereotáxica simple
- Radioterapia estereotáxica fraccionada
- Irradiación corporal total

2.- HEMODINÁMICA DIAGNÓSTICA AMBULATORIA

- Número de estudios de realizados con fines diagnósticos en la sala de hemodinámica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria.

3.- HEMODINÁMICA TERAPÉUTICA AMBULATORIA

- Número de estudios realizados en la sala de hemodinámica que conlleven actuación terapéutica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria.

4.- RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA VASCULAR DIAGNÓSTICA AMBULATORIA

- Procedimientos ambulatorios efectuados con carácter diagnóstico en una sala de Radiología vascular, que conllevan intervenciones mínimamente invasivas.

5.- RADIOLOGÍA INTERVENCIONISTA VASCULAR TERAPÉUTICA AMBULATORIA

- Procedimientos ambulatorios que conllevan una actuación terapéutica efectuados en una sala de Radiología vascular mediante intervenciones mínimamente invasivas.

6.- FECUNDACIÓN IN VITRO

- Fecundación extracorpórea de un ovocito previamente extraído con punción guiada por ecografía y posterior transferencia intrauterina del embrión conseguido. Se considera ciclo completo una extracción de ovocitos y tres transferencias intrauterinas del/los embriones conseguidos.

7.- ESTUDIOS POLISOMNOGRAFICO (ESTUDIO DEL SUEÑO)

8.- LITOTRIZIA

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente Incluye los tratamientos realizados y registrados en el fichero CMBD ambulatorio siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la séptima edición del CIE-9CM y agrupados por la versión 27 del agrupador de los GRDS.
 - La medición de la actividad de Procedimientos de valoración singular se efectúa a través del fichero C.M.B.D. ambulatorio, y se aplica el precio público de referencia correspondiente

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.
 - Σ Procedimientos de valoración singular sin informe.= No valorable
 - b. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.

- Σ Procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= No valorable
- c. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias del Centro Sanitario no registradas como sala específica para tal fin.

- Σ Asistencias en otras dependencias.= No valorable

4.- EXTRACCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS.

Condición indispensable para poder considerar estas prestaciones será la existencia del correspondiente registro, asentimiento familiar ó judicial y hoja quirúrgica en la Historia Clínica del paciente.

- Extracción mono-orgánica: Número de donantes a los que se extrae exclusivamente un órgano o ambos riñones.
- Extracción multiorgánica: Número de donantes en los que se extrae más de un órgano interno. Se tendrá en cuenta que la extracción de ambos riñones se considera extracción mono orgánica.
- Extracción multi-tejidos: Aquella en la que se realiza extracción de al menos dos tipos de tejidos: córneas, huesos largos (más de tres piezas), tejidos cardiovasculares (segmentos vasculares, válvulas cardíacas) y piel.
- Extracción mono-orgánica + multi-tejidos: Se recogerán aquellos casos en que coinciden ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado "Extracción mono-orgánica" ni en el apartado "Extracción multi-tejidos".
- Extracción multi-orgánica + multi-tejidos: Se recogerán aquellos casos en que coincidan ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado "Extracción multi-orgánica" ni en el apartado "Extracción multi-tejidos".

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: Extracción de órganos y tejidos.
 - La medición de las actividades de Procedimientos de valoración singular de este apartado se efectúa a través del SIAE, y se aplica el precio público de referencia correspondiente.

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, aplicando las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste

registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

- Σ procedimientos de valoración singular sin informe.= No valorable
- b. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.

- Σ procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= No valorable

5.- DIÁLISIS:

- Se consideran pacientes en tratamiento de hemodiálisis: Promedio mensual de pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de hemodiálisis ambulatoria, excluyendo aquellos con insuficiencia renal aguda y los hospitalizados por este motivo, ya sea en el propio CENTRO SANITARIO o en centro concertado. Se excluyen de este criterio las sesiones de enfermos agudos o crónicos reagudizados, en régimen de hospitalización. A efectos de valoración se considera que un paciente realiza anualmente 156 sesiones ambulatorias de hemodiálisis.
- Se consideran pacientes en tratamiento de diálisis domiciliaria: Promedio mensual de pacientes dializados en el domicilio. Se distinguen los tratados mediante: hemodiálisis o diálisis peritoneal. A efectos de valoración se considera que un paciente realiza anualmente 360 sesiones ambulatorias de diálisis peritoneal.
- En todos ellos es necesario que el registro figure en la Historia Clínica.

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- Valorados de acuerdo a las definiciones relacionadas anteriormente para: pacientes del ámbito sustitutorio en Hemodiálisis en hospital, en centro concertado y domiciliaria y Diálisis Peritoneal.
 - La medición de actividades de este apartado de Procedimientos de valoración singular se efectúan a través del SIAE, y se aplica el precio público correspondiente.

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, con las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de asistencia con informe en la Historia Clínica.

- Σ procedimientos de valoración singular sin informe.= No valorable

▪

- b. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular realizados a los pacientes durante los períodos de hospitalización.
 - Σ tratamientos periodos de hospitalización.= No valorable
- c. No podrán valorarse el mismo día, para el mismo paciente y mismo proceso procedimiento de valoración singular y además otro tipo de atención contemplada en las unidades de facturación.
 - Σ procedimientos de valoración singular y otro tipo de atención.= No valorable
- d. No podrán valorarse para el mismo paciente y en el mismo periodo diferentes tratamientos de diálisis.
 - Σ tratamientos diálisis diferentes en mismo paciente y periodo.= No valorable
- e. Se detraerán las asistencias ambulatorias realizadas en otras dependencias diferentes a las definidas.
 - Σ asistencias en otras dependencias.= No valorable

6.- DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS DE USO HOSPITALARIO PARA PACIENTES EXTERNOS

Pacientes externos, que hayan ejercido la libre elección y que reciben medicación directamente en el Servicio de Farmacia del Hospital. Se incluyen exclusivamente los fármacos recogidos en PROSEREME:

- Pacientes con VIH en tratamiento con antirretrovirales, pacientes con biterapia (rivabirina + interferón) para la hepatitis viral C, pacientes en tratamiento de esclerosis múltiple (interferón) y pacientes con Eritropoyetina en prediálisis o quimioterapia.
- Pacientes en tratamiento con medicamentos incluidos en las Resoluciones de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios y de la Dirección General de Gestión Económica y de Compras de Productos Farmacéuticos y Sanitarios por las que se establece la dispensación por los Servicios de Farmacia Hospitalaria de medicamentos clasificados como Diagnóstico hospitalario (DH) por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, y por tanto de dispensación a través de receta (según protocolo) y que se recogen en la tabla siguiente:
- Pacientes incluidos en los protocolos de especial seguimiento del Servicio Madrileño de Salud:
 - Hormona de crecimiento

- Hepatitis C
- Enfermedades raras

VALORACIÓN Y MEDICIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La medición de las actividades de Procedimientos de valoración singular de este apartado se efectúa a través del Sistema de información de farmacia hospitalaria, y se aplica el precio determinado por la DGGYCFYS.

En el caso de los fármacos de Resolución, en los que no existía tarifa previa, se utilizará como precio de referencia el precio de facturación, estableciéndose los siguientes criterios de validación:

1. Sólo se facturarán dispensaciones de pacientes con CIPA.
2. Se incluirán todos los descuentos oficiales establecidos para el SNS sobre los precios de venta del laboratorio (PVL) o precios SNS de los medicamentos*.
2. Se incluirán todos los descuentos conseguidos en los procedimientos de compra de la Central de Compras del SERMAS, que serán efectivamente comunicados a toda la Red.
3. Se facturará por la presentación farmacéutica (principio activo/dosis) y por el envase (nº de formas farmacéuticas) de precio menor del mercado que esté comercializada y de coste/día menor respectivamente*.
4. Sólo se facturarán los envases necesarios para una cobertura terapéutica mensual.
5. El modelo de descarga de facturación será el establecido por la DGGYCFYS.

(*) De acuerdo al Nomenclator de medicamentos mensual del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

AJUSTES DE PROCEDIMIENTOS DE VALORACIÓN SINGULAR

- La valoración de los procedimientos de valoración singular de este apartado se corresponderá con los efectivamente realizados, con las siguientes consideraciones:
 - a. Serán descontados todos los procedimientos de valoración singular en los que no conste registro de prescripción con informe en la Historia Clínica.
 - Σ procedimientos de valoración singular sin prescripción.= No valorable
 - b. Se detraerá el importe de los tratamientos suministrados a pacientes durante los períodos de hospitalización.

- Σ tratamientos periodos de hospitalización.= No valorable

TARIFAS DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS AÑO 2013		
PATOLOGÍA	TARIFA ANUAL	TARIFA MENSUAL
VIH adulto	≤ 8.200 €	≤ 683 €
VIH pediátrico	≤ 6.500 €	≤ 542 €
Hepatitis C Biterapia	≤ 5.700 €	≤ 475 €
Hepatitis C terapia triple SI % Pacientes con hepatitis C con IP y grado de fibrosis ≤2 cumple objetivo	≤39.816 €	≤ 3.318€
Esclerosis Múltiple	≤ 10.200 €	≤ 850 €
Hormona crecimiento adulto	≤ 2.850 €	≤ 237,5 €
Hormona crecimiento menor	≤ 5.900 €	≤ 492 €
Anemia e IRC con FEE Prediálisis	≤ 1.000 €	≤ 83,33 €
Anemia postquimioterapia paciente nuevo con FEE	≤ 900 €	Facturación única por paciente al año

FÁRMACOS DH CON RESOLUCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID DE PASO A DISPENSACIÓN HOSPITALARIA				
P.ACTIVO	Resolución C. MADRID	Dosis Por Unidad		Form Farmacéutica Precio
DASATINIB	869/08	25	Comprimidos	31,1
		50	Comprimidos	56,8
		70	Comprimidos	56,92
NIOLOTINIB	869/08	150	Cápsulas	24,12
		200	Cápsulas	32,16
LAPATINIB	288/09	250	Comprimidos	13,94
ERLOTINIB	213/08	25	Comprimidos	15,14
		100	Comprimidos	58,19
		150	Comprimidos	65,59
IMATINIB	213/08	100	Cápsulas	19,7
		100	Comprimidos	19,68
		400	Comprimidos	78,8
SORAFENIB	213/08	200	Comprimidos	30,38
TEMOZOLAMIDA	213/08	5	Cápsulas	1,09
		20	Cápsulas	3,32
		100	Cápsulas	16,45
		140	Cápsulas	23,39
		180	Cápsulas	36,3
		250	Cápsulas	47,72
ETANERCEPT	213/09	10	inyectable Preclar	44,19
		25	inyectable Preclar	110,49
		50	inyectable Preclar	219,83
USTEKINUMAB	864/09	45	Ampolla vial	2.896,26
DEFERASIROX	1050/10	125	Comprimidos	5,5
		500	Comprimidos	21,98
OMALIZUMAB	1050/10	75	inyectable	177,62
		150	inyectable	355,09
ANAGRELIDA	1050/10	0,5	Cápsulas	4,16
CAPECTABINA	1050/10	150	Comprimidos	0,63
		500	Comprimidos	2,76
PEGUISOMANT	869/08			Coste/día Menor
RIVABIRINA*	213/08			Coste/día Menor
BEXAROTENO	213/08			Coste/día Menor
GEFITINIB	2010/10			Coste/día Menor

PROCEDIMIENTO DE FACTURACIÓN:

Serán susceptibles de facturación intercentros las prestaciones asistenciales recogidas en este documento.

El sistema de información denominado flujos intercentros constituye la herramienta básica para llevar a cabo el seguimiento de la libre elección en atención especializada y garantizar el procedimiento de facturación en términos homogéneos para todos los Centros hospitalarios necesario para la liquidación anual de los contratos de gestión de servicio público para la asistencia sanitaria.

Periodicidad de explotación de datos: Con carácter mensual se realizarán las siguientes descargas:

- Población protegida adscrita a cada hospital (fuente de información: Cibeles)

- Actividad asistencial:
 - Hospitalización (fuente de información: CMBD)
 - Cirugía Ambulatoria (fuente de información: CMBD)
 - Hospital de día (fuente de información: CMBD)
 - Consultas Primeras (fuente de información: SICYT)
 - Prosereme (fuente de información Farmadrid)

Prestaciones asistenciales no incluidas actualmente en el sistema de información de flujos intercentros:

La existencia de subsistemas de información departamentales en los Hospitales vinculados al número de historia clínica del paciente y con códigos identificativos de las prestaciones pendientes de normalización ha impedido la captura automática de determinadas líneas de actividad.

Aunque a lo largo del año 2013 se prevé la incorporación progresiva de esta actividad es necesario establecer los procedimientos y definir las fuentes que garanticen la disponibilidad de esta información.

La información de toda la actividad realizada en los hospitales se encuentra disponible en los distintos aplicativos informáticos de actividad de los sistemas (HP-HIS, Selene, etc.) por lo que la disponibilidad de la actividad realizada y la identificación del paciente atendido, en esta primera fase, únicamente puede asegurarse mediante la descarga de la información de cada sistema, la integración

de la misma en una base de datos centralizada y el cruce de la misma con las descargas mensuales de TIS.

Las prestaciones asistenciales obtenidas mediante descargas específicas de los sistemas son:

Consultas sucesivas

Urgencias (CMBD de Urgencias en desarrollo)

Procedimientos extraídos

Liquidación de la facturación intercentros en los hospitales con contrato de gestión de servicio público para la asistencia sanitaria

El sistema de información de flujos intercentros recoge el 100% de la actividad realizada en los hospitales. La existencia en los diferentes contratos de singularidades en el tratamiento de la actividad condiciona la necesidad de depurar la actividad extraída del sistema mediante cruces complementarios:

- Actividad realizada para pacientes de otras Comunidades Autónomas
- Convenios Internacionales
- Población Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del sistema nacional de salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones
- Actividad excluida del contrato:
 - Trasplantes
 - Resoluciones de Farmacia (H de Valdemoro)
- Actividad realizada por la Fundación Jiménez Díaz
- Actividad incluida en el periodo de carencia, con las dificultades que implica la identificación del proceso asistencial longitudinalmente en el ámbito de atención especializada.

Mecanismo de facturación correspondiente a la liquidación anual

El circuito se establece bidireccionalmente: Servicio Madrileño de Salud <-> Empresa concesionaria

- Extracción y depuración de la actividad y asignación de la tarifa adecuada a cada contrato
- Remisión al Centro/SERMAS
- Depuración de registros
- Cruce de incidencias
- Identificación de situaciones a valorar en Comisión Paritaria o equivalente
- Cierre de la actividad facturable por cada una de las partes
- Liquidación