

CLÁUSULA ADICIONAL DECIMOTERCERA AL CONVENIO SINGULAR MARCO SUSCRITO ENTRE EL SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD Y LA "FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ UNIÓN TEMPORAL DE EMPRESAS LEY 18/1982 DE 26 DE MAYO", PARA LA ASISTENCIA SANITARIA A PACIENTES EN EL PERÍODO 1 DE ENERO A 31 DE DICIEMBRE DEL AÑO 2022.

En Madrid, a ____ de _____ de 2022

20 JUL 2022

R E U N I D O S

De una parte, el Ilmo. Sr. **D. Antonio Zapatero Gaviria**, Viceconsejero de Asistencia Sanitaria y Salud Pública de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, actuando en virtud de las competencias que le otorga el artículo 4.3 b) de la Ley 8/1999, de 9 de abril, de adecuación de la normativa de la Comunidad de Madrid a la Ley estatal 4/1999, de 13 de enero, de modificación de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de régimen jurídico de las administraciones públicas y del procedimiento administrativo común, y el artículo 23.2 a) del Decreto 24/2008, de 3 de abril, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud,

Y de la otra, **D. Juan Antonio Álvaro de la Parra**, en representación de la "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" (en adelante la FJD-UTE), actuando en virtud de poder otorgado por la empresa "IDCQ HOSPITALES Y SANIDAD, S.L.U." en escrituras otorgadas ante el Notario de Madrid D. Luis Enrique García Labajo de elevación a público de Acuerdos Sociales, de 22 de febrero de 2018, con el número 364 de su protocolo, y de poder general, de 23 de noviembre de 2017, con el número de protocolo 2787.

M A N I F I E S T A N

Que el Convenio Singular Marco suscrito en fecha 28 de diciembre de 2006, entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Hospital "Fundación Jiménez Díaz - Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982, de 26 de mayo" prevé en su Estipulación Sexta, el establecimiento de Cláusulas Adicionales en las que se determinarán las variables técnicas, asistenciales, económicas y de cualquier otra índole en las que habrá de materializarse dicho Convenio. Así mismo, las Cláusulas Adicionales, en sus variables técnico asistenciales y económicas, podrán ser modificadas o complementadas, por acuerdo de ambas partes, cuando las necesidades asistenciales del Servicio Madrileño de Salud lo requieran.

Que con fecha 3 de marzo de 2011 el Consejo de Gobierno autorizó un Acuerdo de Novación al Convenio Singular Marco suscrito en fecha 28 de diciembre de 2006, entre el Servicio Madrileño de Salud y la "Fundación Jiménez Díaz - Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" modificando determinadas condiciones del

citado Convenio. Con fecha 21 de noviembre de 2013 el Consejo de Gobierno autorizó una nueva modificación a las condiciones del citado Convenio.

Que el régimen económico del Convenio Singular será el previsto en el apartado Séptimo del mismo y, de forma específica, en las Cláusulas Adicionales que se suscriban periódicamente.

Que las partes no suscribieron Cláusula Adicional para 2018, comunicándole el SERMAS a la FJD-UTE el día 26 de enero de 2018 *"que desde la Unidad de Intervención se nos ha trasladado, que si bien en la Estipulación 3ª del Acuerdo de Novación del 2011 se recoge literalmente: "hasta que no se haya acordado la cláusula adicional se renovará automáticamente los pagos a cuenta sobre la última cláusula adicional aplicable"; y en virtud de la situación actual, la última cláusula aplicable es la del año 2016 y que esta ha estado prorrogada durante todo el año 2017, se ha agotado toda posibilidad de prórroga"*. Tampoco se suscribió Cláusula Adicional para el período 1 de enero a 31 de mayo en de 2019 ni para 2020.

Que el Informe de la Abogacía General de 30 de septiembre de 2021 concluyó que las Cláusulas Adicionales pueden tener efecto retroactivo.

Que los techos de financiación de la actividad sustitutoria de la FJD-UTE fueron incluido con carácter excepcional para los ejercicios de 2011 y 2012 en la estipulación Segunda del Acuerdo de novación del Convenio Singular de 3 de marzo de 2011. La aplicación de techos de financiación en los ejercicios subsiguientes se ha previsto sistemáticamente de modo expreso en la Cláusula Adicional aplicable a cada período. Aclarada por la Abogacía General la posibilidad de aplicación retroactiva de las Cláusulas Adicionales, y resultando conveniente para el control del gasto público el establecimiento de un techo de actividad de la actividad sustitutoria y un presupuesto de farmacia para los períodos actualmente sin Cláusula Adicional y pendientes de liquidación definitiva, las partes consideran que el modo más razonable de regular esas cuestiones en estos períodos es extender la aplicación del techo y del presupuesto previstos en la Cláusula Adicional 11ª (teniendo en cuenta el elemento de estacionalidad) a dichos períodos, por ser esas magnitudes las fijadas por las partes para el período más próximo a aquellos actualmente sin Cláusula Adicional.

Que, adicionalmente a la conveniencia de proyectar a los períodos sin cláusula el techo de financiación de la actividad sustitutoria y el presupuesto de farmacia, las partes entienden adecuado aplicar con carácter general y con los debidos ajustes las variables económicas previstas en la Cláusula Adicional 11ª a los procesos de liquidación de esos períodos sin cláusula, que anteceden y suceden de modo inmediato al período regulado por la citada Cláusula Adicional. De este modo, se evitara las dudas que se podrían plantear en los procesos de liquidación pendientes a falta de Cláusula Adicional años que desarrolle las previsiones del Convenio Singular para esos años.

Que las partes consideran adecuado excluir de la base de revisión de las tarifas aplicables al ejercicio de 2022 la parte correspondiente a las retribuciones no consolidables del personal sanitario del sector público que formaron parte de las tarifas de 2016.

Que la presente Cláusula Adicional ha sido informada favorablemente por los Servicios Jurídicos mediante sus Informes de fecha de 24 de febrero y de 5 de julio de 2022. El último de estos Informes se refiere específicamente a las previsiones relativas a la aplicación de ciertas estipulaciones de la Cláusula Adicional 11º a los años 2018, todo 2019 y 2020, así como a la actualización de las tarifas, y formuló determinadas consideraciones que se recogen en el tenor de la Cláusula y en la documentación que la acompaña en el expediente.

A estos efectos, las partes formalizan la presente Cláusula Adicional para el período de 1 de enero de 2022a 31 de diciembre de 2022, de acuerdo con las siguientes:

E S T I P U L A C I O N E S

PRIMERA: Objeto de la presente Cláusula adicional

El objeto de la presente Cláusula Adicional es la regulación, para el período comprendido entre el 1 de enero de 2022a 31 de diciembre de 2022 de la prestación de asistencia sanitaria a los beneficiarios del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid por la FJD-UTE, con la extensión y condiciones que más adelante se especifican, así como la contraprestación económica que la FJD-UTE va a percibir por estos servicios. Así como la fijación, con carácter retroactivo, de techos de financiación de la actividad sustitutoria y presupuestos de farmacia para los períodos de 2018, de 1 de enero a 31 de mayo de 2019 y 2020, y la extensión a esos períodos, con las debidas adaptaciones, de las variables económicas previstas en la Cláusula Adicional 11ª.

SEGUNDA: Asistencia sanitaria telemática

Aquella asistencia que, por su naturaleza, pueda ser realizada de modo telemático o telefónico, será financiada al 67% de la asistencia presencial equivalente en primera consulta y, al 40 % en el caso de las consultas sucesivas. La FJD-UTE adoptará los protocolos y directrices para la asistencia telemática que, en su caso, apruebe el SERMAS para los centros de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, los cuales quedarán automáticamente incorporados a la presente cláusula sin necesidad de formalización de adenda y serán de obligado cumplimiento para la FJD-UTE. Corresponde en exclusiva a la Administración sanitaria su determinación, teniendo consideración como consulta no presencial a efectos de facturación, aquellas en las que el acto médico se realiza sin presencia física del paciente, y en la que existe una interpretación de información clínica, conforme a la definición de las prestaciones que figuran en el Anexo C.A. I – Definición y alcance de la prestación de servicios.

Los porcentajes referidos podrán ser revisados por las partes para futuras cláusulas adicionales si se acredita mediante los correspondientes informes que la evolución de los costes de la asistencia telemática respecto de la presencial se separa, al alza o a la baja, de dichos porcentajes.

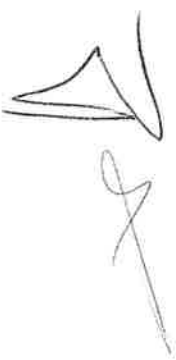
TERCERA. Terapias avanzadas

Para el caso que la FJD-UTE resulte acreditada, en el marco de la ERTA, como centro de referencia en terapias avanzadas, podrá formalizarse una Adenda para su inclusión como actividad asistencial prestar por la FJD-UTE donde deberán recogerse los criterios correspondientes tanto para la prestación del servicio como su financiación.

CUARTA. Las modalidades de prestación de servicios por la FJD-UTE:

1. **Hospitalización.**
2. **Estancias en hospitalización a Domicilio**
3. **Urgencias** (con o sin ingreso posterior)
4. **Consultas externas**
 - Primeras
 - Sucesivas
 - Primeras de Alta Resolución
5. **Actividad quirúrgica mayor ambulatoria (C.M.A.)**
6. **Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios.**
7. **Hospital de Día.**
 - Oncohematológico (estancias)
 - Infeccioso/SIDA (estancias)
 - Médico/pediátrico (estancias)
 - Psiquiátrico (estancias)
 - Geriátrico (estancias)
8. **Procedimientos de valoración singular**
 - Implante coclear
 - Implantación de neuroestimulador intracraneal, electrodos medulares y bombas para el tratamiento del dolor , generadores y neuroestimuladores y desfibriladores holterimplantables, cápsula endoscópica.
 - Revisión de marcapasos sin sustitución de generador.
 - Revisión de marcapasos con sustitución de generador.
 - Extracción de órganos y tejidos e implante de tejidos.
 - Litotricia
 - Hemodinámica terapéutica ambulatoria
 - Hemodinámica diagnóstica ambulatoria
 - Hemodiálisis en hospital

- Hemodiálisis en centro concertado
 - Hemodiálisis domiciliaria
 - Diálisis peritoneal continua ambulatoria
 - Diálisis peritoneal con cicladora
 - Diálisis peritoneal con cicladora de bajo volumen
 - Radioterapia y braquiterapia
 - Estudio polisomnográfico. Estudios de epilepsia realizados mediante Video-EEG.
 - Fecundación In Vitro
 - Criopreservación de células progenitoras (cfr. Anexo C.A. V.A.)
 - Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGPI)
 - Radiología intervencionista ambulatoria
 - PET-TAC
 - Pruebas Genéticas
9. Todas aquellas técnicas diagnósticas contempladas en el Catálogo de Pruebas disponibles desde Atención Primaria, recogidas en el **Anexo C.A. IIA. Cartera de Servicios para Atención Primaria.**
10. **Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario para pacientes del ámbito sustitutorio.**
- Programas Terapéuticos con tarifa:
 - i. Pacientes VIH en tratamiento con antirretrovirales
 - ii. Pacientes en tratamiento de la hepatitis viral C. La financiación de dichos tratamientos se realizará de forma individual por paciente, teniendo en cuenta los pacientes correctamente registrados en la aplicación RUA-VHC y el coste del tratamiento más eficiente en cada momento en función de las características de la enfermedad (grado de fibrosis, genotipo del virus). Periódicamente, se remitirá al hospital una tabla con los tratamientos más eficientes. Para el cálculo se aplicarán los mismos criterios que para el resto de los hospitales del SERMAS.
 - iii. Pacientes en tratamiento esclerosis múltiple.
 - iv. Pacientes en tratamiento con Eritropoyetina en pre-diálisis y quimioterapia ambulatoria.
 - v. Pacientes en tratamiento de hepatitis B
 - vi. Pacientes en tratamiento con Hormona de crecimiento
 - vii. Pacientes en tratamiento de Hipertensión Pulmonar (No parenteral)

- 
- viii. Pacientes en tratamiento de Artritis Reumatoide (T. Biológica)
 - ix. Pacientes en tratamiento de Artritis Psoriásica (T. Biológica)
 - x. Pacientes en tratamiento de Espondiloartropatias (T. Biológica)
 - xi. Pacientes en tratamiento de Psoriasis (T. Biológica)
 - xii. Pacientes en tratamiento de Enfermedad inflamatoria intestinal (T. Biológica)
 - xiii. Pacientes en tratamiento de Asma (T. biológica)
 - xiv. Dermatitis atópica (Terapias Biológicas)
 - xv. Hipercolesterolemia tratada con iPCSK9
 - xvi. Profilaxis de la Migraña (T. biológica)
 - xvii. Poliquistosis renal autosómica dominante
 - xviii. Hidrosadenitis supurativa
 - xix. Arteritis de células gigantes
 - xx. Uveítis no infecciosa (adultos e infantil)
 - xxi. Urticaria Crónica Espontánea
 - xxii. Fibrosis pulmonar idiopática.
 - xxiii. Colangitis biliar primaria
 - xxiv. Púrpura trombocitopénica idiopática.
 - xxv. Enfermedad de parkinson avanzada con Levodopa
 - xxvi. Enfermedad de parkinson avanzada con Duodopa
 - xxvii. Inmunoglobulinas subcutáneas
 - xxviii. Lupus eritematoso sistémico: Belimumab subcutáneo.
 - xxix. Profilaxis de la infección por el VIH post exposición de riesgo
 - xxx. Antimicrobianos sistémicos: grupos terapéuticos: J01, J02 Y F05
 - xxxi. Pacientes que reciban tratamientos de uso hospitalario que entren en financiación pública a través de dispensación externa durante el presente ejercicio con las tarifas que se regulen por el SERMAS y se incorporen mediante Adenda.
 - xxxii. Medicamentos antineoplásicos orales (ANEO): Se incluirán los medicamentos orales DHDH o de Uso hospitalario de los grupos terapéuticos ATC: L01, L02 y L04

11. Material entregado a pacientes con bombas de insulina, SERMAS.

12. Reposición de componentes externos de implantes cocleares de acuerdo con las instrucciones vigentes de la Dirección General competente en materia asistencial para los hospitales del SERMAS.

13. Sistema de monitorización de glucosa intersticial (SMG), o similares cuando sean usados de acuerdo al circuito implantado por la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios..
14. La definición y alcance de cada uno de estos conceptos se recogen en el **Anexo C.A. I. Definición y Alcance de la Prestación de Servicios**. Que serán de aplicación tanto para la actividad sustitutoria como de libre elección. Y la financiación de esta última, se hará conforme a lo establecido al respecto por el manual de facturación intercentros o procedimiento específico de facturación que se entienda más adecuado y que sea aprobado por la Administración sanitaria para el conjunto de centros de la Red sanitaria única de utilización pública.
15. Vinculada a la actividad asistencial, la FJD-UTE participará en el **programa de formación sanitaria especializada por el sistema MIR** según la adjudicación de plazas resultante de los procesos anuales de selección.
16. Actividad de Prevención, en programas de la Comunidad de Madrid, previo encargo y autorización expresa por parte del SERMAS

QUINTA: Asistencia Sanitaria.

1. La oferta asistencial de la "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" al Servicio Madrileño de Salud, sujeta a Convenio, queda determinada por la Cartera de Servicios del Servicio Madrileño de Salud que se incorpora como Anexo C.A.- II. Cartera de Servicios, de la presente Cláusula. Aquella asistencia que sea prestada de manera telemática será financiada según lo previsto en la cláusula segunda.
2. En el caso de que un paciente del ámbito sustitutorio necesite prestaciones asistenciales no incluidas en la Cartera de Servicios concertada, o bien será trasladado a un Centro Hospitalario Público del Servicio Madrileño de Salud, o concertado, en su caso, mediante el correspondiente Parte de Canalización en la forma y condiciones que a estos efectos establezca el órgano correspondiente de la Consejería de Sanidad, o bien se autorizará su inclusión en el catálogo de prestaciones del Convenio, mediante adenda. Los gastos ocasionados serán a cargo del SERMAS (excluidos los productos intermedios, que serán a cargo de la Fundación Jiménez Díaz).
3. Si se da una circunstancia en la que por caso fortuito o causa de fuerza mayor el centro no pueda proporcionar alguna de las prestaciones incluidas en la Cartera de Servicios concertada, deberá ponerlo en conocimiento del Servicio Madrileño de Salud, para dirigir su asistencia a los centros que éste determine, responsabilizándose en todo caso, la FJD-UTE, de todos los gastos que se generen.
4. Tendrá la consideración de **asistencia sanitaria sustitutoria**:
 - a. La recogida en la estipulación 3ª apartado A del Convenio Singular de Carácter Marco de 28 de diciembre de 2006.
 - b. El acceso ordinario de los pacientes del ámbito sustitutorio se efectuará mediante Cita centralizada a través del CAP, u otros canales alternativos de citación puestos a disposición de los pacientes por parte del SERMAS,

- a instancias de un facultativo de Atención Primaria que emitirá el correspondiente Parte de Interconsulta (PIC), o documentación que para otros supuestos establezca el órgano competente de la Consejería de Sanidad.
- c. La atención prestada a pacientes acogidos a cualquier concierto internacional de asistencia sanitaria es considerada de carácter sustitutorio siempre que sean remitidos por los facultativos de las Zonas Básicas de Salud asignadas, mediante Cita centralizada a través del CAP a instancias de un facultativo de Atención Primaria que emitirá el correspondiente Parte de Interconsulta (PIC), o documentación que para otros supuestos establezca el órgano competente de la Consejería de Sanidad. Esta atención deberá ser comunicada al Servicio Madrileño de Salud para su posterior facturación al Instituto Nacional de la Seguridad Social.
- d. La asistencia de carácter urgente cualquiera que sea la procedencia del paciente, y no concurra tercero obligado al pago. Con la excepción de lo previsto en la Estipulación Tercera. Punto 5.
- e. La Fundación no podrá rechazar asistencia alguna, sobre los pacientes del ámbito sustitutorio, que se encuentre prevista en su Cartera de Servicios.
- f. Con respecto a la actividad prevista y de conformidad con lo establecido en la Estipulación Tercera y Séptima del Convenio Singular Marco, el Acuerdo de Novación del Convenio Singular de fecha 3 de marzo de 2011, autorizado por acuerdo del Consejo de Gobierno de la misma fecha; la Fundación asumirá completa e integralmente la atención sanitaria especializada de las nuevas Zonas Básicas de Salud incorporadas al Convenio Singular.
5. Tendrá la consideración de **asistencia sanitaria vinculada a libre elección** toda la atención especializada que se practique sobre pacientes de la Comunidad Autónoma de Madrid procedentes de Zonas Básicas de Salud distintas de las asignadas bajo condición sustitutoria que hayan ejercido su derecho a la libre elección de hospital y médico en virtud del Decreto 51/2010, de 29 de julio, por el que se regula el ejercicio de la libertad de elección de médico de familia, pediatra y enfermero en Atención Primaria, y de hospital y médico en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid, Título IV artículo 27 apartado 9 de la Ley 12/2001, de 23 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid y la Ley 6/2009 de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid, que establece el derecho a la libre elección de médico así como a una segunda opinión.
- 5.1. La Fundación no podrá rechazar la asistencia solicitada en aquellas especialidades susceptibles de inclusión en la libre elección de especialista y hospital.
- 5.2. Y la asistencia de carácter urgente de cualquier paciente con derecho a financiación pública en los términos del convenio singular.

6. La asistencia sanitaria a pacientes bajo condición sustitutoria, inicialmente comprometida estimada para el período de 1 de enero de 2022 a 31 de diciembre de 2022, se refleja como **Anexo C.A. IV.- Actividad Asistencial**.
7. La Cartera de Servicios de pruebas de apoyo diagnóstico para los facultativos de atención primaria de las Zonas Básicas de Salud asignadas, viene definida en **el Anexo C.A.- II.A Cartera de Servicios para Atención Primaria**. No obstante, podrá ser modificada recogiendo todas las mejoras que en este campo implante el Servicio Madrileño de Salud, que serán recogidas mediante adenda, según se recoge en el Convenio Singular en vigor.

Tendrán, para el ejercicio 2022, el alcance y plazo de respuesta que se especifica, sin perjuicio de que se adapten automáticamente, para ejercicios futuros, a los que establezca el Servicio Madrileño de Salud con carácter general.

7.1. Analítica: El tiempo máximo de entrega de los resultados analíticos al centro peticionario (computado desde la entrega de la muestra al Hospital hasta la recepción de resultados) será, con carácter general, de **tres días hábiles**. En las determinaciones cuyo tiempo técnico de obtención de resultados sea superior a este plazo, se computará el plazo añadiendo **dos días laborables** al tiempo técnico de obtención.

7.2. Diagnóstico por Imagen: Las pruebas realizadas supondrán la accesibilidad a imagen o soporte de impresión, junto con el informe suscrito por el radiólogo del Hospital.

En todo caso el informe debe ser accesible al centro peticionario en las cuarenta y ocho horas siguientes a la realización de la prueba.

7.3. El tiempo máximo de realización de las pruebas (computado desde la recepción de la indicación de la prescripción hasta la realización de estudio) será de **tres días naturales** para peticiones **preferentes**, **quince días naturales** para radiología simple; **quince días naturales** en **mamografía diagnóstica**, con sospecha de patología maligna y **treinta días naturales** en **ecografía, TC y RM**. En todo caso, el **informe** debe ser remitido al centro peticionario en las **cuarenta y ocho horas siguientes** a la realización de la prueba.

7.4. Anatomía Patológica: El tiempo máximo de entrega del informe (computado desde la entrega de la muestra al Hospital hasta la recepción en el centro peticionario) será, con carácter general, de quince días naturales.

7.5. Estudios endoscópicos: para los estudios endoscópicos solicitados tanto por Atención Primaria como por Atención Especializada, el tiempo máximo de entrega del informe (computado desde la recepción de la prescripción hasta la realización del estudio) será, con carácter general, de **quince días naturales**. El informe debe ser remitido al centro peticionario en las 48 horas siguientes a la realización de la prueba, salvo que se remita muestra a Anatomía Patológica, en cuyo caso el plazo será de 15 días.

7.6. Otras pruebas El tiempo máximo de realización de las técnicas contempladas en el Catálogo de Pruebas Diagnósticas disponibles desde Atención Primaria, computado desde la indicación de la prescripción hasta

la realización del estudio y emisión del informe será, con carácter general, de **treinta días naturales**.

Las prestaciones solicitadas por Atención Primaria están sujetas al acuerdo entre las partes según lo establecido en la Estipulación sexta punto 22, según **Anexo C.A.-II.A.- Cartera de Servicios para Atención Primaria**, y nunca inferior al promedio de prestaciones solicitadas por Atención Primaria de los Hospitales de su grupo, de forma que las necesidades de pruebas adicionales deberán ser prescritas (en su caso) por los facultativos de la FJD-UTE., previa atención en consulta externa.

8 **Medicina Nuclear y exploraciones de Cardiología y Neurofisiología:** para los estudios solicitados por Atención Especializada el tiempo máximo de realización de las pruebas (computado desde la recepción de la prescripción hasta la realización del estudio) será de **15 días naturales**. El informe correspondiente deberá remitirse al peticionario en los **tres días siguientes**.

9 **Las intervenciones quirúrgicas** incluidas en la Cartera de Servicios, programadas y de carácter sustitutorio tendrán los siguientes tiempos de espera contados desde la indicación quirúrgica:

9.1. En cumplimiento del plan integral de reducción de la espera quirúrgica, a 31 de diciembre del 2022 la demora máxima de cualquier proceso quirúrgico programado no podrá ser superior a 30 días, con el fin de garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias a los residentes en las zonas básicas asignadas con carácter sustitutorio a la FJD-UTE. Las intervenciones quirúrgicas de carácter urgente se realizarán de acuerdo con la disponibilidad de dispositivos técnicos, sin demora.

9.2. Las intervenciones quirúrgicas derivadas del **programa de reducción de lista de espera quirúrgica**, estarán supeditadas a la resolución prioritaria de la actividad sustitutoria debiendo realizarse en los plazos que se determinen específicamente en la derivación; en cualquier caso, **no podrán excederse los plazos anteriormente definidos**.

Estos tiempos de espera se modificarán si se establecen tiempos distintos para el resto de los hospitales públicos del grupo 3, en cuyo caso dichos tiempos serán también de aplicación a la FJD.

Durante la duración de la pandemia, estos tiempos podrán excederse justificadamente como consecuencia del impacto de la COVID-19 y las medidas adoptadas para su contención. En concreto, regirán las instrucciones que en relación con el registro de los tiempos de espera emita, en su caso, la DGSIS hasta el momento en que se normalice la situación y así se comunique

10 El registro de los pacientes, los diagnósticos, las técnicas y la espera quirúrgica se realizará de acuerdo con los criterios que dicte la Consejería de Sanidad en el Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica (**RULEQ**).

11 **La espera máxima** por la atención de las **citas** solicitadas desde **Atención Primaria** con sospecha de malignidad, será inferior a **quince días naturales**. El paciente dispondrá de los **resultados** de las posibles exploraciones solicitadas, la valoración diagnóstica y la orientación terapéutica en un máximo de **veinte días naturales a partir de la fecha de la primera consulta**.

12 **La espera máxima** para la atención de **primeras consultas**, ya sean solicitadas por facultativos de Atención Primaria o derivadas desde urgencias u otros servicios

del Hospital, no podrá ser superior a **treinta días naturales**, computados desde la fecha de indicación de la citación.

- 13 Estas esperas no serán de aplicación para aquella actividad asistencial que supere el pacto de derivación recogido en el **Anexo C.A.- IV. Actividad Asistencial**.
- 14 Las esperas serán valoradas a través del fichero del Sistema de Información de Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas (**SICYT**) y si fuera necesario a través del CAP. Este fichero deberá ser remitido mensualmente por la FJD-UTE. al Servicio Madrileño de Salud.
- 15 En la Estipulación Novena de la presente Cláusula, se establecen las penalizaciones económicas por el incumplimiento de los plazos citados en los párrafos anteriores, por causas imputables a la Fundación Jiménez Díaz.
- 16 Con independencia de los plazos máximos de respuesta previstos en los apartados anteriores, la "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" atenderá, lo antes posible, las **solicitudes de asistencia o pruebas** que sean indicadas como **urgentes** por los facultativos de Atención Primaria, C.E.P. y los del propio Hospital.
- 17 Salvo que por criterio técnico-sanitario se justifique otro orden de prioridad, los pacientes, en todas las modalidades asistenciales, serán atendidos por riguroso orden cronológico de solicitud de asistencia o indicación de prueba, intervención quirúrgica o tratamiento.
- 18 Periódicamente, el Servicio Madrileño de Salud efectuará una verificación del grado de cumplimiento de las esperas previstas. En caso de que estas se aparten de las establecidas por el Servicio Madrileño de Salud, la "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" deberá elaborar un plan de absorción de las esperas. Dicho plan, con independencia de las posibles penalizaciones económicas que más adelante se determinan, será objeto de seguimiento por el Servicio Madrileño de Salud.
- 19 Durante el ejercicio 2022 la Fundación Jiménez Díaz actualizará la oferta asistencial a las demandas y necesidades de la población asignada en ámbito sanitario implantando y desarrollando los Programas Especiales siguientes según lo establecido por la Comunidad de Madrid:
 - 19.1 Estrategia de Seguridad del Paciente del Servicio Madrileño de Salud.
 - 19.2 Estrategia de atención al dolor.
 - 19.3 Plan Estratégico de Cuidados Paliativos.
 - 19.4 Planes Estratégicos de Especialidades, implementando acciones de mejora propuestas por los profesionales.
 - 19.5 Plan Estratégico de Salud Mental.
 - 19.6 Atención a los pacientes con ictus en fase aguda, mediante la implantación del Equipo de Ictus.
 - 19.7 Programa de Rehabilitación Cardíaca y Prevención Secundaria para los pacientes dados de alta hospitalaria, incluidos familiares y/o personas cuidadoras.
 - 19.8 Implantar y desarrollar actuaciones que fortalezcan la continuidad asistencial mediante la información clínica compartida entre niveles.

- 19.9 Potenciar las políticas de eficiencia aplicadas a la utilización racional de los medicamentos.
- 19.10 Mejora del proceso de atención en urgencias, según los criterios que se determinen por el Servicio Madrileño de Salud.
- 19.11 Colaborar, mantener y participar en el “Sistema de Intercambio de Datos de Cáncer” (SDIC), denominado RTMAD (Registro de Tumores de Madrid) tanto en su carácter Poblacional como Hospitalario.
- 19.12 Implementar sistemas de alerta, control y seguimiento del proceso de detección precoz y atención integral al cáncer. De especial relevancia será favorecer la participación y colaboración en los Programas de Cribado implantados y/o desarrollados en la Comunidad, facilitando los datos necesarios para el seguimiento de las personas participantes y la realización de las pruebas necesarias en tiempo y forma, principalmente en el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama y Prevecolon en la Comunidad de Madrid, y cualquier otro que se implante en el Servicio Madrileño de Salud.
- 19.13 Mantener la figura del Coordinador del Programa Integral de Detección y Asesoramiento del Cáncer familiar como referente en lo relacionado a la atención sanitaria de los pacientes y familiares que lo necesiten en su área de influencia, desarrollando, en los centros que estén catalogados como de referencia, los laboratorios que efectúan los test genéticos básicos necesarios de acuerdo a los criterios del programa vigente,
- 19.14 Atención a los pacientes oncológicos según lo establecido por el Plan Integral de Control del Cáncer en la Comunidad de Madrid, en especial en lo referente a la creación de Comités de Tumores, la asistencia por medio de equipos multidisciplinares y la necesidad de aplicación de planes terapéuticos personalizados.
- 19.15 Sistema de control y Seguimiento del Proceso de Atención al Cáncer en la Comunidad de Madrid, con el objetivo de mejorar la calidad de la asistencia a los pacientes con sospecha, diagnóstico reciente o antiguo de cáncer en el ámbito de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid implementando acciones de mejora derivadas del registro sistemático del proceso y los resultados para el retorno de la información a los actores implicados en dicho proceso, y actuar de forma especial mediante programas de prevención de los tumores más prevalentes.
- 19.16 Marco estratégico de Responsabilidad Social Sociosanitaria
- 19.17 Y aquéllos otros que se implanten por el órgano competente a lo largo del año 2022, con su financiación correspondiente, si procede.
- 20 Para la obtención de los campos incluidos en el CMBD definido por el Ministerio de Sanidad, la codificación de los diagnósticos y los procedimientos de la asistencia sanitaria se realizará de acuerdo a la clasificación CIE-10, o aquella que, en cada momento, resulte de aplicación. La Fundación Jiménez Díaz, al igual que el resto de Hospitales dependientes del Servicio Madrileño de Salud debe tener sus

sistemas de información, tanto de actividad como de facturación, adaptados al sistema vigente de codificación.

SEXTA: Régimen Económico. Facturación

1 A efectos de determinar la contraprestación económica, la actividad asistencial del Hospital, en el período 1 de enero a 31 de diciembre 2022, será valorada de acuerdo con las siguientes unidades:

- **Altas hospitalarias**, valoradas de acuerdo al peso medio asignado al C.M.B.D. de cada alta por la versión 35 para la actividad sustitutoria y versión 32 para la actividad de libre elección, del agrupador de los Grupos Relacionados de Diagnóstico Refinados (GRD-APR). La medición se realiza en Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH), resultado del producto del número de altas por el peso medio de las mismas.
- **Estancias en Hospitalización a Domicilio**
- **Actividad quirúrgica mayor ambulatoria**, valorados en la actividad sustitutoria de acuerdo al peso medio asignado al C.M.B.D. de cada intervención quirúrgica, según la versión 35 del agrupador de los Grupos Relacionados de Diagnósticos Refinados (GRD-APR). La medición se realiza en Unidades de Complejidad Hospitalaria (UCH), resultado del producto del número de intervenciones quirúrgicas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) por el peso medio de las mismas.

La actividad quirúrgica de CMA para la actividad de libre elección será valorada con el precio público minorados en un 10%, según la Orden de Precios Públicos vigentes, y los asimilados por el SERMAS, y codificado de acuerdo a la edición en castellano del CIE-10.

Los procedimientos facturables en CMA son comunes al resto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud y abarcan todos los procesos quirúrgicos realizados como CMA.

- **Consultas Primeras.**
- **Consultas Primeras de Alta Resolución.**
- **Consultas Sucesivas.**
- **Urgencias sin ingreso.**
- **Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios.** Incluye los procedimientos dermatológicos y otros del fichero CMBD ambulatorio y los procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano.
- **Hospital de Día**
 - i. Oncohematológico
 - ii. SIDA
 - iii. Médico/Pediátrico
 - iv. Psiquiátrico

v. Geriátrico

• **Procedimientos de valoración singular.**

- i. Implante coclear.
- ii. Implantación de neuroestimulador intracraneal, electrodos medulares y bombas para el tratamiento del dolor, generadores y neuroestimuladores y desfibriladores holterimplantables, cápsula endoscópica.
- iii. Revisión de marcapasos sin sustitución de generador
- iv. Revisión de marcapasos con sustitución de generador
- v. Hemodinámica Terapéutica ambulatoria
- vi. Hemodinámica Diagnóstica ambulatoria
- vii. Extracción de órganos y tejidos e implante de tejidos
- viii. Litotricia
- ix. Hemodiálisis en hospital
- x. Hemodiálisis en centro concertado
- xi. Hemodiálisis domiciliaria
- xii. Diálisis peritoneal continua ambulatoria
- xiii. Diálisis peritoneal con cicladora
- xiv. Diálisis peritoneal con cicladora de bajo volumen
- xv. Radioterapia y braquiterapia
- xvi. Estudio polisomnográfico. Estudios Epilepsia realizados mediante video-EEG
- xvii. Fecundación in Vitro
- xviii. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGPI)
- xix. Radiología intervencionista ambulatoria.
- xx. PET-TAC
- xxi. Pruebas Genéticas
- xxii. Cripreservación de embriones, gametos y células progenitoras hematopoyéticas.

La actividad declarada en las distintas líneas de actividad deberá ser congruente con la información contenida en los Sistemas de Información Sanitaria, más concretamente con el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Sistema de Información de Consultas y Técnicas (SICYT) y Sistema de Información de Urgencias. *Y aquellos otros que la DGSIS determine como oficiales.*

2. Las tarifas, vigentes para el período desde 1 de enero de 2022 a 31 de diciembre de 2022, se han incorporado a esta Cláusula aplicando a las tarifas de la Cláusula

Adicional 12ª aplicables a 31 de diciembre de 2021 un incremento del 5,36%. Este es el resultado de aplicar la actualización correspondiente a la variación del IPC del año 2021 por un 6,5%, que es el criterio aplicable en el presente ejercicio según lo establecido en la Estipulación Tercera del Acuerdo de Novación de 3 de marzo de 2011 del Convenio Singular, minorado en un 1,14%, que es el porcentaje correspondiente a incrementos salariales pasados del personal sanitario que las partes consideran no consolidables a los efectos de la fijación de las tarifas para 2022. Estas tarifas se recogen en **Anexo C.A.- V.A. Tarifas**.

Las tarifas previstas en la Cláusula Adicional 11ª serán las aplicables a toda la actividad realizada durante 2019. Lo serán igualmente a la actividad de los años 2018 y 2020, deflactándose e incrementándose, respectivamente, de acuerdo con la evolución del IPC en los años correspondientes.

3. Con motivo del importante incremento acumulado de los tratamientos de Hospital de Día derivado de la introducción de medicamentos biológicos y antineoplásicos parenterales cuya indicación está financiada por el Sistema Nacional de Salud, y cuyo coste supera la financiación correspondiente a la tarifa asignada a dicho **Hospital de Día Oncohematológico**, se hace necesario diferenciar tarifas de hospital de día en función de los distintos tratamientos, para pacientes del ámbito sustitutorio y de libre elección. En el Hospital de Día Oncohematológico, se recoge la posibilidad de aplicar dos tipos de tarifa; una tarifa general por estancia en Hospital de Día Oncohematológico **recogida en el Anexo C.A.- V.A.**; o bien una tarifa específica en base a los programas por ciclo finalizado recogido en el **Anexo C.A. V.B.- Hospital de Día Oncohematológico. Programas** que se calcula como el importe de la estancia en Hospital de Día Oncohematológico más el importe correspondiente al coste de adquisición determinado por el SERMAS para los distintos ciclos definidos.
4. Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario para pacientes del ámbito sustitutorio y de libre elección. Se incluyen los fármacos recogidos en el Anexo C.A.-V.D. Programas de Dispensación a Pacientes Externos, así como los aprobados a lo largo del periodo de vigencia de la cláusula, que podrán ser recogidos en las correspondientes adendas. Se financiará el medicamento Dupilumab (DupixentR) para el tratamiento de la dermatitis atópica grave de acuerdo a los protocolos y las condiciones de financiación vigentes de pago por resultados clínicos obtenidos con el tratamiento, elaborados por el Ministerio de Sanidad, siendo imprescindible el registro en la base de datos VALTERMED del Ministerio de Sanidad que comparten hospitales y Comunidades Autónomas.
5. Compensación por Docencia a facultativos residentes (MIR). Se financiará en función de los costes de los médicos residentes aplicando las tarifas vigentes en cada ejercicio para el conjunto de la red sanitaria única de utilización pública. Recogida en el **Anexo C.A.-V.C. Tarifas MIR**.
6. El presupuesto de financiación máximo para el periodo entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2022 con cargo al Servicio Madrileño de Salud en concepto de asistencia sanitaria sustitutoria es de **trescientos treinta y nueve millones, seiscientos cuarenta y un mil setenta y cuatro euros con veintinueve céntimos de euro (339.641.074,29€)**.

Con carácter retroactivo, a partir del presupuesto máximo de financiación previsto en la Cláusula adicional 11ª y teniendo en cuenta el efecto de estacionalidad, se establece un presupuesto de financiación máximo de trescientos diez millones de

euros (310.000.000 €) para la asistencia sanitaria sustitutoria de cada uno de los siguientes periodos: 2018, 2019 y 2020.

7. Estos presupuestos contemplan el gasto de los procesos de IVE en centros concertados, los PET-TAC, el material entregado a pacientes con bombas de insulina, los componentes externos de implantes cocleares y otros dispositivos externos, los sistemas de monitorización de glucosa intersticial (SMG) o similares, la actividad de prevención (previo encargo expreso, en su caso), los gastos de búsqueda de donantes, los gastos farmacológicos previos y post trasplante del trasplantado y donante, la criopreservación de embriones, gametos y células progenitoras hematopoyéticas y, en su caso, los medicamentos para el tratamiento de pacientes con enfermedades poco frecuentes o raras, con autorización o aprobación previa de sus tarifas.
8. Asimismo y, respecto de los programas recogidos en los subapartados XXII a XXX del apartado 10 de la cláusula quinta, se actualizarán las tarifas incluyendo los medicamentos no contemplados a los que se refieren estos programas, en el apartado "2) Medicamentos antineoplásicos orales y otros" del Anexo C.A. V.D.- Programas de Dispensación Pacientes Externos – para el período de vigencia de la presente cláusula..
9. El presupuesto de financiación con cargo al Servicio Madrileño de Salud para el programa de medicamentos de dispensación hospitalaria para pacientes externos y para los programas de dispensación en el Hospital de Día Oncohematológico listados en el Anexo C.A.V.B. Hospital de Día Oncohematológico, del ámbito sustitutorio, entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2022, asciende a **treinta y ocho millones novecientos noventa y tres mil cuatrocientos noventa y tres, con treinta y seis cts. de euro (38.993.493,36 €)** .

Con carácter retroactivo, se fija un presupuesto de financiación con el mismo objeto de veintiocho millones seiscientos cincuenta mil euros (28.650.000 €) para los siguientes ejercicios: 2018, 2019 y 2020. Este presupuesto no incluye la financiación de los fármacos contra la hepatitis C ni los suministrados en el Hospital de Día Oncológico en estos tres ejercicios.
10. Por necesidades del Servicio Madrileño de Salud, complementariamente se podrá suscribir una Adenda a esta Cláusula Adicional para financiar la actividad que pueda ser realizada en el **Programa de reducción de Lista de Espera Quirúrgica o Lista de Espera Diagnóstica**.
11. Tampoco se encuentra incluida en los anteriores importes, la formación docente postgraduada vinculada al sistema MIR que se financia con arreglo a los volúmenes y tarifas recogidos en esta Cláusula y cuya cuantía para este periodo, se estima en de **siete millones setecientos cuarenta y seis mil doscientos treinta y tres euros, con cuarenta y seis centimos de euro (7.746.233,46€)**.

Partiendo de las estimaciones de financiación de la formación docente postgraduada vinculada al sistema MIR contenidas en la Cláusula Adicional 11ª y teniendo en cuenta el número final efectivo de alumnos, la financiación de esta actividad será la siguiente para los años 2018, 2019 y 2020:

2018 6.553.544,75 euros.

2019 6.742.953,18 euros.

2020 6.340.281,74 euros.

12. El **Anexo C.A.IV Actividad Asistencial**, recoge la actividad inicialmente estimada en ámbito sustitutorio en el periodo 1 de enero a 31 de diciembre de 2022.
13. Durante el año 2022 los médicos residentes estimados por la Consejería de Sanidad son los siguientes:

	Número de efectivos
MIR 1 Año	64
MIR 2 Año	60
MIR 3 Año	64
MIR 4 Año	65
MIR 5 Año	14

14. En el valor asignado a la unidad de complejidad y a las tarifas 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 R.D. 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 o extraída en el citado **Anexo C.A.- II B. Cartera de Servicios Complementaria para Atención Hospitalaria**. El gasto derivado de la **actividad asistencial**, así como la docencia postgraduada MIR y la dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario para estos pacientes será contraído contra el **programa 312A imputable a la partida 25202** del vigente presupuesto de gastos de la Comunidad de Madrid.
15. Para homogenizar el criterio de la imputación del gasto derivado de la libre elección con el aplicado en el resto de hospitales concesionados y concertados, el posible gasto derivado de la libre elección de especialista y hospital, así como el posible gasto derivado de la actividad complementaria, sería contraído contra el programa 312A imputable al subconcepto 25202 del presupuesto de gastos de la Comunidad de Madrid, una vez verificada y auditada la actividad realizada.
16. El cómputo de un procedimiento de valoración singular (procedimiento extraído) no podrá computarse asimismo como alta en actividad sustitutoria, de libre elección o lista de espera.
17. El abono de los servicios se realizará **mensualmente "a cuenta"** por importe del **noventa y cinco por ciento (95%)** de la doceava parte del importe previsto en esta Cláusula Adicional, para la **actividad sustitutoria**; y para el abono de la **financiación del MIR** se realizará mensualmente el **abono "a cuenta"** por importe del **noventa y cinco por ciento (95%)** de la doceava parte de la cantidad correspondiente al período de 1 de enero a 31 de diciembre de 2022;

regularizándose ambas cantidades según lo previsto en el Convenio Singular de vinculación de carácter marco. Se procederá a la regularización de los pagos a cuenta efectuados hasta la firma de la presente cláusula por la diferencia entre el importe del 95% de los pagos a cuenta establecidos en Cláusula Adicional 12ª de fecha 11 de noviembre de 2021 y los pagos a cuenta correspondientes a la presente Cláusula, mediante un pago único que se efectuará una vez firmada la cláusula y antes de la finalización de su vigencia

18. Al solo efecto del abono a cuenta de las cantidades indicadas en el párrafo anterior, y con el fin de agilizar los flujos de tesorería, la Fundación Jiménez Díaz presentará, sin perjuicio del proceso de facturación y liquidación que más adelante se describe, factura por la cuantía del abono "a cuenta" previsto para el mes en los primeros días del mes posterior.
19. No obstante, a mes vencido, la Fundación Jiménez Díaz presentará relación valorada mensual de la asistencia sanitaria sustitutoria efectivamente realizada de conformidad con el **Anexo C.A.- VI. Facturación** que se incluye en esta Cláusula Adicional.
20. En cumplimiento de las instrucciones en materia de facturación emitidas por la Consejería de Economía y Hacienda en cumplimiento de la Ley Orgánica 2/2012 de abril de estabilidad presupuestaria la Administración no garantizará el pago, en los términos previstos, de las facturas que no sean entregadas en el plazo máximo previsto en la normativa.
21. El resto de términos económicos se regirán según lo establecido en el Convenio Singular que ampara esta Cláusula Adicional.

SÉPTIMA: Liquidación final

1. Proceso de auditoría:

Se realizará durante el primer semestre del 2023, una auditoría de carácter asistencial, cuyas conclusiones y propuestas serán de aplicación para la liquidación, y que deberá contemplar al menos los siguientes apartados para las diferentes modalidades de actividad asistencial:

- a. Actividad sustitutoria y la derivada del ejercicio de la libre elección de médico especialista y/o hospital.
- b. Actividad derivada de programas especiales establecidos por el Servicio Madrileño de Salud.
- c. Adecuación de los criterios de codificación y clasificación de la casuística en CMBD de hospitalización y ambulatoria; y de la adecuación de los GRD's, así como de su peso específico.
- d. Grado de cumplimiento de la espera en la Lista de Espera Quirúrgica, en Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas.
- e. En la Auditoría de Actividad Asistencial se valorará exclusivamente la documentación relativa al proceso asistencial que conste expresamente en la historia clínica y en los registros oficiales del Sistema de Información (SIAE, SICYT, CMBD, ...).

- f. Para la auditoría de actividad se auditará una muestra significativa de historias clínicas, correspondiente a las principales líneas de actividad, las de mayor peso específico o las que hayan mostrado una mayor desviación en función de los resultados de las auditorías de años anteriores. La muestra seleccionada para su realización se obtendrá mediante muestreo aleatorio con un nivel de confianza del 95% ($\alpha = 0,05$), una precisión (d) del 5% y una proporción estimada en función también de los resultados de las auditorías de años anteriores. Para ello utilizaremos la aplicación Excel, fórmula ALEATORIO.ENTRE
- g. Para el desarrollo de los trabajos de auditoría de actividad asistencial se seguirán los criterios reflejados en esta Clausula, así como en el manual de auditoría vigente en el momento de la realización de la actividad asistencial auditada.

La realización de las actuaciones materiales de esta auditoría podrán ser contratadas con terceros, sin perjuicio de la facultad del SERMAS de revisar dichas actuaciones.

Una vez finalizada la auditoría, se remitirá a la FJD-UTE una propuesta de liquidación al objeto de puedan realizar las alegaciones que se estimen oportunas, durante el plazo de un mes. Una vez transcurrido dicho plazo y, tras el examen de las mismas se procederá a dictar la oportuna Resolución de liquidación correspondiente. Este procedimiento resulta de aplicación tanto para la actividad sustitutoria como de libre elección.

2. **Ajustes y penalizaciones de la actividad sustitutoria o de la vinculada a Libre elección :**

Se practicarán los ajustes y penalizaciones siguientes:

- a. El número de UCH's generadas por procesos atendidos en hospitalización, comprendidos en el fichero de CMBD de hospitalización, **se ajustará en función:**

Del número de altas hospitalarias de las que se detraerán:

- El número de altas de reingresos por el mismo diagnóstico, en sus diferentes tramos, que superen los resultados globales del Servicio Madrileño de Salud.
- **Del peso medio** obtenido del procesamiento de las altas codificadas. Si el Hospital codifica un porcentaje de altas inferior al 99%, se aplicará el peso medio más bajo de los hospitales de su grupo.

- b. **Ajuste de primeras consultas:** El ratio de consultas primeras generadas en el propio hospital sobre el total de consultas primeras no puede ser más elevado que el ratio medio de los hospitales del Grupo 3 de la Comunidad de Madrid. Todas las consultas primeras generadas por el propio hospital que superen este ratio no se considerarán a efectos de financiación.

- c. **Ajuste de la relación Sucesivas/Primeras:** La relación por cociente entre las Consultas Sucesivas y Consultas Primeras más Consultas Primeras de Alta Resolución (una vez practicado el ajuste anterior) no

podrá ser superior a la media del Grupo 3 de los Hospitales de la Comunidad de Madrid. Para la valoración de este ratio en términos homogéneos con el resto de los hospitales, se incluirá para el cálculo el total de las consultas realizadas (Actividad sustitutoria, Lista de Espera quirúrgica y Libre Elección). Aquellas que excedan esta relación serán descontadas del importe liquidable y se tendrán por no realizadas.

d. **Ajuste del Programa Selectivo de Revisión de Medicamentos de dispensación hospitalaria para pacientes ambulatorios.**

i. Se procederá al pago de los fármacos de dispensación ambulatoria y de los programas de dispensación en el Hospital de Día Oncohematológico listado en el Anexo C.A.V.B Hospital de Día Oncohematológico que sean efectivamente dispensados, en los términos del apartado 8 de la estipulación SEXTA..

ii. Se procederá al descuento de todos aquellos tratamientos facturados que no se utilicen de acuerdo con las directrices del SERMAS.

iii. El porcentaje de crecimiento de gasto de los medicamentos incluidos en el programa de ANEO no podrá ser superior al porcentaje de crecimiento de la media de los Hospitales de la Comunidad de Madrid de su grupo. El coste que exceda de este porcentaje de crecimiento será descontado del importe liquidable. Los tratamientos que no se adecuen al protocolo específicamente definido entre la Fundación Jiménez Díaz y el Servicio Madrileño de Salud serán, asimismo, descontados del importe liquidable y no tendrán efectos económicos.

e. **Penalizaciones por espera quirúrgica.** Si al final del período 1 de enero a 31 de diciembre de 2022 la espera en la realización de intervenciones quirúrgicas supera el límite de 170 días de lista de espera estructural se descontará de la liquidación final el 100% del valor previsto según el APR correspondiente a cada uno de los pacientes con espera superior al objetivo establecido.

La aplicación de esta penalización sólo surtirá efecto tras la consideración conjunta y simultánea de la actividad sustitutoria y la vinculada a la libre elección recogida en esta Cláusula Adicional. Durante el periodo que dure la Pandemia no se tendrá en cuenta esta penalización.

Durante la duración de la pandemia, estos tiempos podrán excederse justificadamente como consecuencia del impacto de la COVID-19 y las medidas adoptadas para su contención. En concreto, regirán las instrucciones que en relación con el registro de los tiempos de espera emita, en su caso, la DGSIS hasta el momento en que se normalice la situación y así se comunique.

- f. **Penalizaciones por espera en consultas externas y pruebas diagnósticas desde Atención Primaria.** Si, en el corte al final del período 1 de enero a 31 de diciembre de 2022, la espera en la realización de consultas externas y pruebas diagnósticas supera el límite establecido, siempre que la actividad no supere el pacto entre Atención Primaria y Atención Especializada y la causa sea imputable a la FJD-UTE, se detraerá de la facturación el mismo número de consultas externas y pruebas diagnósticas que número de pacientes que superen los tiempos de espera convenidos. Durante el periodo que dure la Pandemia no se tendrá en cuenta esta penalización.
- g. **Penalizaciones por aplicación de la Estipulación 7.4 del Convenio Singular de Carácter Marco.** Si en el proceso de auditoría de la actividad sustitutoria o de libre elección establecido en la Estipulación Novena de la presente Cláusula se evidenciara la facturación al Servicio Madrileño de Salud de asistencia cuyo abono le correspondiera en virtud de normas legales o reglamentarias a otros seguros públicos (MUFACE, MUGEJU, ISFAS, Seguro Escolar, etc.) o privados (vehículos a motor, deportes federados, caza...) o a terceros, existiendo documentación que lo avale u otra prueba ajustada a derecho, se detraerá la asistencia prestada de la valoración de la actividad en ese caso concreto descontándose 3 veces su valor.
- h. **Facturación intercentros.** En el supuesto de que el Servicio Madrileño de Salud tuviera conocimiento de algún coste originado por una actuación de la Fundación Jiménez Díaz con repercusión económica en el Servicio Madrileño de Salud, deberá ponerlo en conocimiento de la Fundación y si dicho coste es requerido al SERMAS este podrá minorar ese importe de la liquidación del ejercicio.

Este apartado no es de aplicación para la libre elección de hospital y médico, que se articulará en estipulaciones específicas.

3. Liquidación:

- a. Durante los primeros seis meses del año 2023, prorrogables por otros seis meses a instancia de cualquiera de las partes, se realizará la liquidación definitiva del período de 1 de enero de 2022 a 31 de diciembre de 2022, comparando las cantidades abonadas con la valoración de la asistencia sanitaria sustitutoria y en su caso, la actividad complementaria efectivamente realizadas, una vez realizados los ajustes y penalizaciones expresados en los apartados anteriores.
- b. En el supuesto de que la valoración de la asistencia sanitaria ajustada sea superior a las cantidades abonadas a cuenta en el período señalado en el apartado anterior, la diferencia será liquidada a favor de la Fundación Jiménez Díaz UTE. En caso contrario, la diferencia será compensada, a favor del Servicio Madrileño de Salud, en el siguiente abono a cuenta que se realice.
- c. Si transcurrido el período inicial de seis meses referido en el apartado a) y con independencia de su eventual prórroga, no se ha llevado a cabo la liquidación definitiva, se podrá realizar, hasta las cantidades pendientes

de abono con el máximo del techo de financiación establecido, una liquidación provisional a cuenta de la posterior liquidación definitiva que se lleve a cabo en aplicación de las previsiones de la presente Cláusula adicional.


Si una vez efectuada la auditoria o proceso de liquidación correspondiente, se verificase que las cantidades abonadas al amparo de lo previsto en el párrafo anterior hubieran sido superiores a las debidas, la Administración procederá a reclamar las mismas, compensando la cantidad que resulte a su favor, con los correspondientes intereses de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 77.4 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria. . Esta compensación se operará contra el primer pago que deba ser abonado a la FJD UTE en aplicación del Convenio tras la notificación de la liquidación definitiva. Si esta compensación no fuera suficiente para el completo reintegro de la diferencia a favor de la Administración con los correspondientes intereses, se compensará la cantidad restante contra los sucesivos pagos que deriven de la relación convencional en favor de la FJD hasta que se produzca su total reintegro.

La liquidación definitiva deberá llevarse a cabo con anterioridad al 31 de diciembre de 2023.


OCTAVA: Programas de Calidad, continuidad asistencial y eficiencia.

El centro sanitario debe adoptar las medidas precisas para **garantizar la seguridad de usuarios y trabajadores**, así como la calidad de los servicios que preste.

En este sentido, le es exigible:

- 
1. El cumplimiento de las normas de salud laboral y protección radiológica, seguridad contra incendios, tratamiento y evacuación de residuos y, en general, la adopción de todas aquellas medidas que sobre estas materias vengan establecidas por las normas de carácter europeo, estatal o autonómico que sean de aplicación.
 2. La garantía de igualdad de trato a todos los pacientes, cualquiera que sea su régimen de aseguramiento o la Entidad obligada al pago de los servicios recibidos.
 3. La garantía del aseguramiento de la responsabilidad civil que se pueda derivar por las acciones u omisiones de naturaleza sanitaria o extra-sanitaria del centro, empresas o profesionales que presten servicios en el mismo, cualquiera que sea el régimen de vinculación.
 4. El cumplimiento de las normas sobre protección de datos de usuarios y pacientes.
 5. Tramitación, registro y notificación de los datos estadísticos que se precisen sobre el ejercicio de los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los datos personales de los pacientes.
 6. Contestación a las reclamaciones, quejas y sugerencias, atendiendo a las pautas que emita el órgano de la Consejería de Sanidad competente en materia de atención al Paciente.
 7. El cumplimiento de los postulados éticos sobre buena práctica clínica, investigación, donación y trasplante de órganos y tejidos, uso racional del medicamento y cualesquiera otras materias relacionadas con la actividad del Centro.

8. Los compromisos referentes a Investigación y Docencia se fijarán durante el ejercicio, por acuerdo del Centro Sanitario con la Dirección General de Investigación, Formación e Infraestructuras Sanitarias y el conocimiento del Servicio Madrileño de Salud.
9. La garantía de cumplimiento de todos los derechos de los pacientes que reconoce nuestro ordenamiento jurídico y, en concreto, los recogidos en la Ley 14/1986 General de Sanidad, la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
10. El cumplimiento de lo previsto en la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente, en el Decreto 101/2006, de 16 de noviembre, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid y en la Orden 2191/2006, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el Decreto precitado y se establecen los modelos oficiales.
11. La codificación de las altas hospitalarias y procedimientos ambulatorios (cirugía, hospital de día, y tratamientos diurnos y técnicas especiales) según el sistema de códigos vigente en cada momento y a cumplimentar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.), de conformidad con lo establecido en la Resolución de la Secretaría General para el Sistema Nacional de Salud de 24 de enero de 2002, el Decreto 69/2015, de 6 de febrero y en el Decreto 89/1999, de 10 de junio, por el que se regula el C.M.B.D. al alta hospitalaria y cirugía ambulatoria en la Comunidad de Madrid.
12. El establecimiento de mecanismos e indicadores orientados a la mejora de la calidad percibida y la calidad científico-técnica, comprometiéndose el Hospital a implantar las actuaciones y cumplir los objetivos establecidos por el Servicio Madrileño de Salud. Además, establecerá la infraestructura necesaria para llevarlos a cabo y los correspondientes procedimientos de evaluación y seguimiento. En este sentido, el centro tendrá los mismos objetivos que los hospitales de su grupo y respetando la autonomía del centro, los indicadores de calidad deben permitir la comparación con los del conjunto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

El centro sanitario, en la ejecución de esta cláusula adicional, y sin perjuicio de la autonomía de gestión del Centro, ajustará su funcionamiento a las directrices y normas de carácter general que dicten las Autoridades Sanitarias, en orden a la efectiva **coordinación de los servicios** en el ámbito de la Comunidad de Madrid.
13. La relación asistencial entre el centro sanitario y los profesionales de Atención Primaria se basará en la existencia de partes de interconsulta con el traslado adecuado de información entre ámbitos asistenciales y la utilización de la cita centralizada a través del CAP. Se desarrollarán, para las patologías más prevalentes en el Área, protocolos de actuación conjunta.
14. El Director de Continuidad Asistencial asumirá el objetivo de mejorar la coordinación del Hospital con Atención Primaria, promoviendo la continuidad en la asistencia como medio para garantizar la seguridad en la atención, la eficiencia del sistema y la satisfacción de usuarios y profesionales. Se establecerá un vínculo, relación y compromiso entre el hospital y AP que permita una atención sanitaria continuada de los pacientes de la Comunidad de Madrid (CM) y una resolución coordinada entre AP y AE de los procesos asistenciales.

15. Los Centros de Atención Primaria y el centro sanitario propiciarán la realización de protocolos para la atención de pacientes de alta precoz postquirúrgica, al objeto de facilitar una mejor recuperación del paciente en su entorno familiar y social y contribuir a una mayor rotación de camas de agudos en el Hospital.
16. Las citaciones para primeras consultas y técnicas diagnósticas se realizarán de forma centralizada a través del CAP; sin perjuicio de ello, el centro observará los circuitos de citación establecidos por el Servicio Madrileño de Salud en el ámbito de programas asistenciales específicos, como es el caso de las derivaciones por sospecha de malignidad del Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama.
17. El centro sanitario adoptará aquellas medidas tendentes a hacer posible que la Historia Clínica del paciente sea accesible informáticamente y bajo el protocolo que al efecto se establezca, desde las Unidades de Provisión de Servicios de Atención Primaria y con sujeción a los principios que en materia de confidencialidad, seguridad e integridad de datos, establece la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos, y Ley 41/2002 Básica Reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y la política de seguridad informática que se establezca para los usuarios del Servicio Madrileño de Salud.
18. Adecuarse a los sistemas que se establezcan para la tramitación de las IT conforme a la Orden ESS/1187/2015, de 15 de junio, por la que se desarrolla el Real Decreto 625/2014, de 18 de julio, por el que se regulan determinados aspectos de la gestión y control de los procesos por incapacidad temporal en los primeros trescientos sesenta y cinco días de su duración.
19. El centro sanitario utilizará el Sistema de Información Poblacional para la gestión de la Tarjeta Sanitaria de la Comunidad de Madrid (SIP-CIBELES). El número CIPA (Código de Identificación Personal Autonómico) se utilizará como código de identificación personal único para cada uno de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud. Asimismo, cada usuario con derecho a la asistencia sanitaria en todo el territorio nacional, contará con un Código Sistema Nacional de Salud (Código SNS), que le identificará ante el Sistema Nacional de Salud y en sus desplazamientos por otras Comunidades Autónomas, en cumplimiento de la Resolución de 17 de mayo de 2010 de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud, por la que se establece el sistema de identificación único de usuarios del sistema sanitario público madrileño y los criterios homogéneos de filiación en los Centros de Atención Primaria y Atención Especializada adscritos al Servicio Madrileño de Salud.
20. Los informes relativos a asistencias urgentes no ingresadas, a técnicas diagnósticas solicitadas, así como los informes de Alta hospitalaria, podrán ser consultados por la correspondiente Unidad de Provisión de Servicios, en las 24 horas siguientes a la realización del acto asistencial.
21. El centro sanitario se compromete a asegurar la elaboración en consultas externas de la primera receta por los facultativos especialistas de acuerdo con las instrucciones dictadas al efecto. La prescripción deberá, asimismo, adecuarse a los objetivos de uso racional del medicamento y de productos sanitarios, así como del control de recetas definidos en los objetivos de gestión que fije el SERMAS.
22. El centro sanitario participará en los órganos de coordinación Atención Primaria – Atención Especializada. Estos órganos tendrán función consultiva y de coordinación en los aspectos técnico – asistenciales de desarrollo de la presente Cláusula

Adicional. En el seno de este órgano consultivo, se establecerán los pactos de demanda de servicios desde Atención Primaria al centro sanitario, así como los criterios de colaboración para el uso racional del medicamento y la elaboración y aplicación de guías farmacoterapéuticas.

23. El centro sanitario se compromete a desarrollar los objetivos de humanización comunes al conjunto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud en las siguientes áreas de actuación:

- a. Mejorar el compromiso del equipo directivo del centro en el impulso de la humanización de la asistencia sanitaria fomentando una organización saludable.
- b. Mejorar las actividades de información y acompañamiento.
- c. Implantar actividades de humanización de la asistencia sanitaria

Asimismo, llevará a cabo aquellas actuaciones de personalización de la asistencia sanitaria común para todos los hospitales pertenecientes al Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid como guías, protocolos o procedimientos derivados de las directrices que se establezcan desde la Consejería de Sanidad.

24. El centro sanitario se compromete a desarrollar los objetivos de calidad comunes al conjunto de hospitales del Servicio Madrileño de Salud en las siguientes áreas de actuación:

- a. Mejorar el nivel de calidad percibida de los pacientes implantando acciones de mejora derivadas de las encuestas e impulsando actuaciones a través de los Comités de Calidad Percibida.
- b. Desplegar la seguridad del paciente en la organización a través de objetivos de seguridad del centro, por servicios o unidades, implantación del sistema de notificación de incidentes y errores de medicación CISE Madrid; e impulsar prácticas seguras tales como higiene de manos, seguridad en el paciente quirúrgico y proyectos "zero", entre otros.
- c. Promover la gestión de calidad, utilizando el modelo de autoevaluación EFQM para realizar autoevaluaciones y sus correspondientes acciones de mejora, desarrollando la gestión ambiental, promoviendo la responsabilidad social sociosanitaria, las actuaciones para proteger la lactancia materna y mejorando la atención del dolor en los pacientes.
- d. Mejorar la información dirigida a los pacientes estableciendo mecanismos de control y coordinación de la información promovida por el centro.
- e. Revisar y mejorar los resultados clave de la organización.

25. El centro sanitario se compromete a cumplir los siguientes objetivos definidos en el ámbito de la **Salud Pública**:

- a. Fomentar las notificaciones de enfermedades de declaración obligatoria y brotes
- b. Potenciar los Sistemas de Información relacionados con la vigilancia de la infección relacionada con la Asistencia Sanitaria
- c. Implantar el sistema de notificación microbiológico

- d. Impulsar la participación en la Red de Hospitales sin Humo
- e. Participar en el sistema de información de enfermedades raras de la Comunidad de Madrid (SIERMA) incluyendo diagnóstico genético
- f. Y cualquier otra actuación que sea requerida por Salud Pública

NOVENA: Seguro de responsabilidad civil.

1. En virtud de lo previsto en la estipulación Cuarta, apartado Tercero, del Convenio Marco de referencia, la "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" deberá acreditar la constitución de un seguro de responsabilidad civil con tercero, que cubra las acciones u omisiones de naturaleza sanitaria o extra-sanitaria del centro y los profesionales que presten servicio en el mismo (incluida la que se lleve a cabo por terceros), con cobertura **no inferior a 2.000.000 € por víctima y 3.000.000 € por siniestro**. Cualquier indemnización recogida en vía administrativa o judicial superior a los límites establecidos habrá de ser hecha efectiva con cargo a los presupuestos de la FJD-UTE.
2. La "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" exigirá - y se constituye en garante - de las empresas y profesionales que desarrollen actividad en el centro bajo contrato mercantil (incluida la que se lleve a cabo por terceros) la suscripción de un seguro de responsabilidad civil con tercero, con el alcance y cobertura que para la propia "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" se establece en el párrafo anterior.
3. La responsabilidad patrimonial que sea exigida por el funcionamiento del servicio público concertado con la FJD-UTE., se tramitará y resolverá de conformidad con lo dispuesto con la legislación sobre el régimen jurídico de las administraciones públicas.
4. La indemnización que se fije en vía administrativa o jurisdiccional, siempre que no proceda de causas imputables a la Administración, será hecha efectiva por la Fundación Jiménez Díaz o su Compañía Aseguradora.
5. El incumplimiento de tal obligación sin causa justificada habilitará a la Administración para detraer el importe resarcitorio abonado por la misma del importe a satisfacer a la FJD-UTE. por el servicio contratado.

DÉCIMA: Información

1. A efectos de seguimiento de la actividad asistencial del Hospital, la "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo" en el período 1 de enero de 2022 a 31 de diciembre de 2022, remitirá al órgano competente de la Consejería de Sanidad, la información de acuerdo con las siguientes unidades asistenciales:
 - a. **Altas hospitalarias**, valoradas de acuerdo al peso medio asignado al C.M.B.D. de cada alta por la versión vigente para la actividad sustitutoria y la versión aprobada para la actividad de libre elección del agrupador de los Grupos Relacionados de Diagnóstico Refinados (APR), siendo codificados los diagnósticos y procedimientos de acuerdo al CIE-10 o aquella que en cada momento resulte de aplicación.

- b. **Estancias en hospitalización a Domicilio**
- c. **Actividad quirúrgica mayor ambulatoria**, valorados, para la actividad sustitutoria de acuerdo al peso medio asignado al C.M.B.D. de cada intervención quirúrgica, según la versión vigente del agrupador de los Grupos Relacionados de Diagnósticos Refinados (APR).

La actividad de CMA en el ámbito de libre elección será valorada por el procedimiento quirúrgico codificado de acuerdo a la edición en castellano del CIE-10 vigente, o aquella que en cada momento resulte de aplicación.
- d. **Consultas Primeras.**
- e. **Consultas Primeras de Alta Resolución.**
- f. **Consultas Sucesivas**
- g. **Actividades preventivas: DEPRECAM y PREVECOLON** (si previo encargo)
- h. **Urgencias sin ingreso.**
- i. **Otros procedimientos quirúrgicos ambulatorios.** Incluye los procedimientos dermatológicos y otros del fichero CMBD ambulatorio y los procedimientos quirúrgicos fuera de quirófano, declarados en el S.I.A.E.
- j. **Hospital de Día**
 - i. Oncohematológico
 - ii. SIDA
 - iii. Médico
 - iv. Psiquiátrico
 - v. Geriátrico
 - vi. Pediátrico
- k. **Procedimientos de valoración singular.**
 - i. Implante coclear
 - ii. Implantación de neuroestimulador intracraneal, electrodos medulares y bombas para el tratamiento del dolor, generadores y neuroestimuladores y desfibriladores, holterimplantables y cápsula endoscópica.
 - iii. Revisión de marcapasos sin sustitución de generador
 - iv. Revisión de marcapasos con sustitución de generador
 - v. Hemodinámica Terapéutica ambulatoria
 - vi. Hemodinámica Diagnóstica ambulatoria
 - vii. Extracción de órganos y tejidos e implante de tejidos
 - viii. Litotricia
 - ix. Hemodiálisis en hospital
 - x. Hemodiálisis en centro concertado

- xi. Hemodiálisis domiciliaria
 - xii. Diálisis peritoneal continua ambulatoria
 - xiii. Diálisis peritoneal con cicladora
 - xiv. Diálisis peritoneal con cicladora de bajo volumen
 - xv. Radioterapia y braquiterapia
 - xvi. Estudio polisomnográfico. Estudio Epilepsia realizados mediante video-EEG
 - xvii. Fecundación in Vitro
 - xviii. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGPI)
 - xix. Radiología intervencionista ambulatoria
 - xx. PET-TAC
 - xxi. Pruebas Genéticas
 - xxii. Criopreservación de embriones, gametos y células progenitoras hematopoyéticas
2. La actividad declarada en las distintas líneas de actividad deberá ser congruente con la información contenida en los Sistemas de Información Sanitaria, más concretamente con el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), Sistema de Información de Consultas y Técnicas (SICYT) y Sistema de Información de Urgencias,
- a. Dispensación ambulatoria de medicamentos de uso hospitalario para pacientes del ámbito sustitutorio: Se incluyen exclusivamente los fármacos utilizados en los programas recogidos en el Anexo C.A.- V.D.- Programas de Dispensación a Pacientes Externos. Esta actividad se valora a través del Sistema de Información de Farmacia.
 - b. Las esperas en consulta y técnicas diagnósticas y terapéuticas se valorarán a través del Fichero de Sistema de Información de Consultas Externas y Técnicas Diagnósticas y Terapéuticas (SICYT).
 - c. Las esperas quirúrgicas se valorarán a través del Registro Unificado de Lista de Espera Quirúrgica (RULEQ).
3. Las modificaciones que, con carácter general, se establezcan en los Sistemas de Información, serán comunicadas de inmediato a la Fundación Jiménez Díaz U.T.E. e incorporadas de forma inmediata.
4. La "Fundación Jiménez Díaz Unión Temporal de Empresas Ley 18/1982 de 26 de mayo", mensualmente, presentará al Servicio Madrileño de Salud un documento que reflejará todos los pacientes con derecho a asistencia sanitaria por el Servicio Madrileño de Salud que, por razones específicas, nivel asistencial, necesidades diagnósticas y/o terapéuticas no disponibles se hayan derivado durante el mes a otro centro.
5. La Fundación Jiménez Díaz U.T.E. remitirá al Servicio Madrileño de Salud la información que se establezca sobre las prestaciones inducidas por la propia Fundación Jiménez Díaz U.T.E. que, por su ordenación económico asistencial, sean

sufragadas por otros centros de gasto del Sistema Público (transporte, ortoprótesis,...)

En relación con las terapias respiratorias domiciliarias (oxigenoterapia, ventiloterapia,...) la Fundación Jiménez Díaz U.T.E. se compromete, además, a establecer las medidas de gestión necesarias para que los indicadores de prescripción no superen los valores medios de referencia establecidos para el conjunto de los Hospitales del Servicio Madrileño de Salud.

6. Por el Servicio Madrileño de Salud se establecerá el formato y contenido de estos informes, así como de cualesquiera otros que se estimen necesarios y se refieran al tráfico técnico-sanitario y económico entre ambas partes.

La Fundación Jiménez Díaz U.T.E. deberá cumplir las instrucciones que la Consejería de Sanidad o el Servicio Madrileño de Salud establezcan, encaminadas a mejorar la coordinación y el seguimiento de la presente Cláusula.

7. El centro sanitario remitirá al Servicio Madrileño de Salud, en los **cinco primeros días de cada mes**, un documento que reflejará todos los pacientes que, por razón de su ordenación económico-asistencial, siendo prestaciones inducidas por el propio centro son sufragadas por otros centros de gasto del Sistema Público. En concreto: transporte sanitario, prestación ortoprotésica, terapias respiratorias y centros concertados para Atención Prolongada y Paliativa.

La información relativa a las extracciones de órganos, tejidos y células, e implantes de tejidos y células será enviada a la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes y/o cumplimentada en los plazos y formatos que se determine por la Oficina Regional de Coordinación de Trasplantes. Comprenderá los siguientes apartados:

- a. Donantes de órganos, tejidos y células.
 - b. Control de calidad del proceso de donación.
 - c. Extracciones de órganos, tejidos y células (incluida la sangre de cordón umbilical).
 - d. Implante de órganos, tejidos y células.
 - e. Lista de espera para implante de órganos, tejidos y células.
 - f. Bio-vigilancia del trasplante de órganos, tejidos y células.
8. En caso de no haberlo realizado con anterioridad, el centro sanitario implantará el Registro Madrileño de Enfermos Renales, y realizará la entrada de información de acuerdo a las necesidades del citado Registro, en virtud de lo establecido en la ORDEN 685/2008, de 23 de septiembre, por la que se crea el Registro Madrileño de Enfermos Renales en la Comunidad de Madrid (REMER).
9. Asimismo, los nuevos sistemas de información que a lo largo del año se pudieran poner en marcha relativos al área de la donación y trasplante de órganos, tejidos y células, quedarán incluidos en la obligación de información y todos ellos serán remitidos al Servicio Madrileño de Salud o cumplimentados en los plazos previstos para cada actividad.
10. El centro sanitario implantará el registro de tumores RTMAD y remitirá información relativa al Plan Integral del Cáncer con el formato, los plazos y la periodicidad que determine la **Oficina Regional de Coordinación Oncológica de la Comunidad**

de Madrid, en virtud de lo establecido en la Orden de 26 de octubre de 2005, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se crea el sistema de información oncológica de la Comunidad de Madrid denominado Intercambio de Datos de Cáncer en la Comunidad de Madrid.

11. El centro sanitario dispondrá las medidas necesarias para obtener **donaciones de sangre** que supongan al menos el 65% de los requerimientos hemoterápicos de acuerdo a su actividad asistencial. Así mismo dispondrá de los sistemas informáticos necesarios que garanticen la trazabilidad de los componentes trasfundidos y aseguren la hemovigilancia, de acuerdo a la normativa vigente.
12. Durante el presente período de 1 de enero de 2022 a 31 de diciembre de 2022, la FJD-UTE continuará con el proceso de **modernización de los sistemas de información** ajustándose a los parámetros que determine la Consejería de Sanidad para el seguimiento y control de la actividad de los pacientes atendidos en dicho centro sanitario a cargo del Servicio Madrileño de Salud. En este sentido, se establecerá un procedimiento tecnológico que permita al Servicio Madrileño de Salud el conocimiento de la actividad y esperas de los pacientes que atiende la FJD-UTE en condiciones equiparables al resto de hospitales.
13. El centro sanitario elaborará una **memoria anual** específica de la actividad realizada a pacientes del Servicio Madrileño de Salud, que incluirá la actividad asistencial, docente e investigadora y económica realizada en el ejercicio anterior.
14. Facilitará cuanta información sea necesaria en orden al cumplimiento de la Ley 53/1984, de 26 de diciembre, y demás normas sobre incompatibilidades del personal al servicio de las Administraciones Públicas. Así como en la aplicación de la Ley 7/2007, de 21 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas de la Comunidad de Madrid (art.11 Compatibilidad de Servicios de carácter asistencial en el sector público sanitario por razones de interés público).

Igualmente, vendrá obligado a comunicar a los pacientes del Servicio Madrileño de Salud los extremos de esta Cláusula Adicional que puedan afectarles, así como las normas e instrucciones dirigidas a los usuarios de los servicios por el Ministerio competente en materia sanitaria o por la Consejería de Sanidad.
15. El centro sanitario dispondrá de hojas de **reclamación, queja o sugerencias** a disposición del público, que se ajustarán al modelo establecido por la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. La gestión de las reclamaciones, sugerencias y agradecimientos por la atención sanitaria prestada a pacientes procedentes del Servicio Madrileño de Salud se ajustará a lo dispuesto en la Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.
16. Todas las reclamaciones o quejas habrán de ser contestadas, en el plazo que determina el "art. 5 de la Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública" (menos de treinta días hábiles), por el Gerente del Hospital o persona en la que hubiera delegado la función. Por parte del Servicio Madrileño de Salud, previo informe de la Dirección del Centro, se contestarán o resolverán las

cuestiones que hagan referencia al propio Contrato Programa, su naturaleza y alcance y a las prestaciones del Servicio Madrileño de Salud.

- a. Se registrarán en la aplicación informática CESTRACK la totalidad de reclamaciones, sugerencias y agradecimientos interpuestos en el centro, o se transmitirán automáticamente a aquella desde la aplicación informática de uso en el centro.
- b. La contestación de las reclamaciones incluirá todos los parámetros previstos en la normativa vigente (motivo de la reclamación, actuaciones, conclusión, identificación del firmante).
- c. La contestación de las reclamaciones se ajustará al manual de estilo elaborado por la Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria.
- d. El centro estará obligado al establecimiento de áreas de mejora según el resultado de las deficiencias detectadas a través de las sugerencias, quejas y reclamaciones
- e. Con independencia de la respuesta dada al interesado, el Servicio Madrileño de Salud o el órgano administrativo competente, según la materia de la que se trate, podrá disponer inspecciones o actuaciones relativas a la reclamación o queja recibida.
- f. No se encuentran incluidas en este apartado las reclamaciones de responsabilidad patrimonial que seguirán los trámites previstos en la legislación aplicable al Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas, y las instrucciones de la Consejería de Sanidad para su tramitación.

UNDÉCIMA: Centros de especialidades

1. Como consecuencia de la reordenación asistencial derivada de la puesta en marcha de los nuevos hospitales y la apertura del hospital de Majadahonda, la Fundación Jiménez Díaz-UTE ha asumido la asistencia especializada de la población del Distrito de Moncloa, así como la consulta especializada derivada desde Atención Primaria en su ámbito poblacional. Para garantizar la accesibilidad a los servicios sanitarios de esa población, se autoriza a la Fundación Jiménez Díaz para que preste los servicios asistenciales de atención especializada, que venían recibiendo, en los **Centros de Especialidades de "Pontones" y "Quintana"** durante el tiempo de vigencia del Convenio singular. En contraprestación la Fundación Jiménez Díaz-UTE continuará abonando a la Administración el **canon de arrendamiento**, en contraprestación por la autorización de uso de los centros de especialidades de Pontones y Quintana, que están incluidos en su área de influencia, determinado de acuerdo con la Ley 3/2001, de 21 de junio Ley 33/2003, de 3 de noviembre, del Patrimonio de las Administraciones Públicas y disposiciones de desarrollo.



2. Del importe del canon de arrendamiento serán detraídos los importes correspondientes a las inversiones, previamente autorizadas, realizadas y recepcionadas de conformidad, dentro del Plan Funcional.

DUODÉCIMA: Vigencia e interpretación

1. La vigencia de la presente Cláusula Adicional será desde el día 1 de enero de 2022 hasta el 31 de diciembre de 2022, *“prorrogable por períodos como máximo de un año hasta que se acuerden los objetivos asistenciales y económicos correspondientes a otros periodos o ejercicios sucesivos, en los términos recogidos en el Convenio y en su Acuerdo de Novación”*.
2. Tal como se recoge en el Convenio Marco, la Cláusula Adicional, en sus variables técnico asistenciales y económicas, podrá ser modificada o complementada mediante la correspondiente Adenda, cuando la actividad asistencial así lo requiera, para garantizar la plena e íntegra asunción por parte de la Fundación Jiménez Díaz, de la población de las nuevas zonas básicas asignadas, por acuerdo de las partes, previa tramitación del correspondiente expediente de gasto y por razones de interés público, cuando las necesidades asistenciales del Servicio Madrileño de Salud así lo requieran.
3. Las controversias que puedan suscitarse en la ejecución de la presente Cláusula Adicional, serán canalizadas a través de una Comisión Mixta, constituida como órgano de coordinación de las relaciones entre las partes intervinientes en el contrato, y resueltas, a la luz del Convenio Singular Marco que le sirve de referencia, por el Servicio Madrileño de Salud, la cual ostenta la prerrogativa de interpretar el presente Convenio singular y de resolver las dudas que ofrezca su cumplimiento. Frente a esta resolución cabrá recurso ante el propio órgano y, en su caso, ante los Tribunales de Justicia de Madrid.

FINAL: Aplicación de la Cláusula Adicional 11ª a los procesos liquidatorios de los ejercicios 2018, 2019 y 2020

En los procesos liquidatorios definitivos correspondientes a los ejercicios 2018, 2019 y 2020 serán de aplicación las previsiones incluidas en la presente Cláusula Adicional para aquellos ejercicios y, en general, las variables económicas previstas en la Cláusula Adicional 11ª, en particular las tarifas, la codificación de la actividad financiable y los conceptos y programas facturables. En el caso de que la aplicación de esas variables no pudiera llevarse a cabo de modo directo, se acordará por unanimidad en el seno de la Comisión Mixta el modo en que esa aplicación deberá llevarse a cabo, procurando

siempre que esas adaptaciones sean las mínimas indispensables para que esa aplicación de las estipulaciones de la Cláusula Adicional 11º tenga pleno sentido en un momento temporal distinto a aquel para el que en principio habían sido acordadas. En el caso de aquellas prestaciones que, por haberse incorporarse posteriormente a la suscripción de la Cláusula Adicional 11ª, no encontraran en esa Cláusula Adicional los criterios para su liquidación, les será aplicable a estos efectos lo previsto en la parte correspondiente de la Cláusula Adicional 12ª.

En prueba de conformidad, se firma el presente Documento, en duplicado ejemplar, en el lugar y la fecha arriba indicados.

**POR EL SERVICIO MADRILEÑO
DE SALUD.**



Fdo.: Antonio Zapatero Gaviria.

**POR LA "FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ
- UNIÓN TEMPORAL DE EMPRESAS
LEY 18/1982 DE 26 DE MAYO".**



Fdo.: Juan Antonio Alvaro de la Parra

Anexos

ANEXO C.A. I.- Definición y Alcance de la Prestación de Servicios.	3533
ANEXO C.A. II.- Cartera de Servicios	5048
ANEXO C.A. II A.- Cartera de Servicios para Atención Primaria.	5354
ANEXO C.A. II B.- Cartera de Servicios Complementaria para Atención Hospitalaria	5856
ANEXO C.A. III.- Continuidad Asistencial	5957
ANEXO C.A. IV. Actividad Asistencial.	60
ANEXO C.A. V.A.- Tarifas	6462
ANEXO C.A. V.B.- Hospital de Día Oncohematológico. Programas	7068
ANEXO C.A. V.C.- Tarifas MIR	71
ANEXO C.A. V.D.- Programas de Dispensación Pacientes Externos..	72
ANEXO C.A. V.E.- Resto de Tarifas	76
ANEXO C.A. VI. - Facturación	78

ANEXO C.A. I.- Definición y Alcance de la Prestación de Servicios.

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:

a) Camas de hospitalización:

- Camas convencionales de hospitalización y de cuidados especiales (intensivos médicos, quirúrgicos, pediátricos y coronarios).
- Camas convencionales de hospitalización de unidades de corta estancia. La Unidad de corta estancia de urgencias es una Unidad de soporte del servicio de urgencias y una alternativa clara a la hospitalización convencional de pacientes con requerimiento de atención urgente y que están afectados de algunas enfermedades crónicas reagudizadas (estacionales o no) o de patologías de gravedad leve-moderada de corta evolución.
- Cunas de área pediátrica.
- Incubadoras fijas.
- No se consideran camas de hospitalización y, por tanto, no generan estancias:
 - Observación de urgencias,
 - Inducción preanestésica.
 - Reanimación (Despertar).
 - Exploración.
 - Hospital de día y de noche (estudios del sueño).
 - Acompañantes.
 - Destinadas a personal del centro.
 - Puestos de diálisis.
 - Utilizadas para exploraciones especiales (endoscopia, laboratorio, otras).
 - Cunas de recién nacidos normales (área obstétrica).
 - Incubadoras portátiles.

b) 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 (se incluyen habilitadas y suplatorias).

No se considerarán ingresos los pacientes atendidos en camas no consideradas de hospitalización: observación de urgencias, sesiones de hemodiálisis, hospital de día ni de noche (estudios del sueño), tampoco los traslados entre servicios.

c) Altas:

Exige que se haya realizado un ingreso previo del paciente y se contabilizarán a partir de la cumplimentación del CMBD y la asignación de un APR-GRD. En el caso de aquellos resultados de codificación que den lugar a los denominados GRD inespecíficos, sólo serán valorables aquellos reconocidos con precio en la Orden de Precios Públicos vigentes en el momento de la realización de la actividad asistencial.

Serán descontadas todas las altas en las que no conste informe definitivo de alta en la historia clínica en el momento de la auditoría.

Las altas con estancia 0 o 1 con permanencia inferior a 14 horas, que no se correspondan con éxitus, altas voluntarias, traslados a otros Centros o abandono inadvertido, siempre que exista valoración clínica en planta de hospitalización, se facturarán como urgencias no ingresadas, CMA, procedimiento extraído u hospital de día en su caso, según la información clínica disponible en la historia del paciente.

Se contabilizarán como estancia en el hospital de día oncológico las altas con estancias 0 o 1 y permanencia igual o mayor a 14 horas que se correspondan con el APR-GRD 693, en la versión 32, y 695 y 696 en la versión 35.

Las altas con estancia 0 y 1 con GRD quirúrgico, se podrán considerar procesos de CMA u Otros procedimientos quirúrgicos, en función del código del procedimiento quirúrgico realizado según lo dispuesto en la normativa vigente, salvo que existan criterios de ingreso objetivos y verificables en la Historia Clínica.

En el valor asignado a la unidad de complejidad de las altas medida en U.C.H.'s 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 R.D. 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 o extraída.

2. Hospitalización a Domicilio

Se considerará el ingreso del paciente que ha sido derivado a su domicilio por el servicio clínico que lo tenía previamente ingresado en el hospital, desde el momento del ingreso en hospitalización a domicilio hasta su alta. Las visitas de enfermería y supervisión médica deberán estar anotadas en la historia clínica. La facturación de la hospitalización a domicilio es incompatible con la facturación del alta por GRD. Los procesos susceptibles de tratamiento en hospitalización domiciliaria, serán protocolizadas por el Servicio Madrileño de Salud, comunes a todos los hospitales y con las tarifas que se definan para cada uno de ellos. Actualmente esta prestación tienen valoración en la orden que aprueba los precios públicos según Orden 727/2017 de precios públicos por la prestación de los servicios y actividades de naturaleza sanitaria de la red de centros de la Comunidad de Madrid.

La hospitalización a domicilio es una alternativa asistencial que permite realizar en el domicilio del enfermo los cuidados y tratamientos propios del hospital, con mayor



confort e intimidad para este, pudiendo ser el origen del paciente tanto la hospitalización convencional, como el servicio de Urgencias.

3. Urgencias no ingresadas

Son las asistencias sanitarias que se realizan por el Servicio de Urgencias y que no generan ingreso hospitalario. Se contabilizarán las atendidas y registradas en dicho Servicio de Urgencias con destino de alta distinto a hospitalización y registro de la atención y la valoración clínica efectuada en la historia clínica.

No se considerarán tales las atenciones urgentes en consultas externas o en otras dependencias del Hospital ni las atenciones programadas derivadas de una atención previa realizadas en urgencias. Las atenciones programadas derivadas de una atención previa efectuada en urgencias, y solo las realizadas por un facultativo, serán consideradas como consultas externas sucesivas.

Serán descontadas todas las urgencias no ingresadas en las que no conste registro de asistencia con informe en la historia clínica.

4. Consultas externas

Son los actos médicos ambulatorios para el diagnóstico, tratamiento o seguimiento de un paciente, con base en la anamnesis y exploración física, que se realizan en un local de consulta o telemáticamente y constan en el registro y en la historia clínica del paciente.

No se contabilizan como consultas:

- a) Las realizadas por personal de enfermería.
- b) Las realizadas a pacientes ingresados o en el Servicio de Urgencias por peticiones inter-servicios.
- c) La realización ni el informe de pruebas diagnósticas complementarias.
- d) La extracción de muestras.
- e) Los meros actos de relleno de volantes de peticiones, salvo que cuenten con una autorización expresa de la Unidad responsable Asistencial del SERMAS
- f) La elaboración de informes médicos de técnicas diagnósticas o terapéuticas por los servicios centrales.

Se contabilizarán las consultas efectivamente realizadas y no las citadas.

Aquella asistencia que, por su naturaleza, pueda ser prestada de manera telemática, será financiada conforme a las tarifas, siempre que conste en la historia médica del paciente.

Consultas primeras:

Son las que se realizan a pacientes vistos por primera vez en una unidad de especialización concreta y por un proceso concreto.

Se considerarán además primeras consultas, 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.



No se contabilizarán como derivaciones de Atención Primaria las interconsultas entre médicos especialistas que se realicen como consecuencia de una primera consulta solicitada por el médico de Atención Primaria.

Consultas Primeras generadas por el propio Hospital:

Del total de Primeras Consultas más Primeras Consultas de Alta Resolución, aquellas que no hayan sido remitidas por Atención Primaria.

Las interconsultas que se realicen entre médicos especialistas como consecuencia de una primera consulta solicitada por el médico de Atención Primaria se considerarán consultas generadas por el propio hospital.

Consultas sucesivas:

Son todas aquellas que deriven de una primera consulta y todas las que se generen como revisión o seguimiento de un proceso de hospitalización o consulta anterior, independientemente del tiempo que transcurra entre las mismas y aun cuando la cita se concierte a través del Centro de Salud.

Asimismo se consideran consultas sucesivas aquellas consultas realizadas en una agenda monográfica dentro de la misma especialidad que solicitó la cita.

Consultas telefónicas:

Según definición de SICYT, son las consultas en que el facultativo se pone en contacto con el paciente telefónicamente, dando lugar a la resolución de la consulta, al seguimiento telefónico del proceso o promoviendo una cita presencial en Consultas Externas. Conforme a las instrucciones de la Gerencia de Procesos las primeras consultas telefónicas procedentes de Atención Primaria "Se citarán desde el CAP de igual manera que las citas presenciales, indicándole al ciudadano que el especialista se pondrá en contacto telefónico con él, el día xxx a las xxx h...". Estas podrán ser primeras o sucesivas, teniendo ambas código de prestación en SICYT.

Consultas Telemedicina:

Según la definición de SICYT, son las consultas en que el facultativo se pone en contacto con el paciente a través de medios telemáticos dando lugar a la resolución de la consulta, al seguimiento telemático del proceso o promoviendo una cita presencial en Consultas Externas. Podrán ser igualmente primeras o sucesivas, pues también cuentan con codificación en SICYT.

Consultas de alta resolución:

Se consideran Consultas de Alta Resolución aquellas Consultas Primeras atendidas en agendas reconocidas como Circuitos de Alta Resolución, en las que se han realizado al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y la consulta de resultados en el mismo día, recibiendo en consecuencia un informe médico con el diagnóstico y la orientación terapéutica.

Dichos circuitos de alta resolución y sus protocolos de derivación, habrán sido reconocidos, previa solicitud a la Gerencia Adjunta de Adecuación, Coordinación y Supervisión Estratégica, por la comisión implantada al efecto y coordinada por la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria

Pacientes atendidos procedentes de Atención Primaria:

De entre las consultas realizadas, aquellas que han sido solicitadas por Atención Primaria:

- Sólo se contabilizarán las solicitadas y realizadas
- No se contabilizarán como derivaciones de Atención Primaria las Interconsultas entre médicos especialistas que se realicen como consecuencia de una primera consulta solicitada por el médico de Atención Primaria.
- Las interconsultas que se realicen entre médicos especialistas como consecuencia de una primera consulta solicitada por el médico de Atención Primaria se considerarán consultas generadas por el propio hospital.

Espera para primeras consultas:

Días naturales de espera que existen en cada corte mensual para obtener una cita para primera consulta no preferente. Se recogerá este dato para cada especialidad, según SYCIT.

5. Actividades Preventivas: DEPRECAM y DEPRECOLON

Se contemplan en este apartado las actividades preventivas planificadas por la Consejería de Sanidad, dentro de los diferentes programas de prevención llevados a cabo con las directrices que se establezcan por sus órganos competentes

6. Cirugía Mayor Ambulatoria

Se consideran procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria, los procedimientos quirúrgicos programados de complejidad media, realizados en quirófano con: anestesia general, loco-regional o local, con o sin sedación, en pacientes ambulantes que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario. Debe quedar constancia en el registro de quirófano y en la Historia Clínica del paciente conste hoja de cirugía e informe de alta.

De los procedimientos correspondientes a cirugía mayor ambulatoria se detraerán:

- Los procedimientos de cirugía menor ambulatoria, según definición de SIAE. Se facturarán como otros procesos quirúrgicos ambulatorios.
- No podrán facturarse 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.
- Se detraerán todos aquellos procedimientos que carezcan de informe definitivo de alta y hoja de quirófano durante la auditoría.

7. Otros Procedimientos Quirúrgicos (IQAQ e IQAC)

Aquellos procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos, de baja complejidad y generalmente de corta duración, mínimamente invasivos, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y que no requieren cuidados postoperatorios en

pacientes que no precisan ingreso y que pueden realizarse en quirófano (IQAQ) o en "quirofanillo", consulta o sala de curas (IQAC).

8. Diálisis

Pacientes en tratamiento:

Promedio mensual de pacientes con insuficiencia renal crónica en programas de diálisis, excluyendo aquellos con insuficiencia renal aguda, hospitalizados por este motivo.

Sesiones de hemodiálisis:

Número de sesiones generadas por los pacientes en programa de hemodiálisis crónica, excluyendo las sesiones de enfermos agudos. A efectos de facturación se considerarán todas las sesiones realizadas de forma ambulatoria.

Se diferenciarán los pacientes atendidos en el Hospital de los tratados en centros concertados y de los que realicen tratamiento de hemodiálisis domiciliaria.

Sesiones de Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria:

Se diferenciarán los pacientes en diálisis peritoneal, diálisis peritoneal con cicladora y diálisis peritoneal con cicladora de bajo volumen. A los efectos de facturación se considera que un paciente realiza anualmente 360 sesiones ambulatorias de diálisis peritoneal.

9. Exploraciones realizadas a petición de Atención Primaria

De entre los estudios realizados, número de los solicitados directamente por Atención Primaria. Sólo se contabilizarán los solicitados y realizados.

10. Espera media activos

Promedio de días en espera estructural, desde la petición hasta la fecha de la cita, de los pacientes pendientes de ser atendidos en una consulta externa o técnica diagnóstica a final de mes.

El cálculo de este indicador se realizará a partir de la información recogida en el SICYT.

11. Hospitalización de día

Puestos de hospital de día:

Puestos específicamente dotados, con ubicación física definida y destinados a tratamiento diurno (menos de 14 horas) en hospital de día y atención telemática.

Hospital de día:

Definida como Unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante

unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital.

También tendrán la consideración de hospitales de día las atenciones urgentes integrales a pacientes crónicos de menos de 14 horas, derivados por el protocolo del plan de crónicos, por la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid.

Estancias en hospital de día:

Se considera como estancia en el hospital de día la permanencia, para la atención continuada, en régimen ambulatorio de un paciente en un puesto de hospital de día para recibir tratamiento farmacológico o procedimiento terapéutico, u observación tras la realización de una prueba diagnóstica que así lo exija. No se podrá contabilizar más de una estancia por día en el hospital de día para cada paciente individual. Se excluyen otras atenciones como extracciones de sangre, curas...

Se incluyen en este apartado los tratamientos de esta naturaleza realizados con orden de ingreso con estancia menor o igual a 1 (menos de 14 horas) y aquellos que no precisan ingreso para la realización del tratamiento que se puedan realizar mediante atención telemática.

Hospital de día Oncológico:

Puestos de hospital de día oncológico: puestos específicamente dotados y destinados a tratamiento diurno (menos de 14 horas).

Se considerarán Estancia en el Hospital de día Oncológico:

- La infusión de antineoplásicos (ATC L01) o inmunoterapia (ATC L03) en pacientes con diagnóstico de neoplasia.
- La quimioterapia intratecal.
- Los tratamientos subcutáneos o intramusculares de fármacos antineoplásicos, se incluirán, únicamente, cuando su inyección requiera una especial supervisión y control.
- La instilación intravesical de agentes antineoplásicos (BCG, mitomicina...) para el tratamiento del cáncer vesical.

No se considerará Estancia en el Hospital de Día Oncológico;

- Los cuidados de enfermería ambulatorios: curas, heparinización de catéter, retirada de port-a-cath, etc.
- Las extracciones de sangre para analítica.
- La infusión de otros fármacos que no sean para el tratamiento del cáncer (ej, antibioterapia, inmunoglobulinas, etc...).
- La realización de transfusiones.
- Los tratamientos que se apliquen a pacientes incluidos en ensayos clínicos, siempre que el fármaco sea aportado por la entidad promotora en su totalidad.
- Cualquier otro procedimiento terapéutico que no esté incluido en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.

La infusión de otros fármacos que no sean para el tratamiento del cáncer y las transfusiones serán consideradas estancias en Hospital de Día Médico/ Infeccioso en función del código de procedimiento CIE.

Para considerar estancia en hospital de día debe existir la correspondiente anotación de actividad en el día con informe en la historia clínica.

Solo se contabilizarán los procesos recogidos en el fichero del CMBD de asistencia ambulatoria, siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la edición de la CIE-10.

A efectos de facturación, se considerarán como estancias en hospital de día oncológico:

- Los tratamientos de quimioterapia realizados a pacientes ingresados (con orden de ingreso) y estancia inferior a 14 horas
- La quimioterapia intratecal realizada a pacientes ingresados (con orden de ingreso) y estancia inferior a 14 horas.

Hospital de día Médico

Puestos de hospital de día médico: puestos específicamente dotados y destinados a tratamiento diurno (menos de 14 horas)

Se considerarán Estancia en el hospital de día médico la permanencia en régimen ambulatorio de un paciente para:

- Recibir tratamiento farmacológico parenteral diferente a la vía subcutánea e intramuscular (excepto citostáticos en pacientes diagnosticados de neoplasia, anti infecciosos y tranquilizantes) cómo por ejemplo: infusión IV de hierro, infusión IV de esteroides, tratamientos biológicos con anti-TNF, etc.

Los tratamientos subcutáneos o intramusculares se incluirán, únicamente, cuando se requiera un especial seguimiento y control, como por ejemplo los extractos de sensibilizantes en el caso de las alergias, perfusiones subcutáneas etc...

- Realización de un procedimiento terapéutico:
 - Transfusión (sangre completa, concentrado de hematíes, etc.)
 - Infusión de factores de coagulación (ATC B02BD) en pacientes diagnosticados de hemofilia.
 - Plasmaféresis.
 - Sangrías en pacientes diagnosticados de hemocromatosis, poliglobulia, etc.
 - Paracentesis terapéutica con/sin infusión de albumina.
 - Toracocentesis terapéutica.

Se asimilarán a hospital de día médico, a efectos de facturación, las prestaciones siguientes:

- Observación clínica tras la realización de una técnica diagnóstica o terapéutica que así lo requiera, o realización de técnica diagnóstica:
 - Colonoscopia con sedación y/o toma de muestra para biopsia
 - Esafogoscopia con sedación y/o toma de muestra para biopsia
 - Ligadura o cauterización de varices esofágicas por esofagogastoscopia

- Broncoscopia con sedación y/o toma de muestra para biopsia (si requiere implantación de válvulas estas se facturarán de forma independiente por su coste)
- Punción lumbar
- Paracentesis diagnóstica
- Toracocentesis diagnóstica
- Biopsias cerradas endoscópicas con estancias => 2 horas
- Test de provocación para diagnóstico de alergias a medicamentos, alimentos
- Tratamientos de la Unidad de Dolor que impliquen la utilización de fármacos: bloqueos nerviosos (plexos, radiculares...)
- La monitorización de pacientes que precisan pernoctar en las instalaciones del hospital (estudios del sueño, titulación de CPAP, estudios de epilepsia, etc.)
- Cualquier otra prueba diagnóstica o terapéutica que requiera anestesia y no esté contemplada tarifa específica.
- Estudios del sueño diurnos

Las atenciones urgentes no ingresadas con permanencia superior a 14 horas y las urgencias integrales a pacientes crónicos de menos de 14 horas, derivados por el protocolo del plan de crónicos, por la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid.

No tendrán la consideración de hospital de día médico:

- Los meros cuidados de enfermería ambulatorios: curas, heparinización de catéter, retirada de port-a cath, etc
- Los test de intolerancia a alimentos
- Los procedimientos terapéuticos que no estén incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud

Para considerar estancia en hospital de día debe existir la correspondiente anotación de actividad con informe en la historia clínica.

Se contabilizarán los procesos recogidos en el fichero del CMBD de asistencia ambulatoria siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la edición vigente de la CIE-10, así como los recogidos en el CMBD de hospitalización y urgencias.

A efectos de facturación, se considerarán como estancias en hospital de día médico los tratamientos de esta índole, pruebas diagnósticas o procedimientos terapéuticos realizados a pacientes ingresados (con orden de ingreso) y estancia menor o igual a 1 (ejemplo: cardioversión eléctrica)

Hospital de día Infeccioso/SIDA:

Puestos de hospital de día Infeccioso/Sida, específicamente dotados y destinados a tratamiento diurno (menos de 14 horas)

Se considera estancia en hospital de día infeccioso la permanencia en régimen ambulatorio de un paciente para recibir tratamiento farmacológico de esta índole, como por ejemplo: tratamiento intravenoso de antibioticoterapia, antifúngico, antiparasitario y antiviral.

También se considera estancia en hospital de día Infeccioso/SIDA la permanencia en régimen ambulatorio de un paciente para recibir medicación respiratoria administrada mediante nebulizador ultrasónico, exclusivamente para profilaxis y tratamiento de infección por *Pneumocystis Carinii* con pentamidina.

No tendrán la consideración de hospital de día infeccioso:

- Los meros cuidados de enfermería ambulatorios: curas, heparinización de catéter, retirada de port-a cath, etc
- Los procedimientos terapéuticos que no estén incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud

Para considerar estancia en hospital de día debe existir la correspondiente anotación de actividad con informe en la historia clínica.

Solo se contabilizarán los procesos recogidos en el fichero del CMBD de asistencia ambulatoria siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la edición vigente de la CIE-10.

Hospital de día Psiquiátrico y Hospital de día Geriátrico

Puestos de hospital de día Psiquiátrico o Geriátrico: puestos específicamente dotados y destinados a tratamiento diurno (menos de 14 horas).

Se considera estancia en hospital de día psiquiátrico la permanencia en régimen ambulatorio para:

- Atención Grupal
 - Psicoterapia grupal para pacientes
 - Psicoterapia grupal para familiares
 - Terapia ocupacional
- Atención Individual
 - Psicoterapia individual reglada para pacientes
 - Psicoterapia de apoyo para familiares
 - Psicoterapia de tratamientos farmacológicos

No tendrán consideración de hospital de día psiquiátrico:

- Los meros cuidados de enfermería ambulatorios
- Los procedimientos terapéuticos que no estén incluidos en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud

Para considerar **estancia en hospital de día** debe existir la correspondiente anotación de actividad con informe en la historia clínica.

Solo se contabilizarán los procesos recogidos en el fichero del CMBD de asistencia ambulatoria siendo los diagnósticos y procedimientos codificados de acuerdo a la edición de la CIE-10..

También se valorará como hospital de día en la Fundación Jimenez Diaz la actividad que en los precios públicos del año 2017 se extrajo del Hospital de Día asignándole una tarifa concreta, como, por ejemplo, las ecoendoscópias, panendoscopias

colonoscopia, histeroscopias, pruebas de alérgicas, etc., que continuarán siendo financiadas a la FJD como Hospital de Día médico.

También se financiarán como hospital de día las atenciones urgentes de menos de 14 horas de las atenciones a pacientes crónicos que evitan ingresos hospitalarios, siempre que se deriven por el protocolo del plan de crónicos, por la Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid.

Para la valoración de los procedimientos realizados en los distintos hospitales de día, será de aplicación lo dispuesto en el Manual de Día, siempre que se adjunte a la Cláusula como adenda, vigente en el momento de la realización de la actividad asistencial y las atenciones urgentes con estancia superior a 14 horas.

Para toda aquella actividad que sea hospital de día y no se encuentre recogida en los códigos CIE10, serán solicitados al SERMAS quien los incluirá en financiación, a través de la actualización correspondiente del Manual de Hospitalización de Día.

12. Rehabilitación

Se considera sesión de tratamiento con rehabilitación a la prestación realizada a un paciente en un día, independientemente del número de técnicas empleadas.

13. Dispensación ambulatoria de fármacos

Pacientes ambulantes, del ámbito sustitutorio, a los que no se les administra la medicación, pero la reciben directamente en el Servicio de Farmacia del Hospital. Se incluyen exclusivamente los tratamientos realizados con fármacos recogidos en los programas incluidos en el Anexo C.A.-V.D.- Programas de Dispensación a Pacientes Externos y definidos en el Manual de Indicadores de la Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del año en curso. El SERMAS se compromete a valorar y a actualizar periódicamente los nuevos programas terapéuticos que surjan.

14. Radioterapia y Braquiterapia

Pacientes que reciben tratamiento, independientemente del número de intervenciones precisas, pudiendo recibir más de un tratamiento en un año, en cuyo caso se facturarán de modo independiente.

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. Los tratamientos con braquiterapia se entenderán siempre como tratamiento completo, independientemente del número de aplicación.

Debe figurar registrada en la historia clínica la indicación y seguimiento del tratamiento en el momento de la auditoría. Debe facturarse a la finalización del tratamiento, con independencia del momento de término del tratamiento.

15. Extracción e implantes de órganos y tejidos

- Extracción mono orgánica de donante cadáver: Número de donantes a los que se extrae exclusivamente un órgano o ambos riñones.

- Extracción multiorgánica de donante cadáver: 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 multitejidos* de donante cadáver: 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 monoorgánica+multitejidos de donante cadáver: 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 multitejidos".
- Extracción multiorgánica+multitejidos de donante cadáver: Se recogerán aquellos casos en que coincidan ambos tipos de extracciones y no se incluirán en el apartado "Extracción multiorgánica" ni en el apartado "Extracción multitejidos".

Solo se compensarán las extracciones de multitejidos cuando el destino de los mismos sea hacia un Banco de Tejidos de la Comunidad de Madrid.

16. Implantes cocleares

Número de altas con los códigos correspondientes a estos procedimientos. Debe constar en la historia clínica informe de alta definitivo en el momento de la auditoría.

17. Implante neuroestimulador intracraneal

Número de altas con los códigos correspondientes a estos procedimientos. Debe constar en la historia clínica informe de alta definitivo en el momento de la auditoría.

18. Implante/sustitución ambulatoria de desfibrilador

Número de procesos con los códigos correspondientes a estos procedimientos realizados de forma ambulatoria, recogidos en el CMBD de asistencia ambulatoria. Debe constar en la historia clínica informe de alta definitivo en el momento de la auditoría.

19. Implantación de marcapasos cardíaco permanente

Número procesos con los códigos correspondientes a estos procedimientos. Debe constar en la historia clínica informe de alta definitivo en el momento de la auditoría.

20. Revisión de Marcapasos sin sustitución de generador

Número de procesos con los códigos correspondientes a estos procedimientos. Debe constar en la historia clínica informe de alta definitivo en el momento de la auditoría.

21. Revisión de Marcapasos con sustitución de generador

Número de procesos con los códigos correspondientes a estos procedimientos. Debe constar en la historia clínica informe de alta definitivo en el momento de la auditoría.

22. Hemodinámica diagnóstica

Número de estudios realizados con fines diagnósticos en la sala de hemodinámica. Se facturarán como procedimiento de valoración singular exclusivamente los realizados de forma ambulatoria, recogidos en CMBD de asistencia ambulatoria. Debe constar en la historia clínica informe de alta definitivo en el momento de la auditoría.

23. Hemodinámica terapéutica

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. Debe constar en la historia clínica informe de alta definitivo en el momento de la auditoría.

24. Radiología intervencionista diagnóstica ambulatoria

Procedimientos ambulatorios efectuados con carácter diagnóstico en una sala de Radiología, que conlleven intervenciones mínimamente invasivas y que tengan esta consideración en el catálogo de la SERAM. Asimismo debe existir registro de la intervención realizada en la historia clínica en el momento de la auditoría.

25. Radiología intervencionista terapéutica ambulatoria

Procedimientos ambulatorios que conlleven una actuación terapéutica efectuados en una sala de Radiología mediante intervenciones mínimamente invasivas y que tengan esta consideración en el catálogo de la SERAM. Asimismo debe existir registro de la intervención realizada en la historia clínica en el momento de la auditoría.

26. Fecundación In Vitro

Fecundación extracorpórea de un ovocito previamente extraído con punción guiada por ecografía y posterior transferencia intrauterina del embrión conseguido. Debe facturarse una vez completado el tratamiento, que podrá incluir hasta tres ciclos, previstos normativamente, en caso de que sean necesarios. Se admite facturación a cuenta por ciclo finalizado.

Para la consideración de ciclo deberán valorarse especialmente los casos particulares de ovodonación y/o criopreservación previa.

27. Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGPI)

Deberá solicitarse autorización individual previa al órgano competente del SERMAS.

28. Polisomnografías

Registro continuo de electroencefalograma electro-oculograma y electromiogramamentoniano (fases del sueño y microdespertares), así como otras variables para cuantificar los trastornos respiratorios y sus repercusiones (pulsioximetría, flujo aéreo naso bucal mediante cánula nasal y termistor, ronquidos, movimientos toracoabdominales y electrocardiograma). Se debe realizar en horario nocturno o en el habitual de sueño del sujeto, con un registro no menor de 6.5 horas y debe incluir por lo menos 3 horas de sueño. De no alcanzarse este número de horas se facturará como hospital de día médico. Se incluyen en este epígrafe los estudios epilépticos con estudio del sueño.

29. Estudios Epilepsia con video EEG.

30. Capsula endoscópica

31. PET-TAC

32. Tratamientos con Toxina Botulínica en pacientes con:

- Distonía craneal
- Distonía cervical
- Distonía extremidades
- Otras distonías segmentarias
- Migraña crónica
- Vejiga hiperactiva idiopática
- Incontinencia urinaria en adultos con hiperactividad neurogénica del músculo detrusor
- Hiperhidrosis primaria
- Resto de tratamientos con Toxina Botulínica

33. Pruebas genéticas

- Cariotipo de líquido amniótico
- Cariotipo en biopsia de corion
- Cariotipo en sangre periférica
- Cariotipo en tejido cultivos
- Estudio rápido de aneuploidías
- Estudio Arrays complejo
- Estudio Arrays simple
- Estudio molecular múltiple-MLPA
- Estudio molecular simple-SANGER
- Mutación única-SANGER
- Secuenciación Masiva compleja (Exoma clínico, paneles grandes)
- Secuenciación Masiva simple // Gen completo

34. Criopreservación

De células progenitoras hematopoyéticas, ovocitos y espermatozoides

**De embriones sobrantes en ciclos de FIV o FIV con DGP
De gametos (semen, biopsia testicular u óvulos)**

35. Holterimplantable.





ANEXO C.A. II.- Cartera de Servicios

1. ESPECIALIDADES CON HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL Y CONSULTA EXTERNA

1. Alergología
2. Anestesia y Unidad del Dolor
3. Angiología y Cirugía Vascul ar
4. Aparato Digestivo
5. Cardiología
6. Dermatología Médico-quirúrgica
7. Endocrinología y Nutrición
8. Cirugía Gral. y Digestiva
9. Cirugía Infantil
10. Cirugía Maxilofacial
11. Cirugía Ortopédica y Traumatológica
12. Cirugía Plástica y Reparadora
13. Cirugía Cardíaca
14. Cirugía Torácica
15. Hematología y Hemoterapia
16. Medicina Interna
17. Nefrología
18. Neumología
19. Neurología
20. Neurocirugía
21. Obstetricia y Ginecología
22. Oftalmología
23. Oncología médica
24. Oncología radioterápica
25. Otorrinolaringología
26. Paliativos
27. Pediatría y Neonatología
28. Psiquiatría
29. Reumatología
30. Urología
31. Geriatría
32. Genética
33. Inmunología

2. HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

3. HOSPITAL DE DÍA

1. Médico
2. Oncohematológico
3. SIDA
4. Psiquiátrico



5. Geriátrico
6. Pediátrico

4. HOSPITALIZACIÓN INTENSIVA

1. Neonatología
2. Unidad Coronaria
3. Cuidados Intensivos

5.- UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

6. URGENCIAS

7. ACTIVIDADES PREVENTIVAS

8. SERVICIOS CENTRALES

1. Diagnóstico por Imagen
 - a. Radiología general
 - b. Mamografía
 - c. Ortopantomografía
 - d. Radiología digestiva y urológica
 - e. Ecografía general y dóppler
 - f. TC
 - g. RM
 - h. Radiología e intervencionista
 - i. Gammacámara
 - j. PET-TAC
 - k. Angiografía Digital
2. Anatomía Patológica
 - a. Biopsia, Citología, Autopsia
3. Trasplantes:
 - a. Coordinación de Trasplantes.
 - b. Extracciones de órganos y tejidos
 - c. Trasplante renal
 - d. Implante de tejidos (Osteotendinoso, ocular y progenitores hematopoyéticos)
4. Hematología
 - a. Hematología clínica
 - b. Hematología analítica
 - c. Banco de Sangre
5. Farmacia hospitalaria
6. Farmacología clínica



7. Anestesiología y Reanimación
8. Laboratorios:
 - a. Bioquímica clínica
 - b. Microbiología y Parasitología
 - c. Inmunología
 - d. Genética
 - e. Medicina Nuclear
9. Neurofisiología Clínica
10. Dietética
11. Rehabilitación y Fisioterapia
12. Radioterapia
 - a. Acelerador lineal
 - b. Planificación
 - c. Simulación
 - d. Braquiterapia
13. Hemodinámica cardiaca
 - a. Diagnóstica
 - b. Terapéutica
14. Gabinete de Exploraciones especiales
 - a. Endoscopias
 - b. Diagnóstico prenatal
 - c. Neurofisiología: Potenciales evocados, Electroneurofisiología, Polisomnografía, Estudios de Epilepsia
 - d. Cardiología: Holter, Holterimplantable, Electrofisiología, Ecocardiografía, Ergometría
15. Procedimientos ambulatorios
 - a. Hemoterapia
 - b. Unidad de Diálisis
 - c. Rehabilitación y Fisioterapia
 - d. Unidad del Dolor
 - e. Quimioterapia Oncológica
 - f. Quimioterapia Hematológica
 - g. Fecundación In vitro
 - h. Tratamientos con Toxina Botulínica.
 - i. I.V.E.'s.

ANEXO C.A. II A.- Cartera de Servicios para Atención Primaria.

LISTADO DE PRUEBAS

NIVEL A: Pruebas de acceso libre desde Atención Primaria

<ul style="list-style-type: none"> • Ácido fólico • Ácido úrico • Ácido valproico, niveles de • Ácido úrico en orina de 24 horas • Aclaramiento de creatinina • Actividad de protrombina • Alaninoaminotransferasa • Albúmina • Amilasa • Anormales y sedimento • Anticuerpos anti-VIH • Aspartatoaminotransferasa • Bilirrubina directa • Bilirrubina total • Calcio • Calcio en orina de 24 horas • Cálculo urinario • Carbamacepina, niveles de • Citología vaginal • Colesterol HDL 	<ul style="list-style-type: none"> • Colesterol LDL • Colesterol total • Coprocultivo • Creatinínfosfoquinasa • Creatinina • Creatinina en orina de 24 horas • Cultivo de exudado de la cavidad oral • Cultivo de exudado conjuntival • Cultivo de exudado endocervical • Cultivo de exudado faringoamigadalar • Cultivo de exudado ótico • Cultivo de exudado purulento de heridas, abscesos, úlceras,... • Cultivo de exudado perianal • Cultivo de exudado uretral • Cultivo de exudado vaginal • Cultivo de hongos de exudados/ Muestras de piel y anejos • Cultivo faríngeo de Neisseriagonorrhoeae • Cultivo de micobacterias en orina y en esputo
<ul style="list-style-type: none"> • Digoxina, niveles de • Drogas de abuso • Examen Anatomopatológico • Factor reumatoide • Fenitoína, niveles de • Fenobarbital, niveles de • Ferritina • Fibrinógeno 	<ul style="list-style-type: none"> • Oxiuros en heces • Parásitos en heces • Proteína C reactiva total • Proteínas totales • Proteínas totales en orina de 24 horas • Proteinograma • Radiología de tórax • Radiología ósea

<ul style="list-style-type: none"> • Fosfatasa alcalina • Fósforo • Gamma-glutamyltransferasa • Gasometría • Glucosa • Hemoglobina glicada • Hemograma • Hierro • Índice albúmina/creatinina • Índice calcio/creatinina en orina de 24 horas o en 1ª micción • Iones en orina de 24 horas • Iones en sangre • Lactato deshidrogenasa • Litio, niveles de • Microalbuminuria • Osmolalidad calculada • O'Sullivan, test de 	<ul style="list-style-type: none"> • Radiología simple de abdomen • Reticulocitos • Saturación de transferrina • Serología de Brucella • Serología de Citomegalovirus • Serología de Hepatitis A • Serología de Hepatitis B • Serología de Hepatitis C • Serología de hidatidosis • Serología de mononucleosis • Serología de rubeola • Serología de sífilis • Serología de toxoplasmosis • Sobrecarga oral de glucosa • Teofilina, niveles de • Tiempo de tromboplastina parcial activada
<ul style="list-style-type: none"> • Toxina de Clostridiumdifficile • Transferrina • Triglicéridos • Urea 	<ul style="list-style-type: none"> • Urea en orina • Urocultivo • Vitamina B12 • Velocidad de sedimentación globular

NIVEL A CON RECOMENDACIONES:

Pruebas de acceso libre desde Atención Primaria siguiendo las recomendaciones de las indicaciones en Atención Primaria

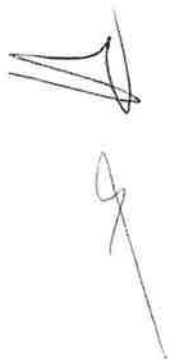
<ul style="list-style-type: none"> • 17-Hidroxiprogesterona • Ácido 5-hidroxiindolacético • Aldosterona • Alfafetoproteína • Androstendiona • Anticuerpos antimitocondria • Anticuerpos antinucleares • Anticuerpos antitiroideos 	<ul style="list-style-type: none"> • Cultivo de esputo • Cultivo de exudado nasal • Cultivo de semen • Dehidroepiandrosterona • Detección de Streptococcusagalactiae • Detección de virus en heces • Ecografía abdominal • Ecografía de cadera
---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Antígeno carcinoembrionario • Antígeno prostático específico • Audiometría • Catecolaminas en orina • Cistografía isotópica • Cistografía miccional seriada • Colonoscopia • Cortisol en orina de 24 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Ecografía craneal • Ecografía musculoesquelética • Ecografía prostática • Ecografía testicular • Ecografía tiroidea • Ecografía urológica • Endoscopia digestiva alta • Enema opaco
<ul style="list-style-type: none"> • Espermograma • Estradiol • Estudio de infecciones de transmisión sexual • Estudio de parásitos hemáticos • Estudio de digestión de grasas en heces • Estudio de inmunidad celular C4/C8 • Estudio esófagogastroduodenal • Estudio microbiológico de prostatitis • Fondo de ojo • Gammagrafía cortical • Gonadotropina coriónica humana, subunidad Beta • Grupo sanguíneo y Rh • Hormona estimulante del tiroides • Hormona folículo estimulante • Hormona luteinizante • Inmunoglobulina E • Inmunoglobulina E específica frente a Anisakis • Inmunoglobulina E específica frente a neuroalérgenos • Inmunoglobulinas totales e IgG, IgM e IgA • Monitorización ambulatoria de la presión arterial • Ortopantomografía 	<ul style="list-style-type: none"> • Parathormona intacta • Perfil tiroideo • pHmetría • Piridinolinas en orina • Prick test para proteínas vacunas, leche y huevo • Progesterona • Prolactina • Proteína S • Rectosigmoidoscopia • Renina • Sangre oculta en heces • Serología fiebre Q • Serología Micoplasmapneumoniae • Serología de Rickettsia • Serología de sarampión • Serología de varicela • Telerradiografía de columna • Telerradiografía de miembros inferiores • Test de Coombs indirecto • Test del aliento H2 • Test de aliento de Helicobacter pylori • Test del sudor • Testosterona • Tiroxina libre

NIVEL B: PRUEBAS DISPONIBLES BAJO PROTOCOLO CENTRALIZADO

1. Anticuerpos IgA anti-transglutaminasa humana tisular humana
2. Control del Tratamiento de Anticoagulación Oral
3. Ecografía de mama
4. Mamografía
5. Densitometría
6. Ergometría
7. Holter
8. Tomografía computarizada

Consultas Externas

- 
1. Alergia
 2. Cardiología
 3. Dermatología
 4. Digestivo
 5. Endocrinología y Nutrición
 6. Cirugía Gral. y Digestiva
 7. Cirugía Ortopédica y Traumatológica
 8. Cirugía vascular
 9. Medicina Interna
 10. Neumología
 11. Neurología
 12. Ginecología y Obstetricia
 13. Oftalmología
 14. Otorrinolaringología
 15. Pediatría
 16. Psiquiatría
 17. Rehabilitación
 18. Reumatología
 19. Urología
 20. Cirugía Pediátrica
 21. Cirugía Maxilofacial
 22. Nefrología
 23. Neurocirugía



24. Hematología

25. Anestesiología

26. Consultas opcionales: Cirugía Plástica adultos, hematología adultos, neurocirugía adultos, geriatría y unidad del dolor

[Handwritten signature]

ANEXO C.A. II B.- Cartera de Servicios Complementaria para Atención Hospitalaria

- Laboratorio: todas las incluidas en el catálogo de la FJD-UTE
- Consultas Externas: todas las especialidades de la FJD-UTE

Medicina nuclear:

- Gammagrafía
- PET-TAC
- Test cardiológico
- Densitometría ósea

Radiodiagnóstico

- Arteriografías
- Ecodoppler
- Resonancia nuclear diagnóstica

Cardiología

- Ecodoppler
- ECG de esfuerzo
- Holter
- Holterimplantable
- Electrofisiología

Neurofisiología

- Potenciales evocados
- EEG
- EMG
- Polisomnografía

Endoscopias

- Digestiva
- Broncoscopia
- Urológica

ANEXO C.A. III.- Continuidad Asistencial

1.- Indicadores de continuidad en las transiciones asistenciales. Objetivos:

- Impulsar la transmisión oportuna y completa de la información clínica en las transiciones asistenciales
- Favorecer la continuidad de cuidados de los pacientes al alta hospitalaria como herramienta para mejorar la atención y disminuir los reingresos hospitalarios

Porcentaje de informes clínicos de alta de hospitalización disponibles en HORUS

Fórmula	Nº de informes clínicos de alta de hospitalización disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta / Nº de altas de hospitalización X 100
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	80%
Fuente	DGSIS

Porcentaje de informes clínicos de alta de urgencias disponibles en HORUS

Fórmula	Nº de informes clínicos de alta de urgencias disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta / Nº de altas de urgencias X 100
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	80%
Fuente	DGSIS

Porcentaje de informes de cuidados enfermeros al alta de hospitalización de pacientes con Nivel de Intervención Alto (NIA) disponibles en HORUS

Fórmula	Nº de informes de cuidados enfermeros al alta de hospitalización de pacientes con NIA disponibles en HORUS en las primeras 24 horas tras el alta / Nº de altas de hospitalización de pacientes con NIA X 100
Aclaraciones	El indicador se evaluará mensualmente
Tendencia / estándar	60%
Fuente	DGSIS

2.- Indicador de implantación del proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo

Objetivos:

- Establecer circuitos coordinados e integrados de atención a los pacientes con mayor fragilidad y mayor necesidad de atención y recursos

Existencia de un procedimiento de coordinación y comunicación bidireccional entre hospital y centros de salud de su área de influencia

Fórmula	Existencia de procedimiento escrito, conocido y disponible para todos los profesionales implicados en los circuitos de comunicación bidireccional = SI / NO
Aclaraciones	<p>El director de continuidad asistencial liderará la elaboración del procedimiento de coordinación y comunicación bidireccional. El procedimiento debe especificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Referentes identificados para la atención de los pacientes crónicos complejos en el hospital (director de continuidad asistencial, enfermera de continuidad asistencial, especialistas de referencias) y en el centro de salud (director de centro, responsable de enfermería, referente/s de atención a pacientes crónicos complejos si están definidos) ○ Canales específicos de comunicación para la transmisión de la información entre ámbitos asistenciales de referencia del paciente atendido en los diferentes pasos del proceso de atención integrada al paciente complejo: identificación de complejidad, asignación del nivel de intervención alto, asignación de especialista de referencia, atención a la descompensación a través de circuitos específicos y coordinación y continuidad al alta hospitalaria. ○ Circuitos para garantizar la atención en todo el horario asistencial.
Tendencia / estándar	SI (100%)
Fuente	DCA de cada hospital




3.- Indicadores del proceso de tramitación de las solicitudes identificadas como Sospecha de Malignidad (SM) y Valoración previa por especialista (VPE)

Porcentaje de derivaciones con SM valoradas en menos de 10 días

Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de SM remitidas desde CAP "sin cita" que se han evaluado en menos de 10 días}}{\text{N}^\circ \text{ SM remitidas desde CAP "sin cita"}} \times 100$
Tendencia / estándar	100%

Porcentaje de derivaciones con SM citadas en menos de 15 días

Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de SM remitidas desde CAP "sin cita", que se han valorado como "adecuadas", citadas en menos de 15 días}}{\text{N}^\circ \text{ de SM remitidas desde CAP "sin cita", que se han valorado como "adecuadas"}} \times 100$
Tendencia / estándar	100%

Porcentaje de derivaciones con VPE valoradas en menos de 10 días

Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de VPE remitidas desde CAP con cita de más de 15 días que se han evaluado en menos de 10 días}}{\text{N}^\circ \text{ de VPE remitidas desde CAP con cita de más de 15 días}} \times 100$
Tendencia / estándar	95%

ANEXO C.A. IV. Actividad Asistencial.

(A) Actividad prevista

CONCEPTO	2022
Altas Hospitalización	20.425
Estancias hospitalización a Domicilio	329
Procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria	9.816
Consultas Primeras	182.873
Consulta telemática primera	6.635
Consulta telemática sucesiva	90.155
Consultas Primeras Alta Resolución	12.744
Consultas Sucesivas	456.818
Urgencias no ingresadas	95.767
Hospital de día oncohematológico	13.076
Hospital de día SIDA	286
Hospital de día psiquiátrico	2.307
Hospital de día médico	17.851
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios en consultas	15.678
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios en quirófano	400
Implante coclear	8
Implantación neuroestimulador intracraneal	4
Paciente tratado con litotricia	107
Extracción renal bilateral	4
Extracción multiorgánica	1
Extracción multitejidos	1
Extracción renal bilateral+multitejidos	1
Extracción multiorgánica+multitejidos	6
Hemodiálisis hospital sesiones	5.291
Hemodiálisis hospital en centro concertado (sesiones)	12.530
Diálisis domiciliaria (sesiones)	118
C.A.P.D. (sesiones)	2.184
Diálisis peritoneal c/cicladora (sesiones)	1.555
Diálisis peritoneal c/cicladora bajo vol<15 (sesiones)	862
Tratamientos con Toxina Botulínica	
Distonia craneal	45
Distonia cervical	25
Distonia extremidades	37
Otras distonias segmentarias	20
Migraña crónica	41
Vejiga hiperactiva idiopática	65
Incontinencia urinaria en adultos con hiperacididad neurgénica de trusor	42
Hiperdrosis primaria	44
Paciente tratado con radioterapia	
Radioterapia externa	
Nivel B1	103
Nivel B2	272
Nivel C1 y C2	54

CONCEPTO	2022
Nivel C3	2
Nivel D	5
Radioterapia esteroataxica simple	
Radioterapia esteroataxica cerebral tumoral	1
Radioterapia esteroataxica cerebral vascular	2
Radioterapia esteroataxica corporal	1
Radioterapia esteroataxica fraccionada	1
Irradiacioncorporal total	
Irradiacion corporal total fotones	5
Irradiacion corporal total con electrones	4
Radiocirugía simple	12
Radiocirugía fraccionada	12
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria	156
Hemodinámica terapéutica ambulatoria	2
Implantación de marcapasos	27
Rev. Marcapasos CON sust. generador	50
Rev. marcapasos SIN sust. generador	5
Implante/sustitución desfibrilador	12
Paciente tratado con braquiterapia	23
Estudio polisomnográfico y estudios Epilepsia	670
FIV (tratamiento completo)	261
Diagnóstico genético preimplantacional	14
Pruebas Genéticas	
Cariotipo líquido amniótico	100
Cariotipo en biopsia corion	100
Cariotipo en sangre periférica	100
Cariotipo en tejido cultivos	100
Estudio rápido de aneuploidias	95
Estudio de arrays complejo	85
Estudio de arrays simple	85
Estudio molecular múltiplo -MLPA	85
Estudio molecular simple SANGER	85
Mutación única SANGER	85
Secuenciación masiva compleja (exoma clínico, paneles grandes)	85
Secuenciación masiva simple	85
Capsula endoscópica	125
Radiología intervencionista ambulatoria (URV)	146.788
Implantación electrodos medulares y bombas para tratamiento. Del dolor	16
Implantación de generadores y neuroestimuladores (otros)	6
PET-TAC corporal	1.250
PET-TAC craneal	38
CRIOPRESERVACION	
Células progenitoras Hematopoyéticas	30
Ovocitos tarifa anual de mantenimiento	60
Esperma tarifa anual de mantenimiento	60
Embriones tarifa anual de mantenimiento	2.100
MATERIAL BOMBAS INSULINA	
Roche	708

CONCEPTO	2022
GS3	1.464
Medtronic reposición	252
SENSORES	
Abbot	24.721
Sensores ENLITE	103
GS3	1.607
BÚSQUEDA DE DONANTES	14
FARMACOS PRE Y POST TRASPLANTE	2
ENFERMEDADES RARAS	9
PREVECOLON Y DEPRECAM	
Mamografía bilateral para cribado	406
Pruebas complementarias: ecografía mamaria en proyecciones esp	93
Test de sangre culta en heces inmunológico cuantitativo	7.697
Colonoscopia de cribado	368
IVE	736
Componentes externos de implantes cocleares y otros dispositivos externos	52

ANEXO C.A. V.A.- Tarifas

TARIFAS DE APLICACIÓN	Tarifa 2022
Importe UCH Hospitalización- CIE10	7.629,78 €
Importe UCH Procedimiento CMA- CIE10	5.249,08 €
Hospitalización a Domicilio	210,72 €

La equivalencia se ha realizado bajo la premisa de que el importe estimado resultante de la aplicación de las tarifas sea el mismo con ambas codificaciones.

RESTO DE TARIFAS CLAUSULA ADICIONAL para actividad presencial y no presencial	Tarifa 2022
Consultas Primeras (presenciales y no presenciales - (siendo calculada esta última al 67% de la actividad presencial))	
Consultas Primeras	152,92 €
Consultas de Primeras de alta resolución	244,66 €
Consulta primera no presencial	102,46 €
Consultas Sucesivas no presenciales (siendo calculada esta última al 40 % de la actividad presencial)	
Consultas sucesivas	91,74 €
Consultas sucesivas no presencial	61,17 €
Urgencias no ingresadas	149,95 €
Hospital de día Oncohematológico(*)	601,15 €
Hospital de día SIDA	577,79 €
Hospital de día Psiquiátrico /Geriatrico(presenciales y no presenciales)	107,54 €
Hospital de día Médico	331,05 €
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados en quirófano	519,42 €
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados en consultas	292,56 €
Procedimientos de valoración singular	
Implante coclear	44201,09 €
Implantación neuroestimulador intracraneal	31.021,92 €
Paciente tratado con litotricia	1.205,57 €
Extracción mono-orgánica	8.215,3 €
Extracción multiorgánica	13.791,6 €
Extracción multitejidos	2.685,85 €
Extracción mono-orgánica + multitejidos	10.379,26 €
Extracción multiorgánica + multitejidos	15.568,86 €
Hemodiálisis hospital (sesión)(**)	340,50 €
Hemodiálisis centro concertado o domiciliaria (sesión) (**)	215,51 €
Diálisis domiciliaria (sesión)(**)	84,08 €
C.A.P.D. (sesión) (**)	68,60 €
Diálisis peritoneal c/cicladora (sesión) (**)	109,11 €
Diálisis peritoneal c/cicladora bajo vol<15l (sesión) (**)	89,69 €
Tratamiento con Toxina Botulínica (sesión)	
Distonía craneal	127,49 €
Distonía cervical	269,72 €
Distonía extremidades	269,72 €
Otras distonías segmentarias	180,17 €
Migraña crónica	174,90 €
Vejiga hiperactiva idiopática	89,56 €
Incontinencia urinaria en adultos con hiperactividad neurogénica del detrusor	180,17 €
Hiperhidrosis primaria	63,22 €
Paciente tratado con radioterapia	
Radioterapia externas	
Nivel B 1	895,56 €
Nivel B 2	1.791,12 €
Nivel C1 y C2	3.529,56 €
Nivel C3	3.951,00 €
Nivel D	7.902,00 €
Radioterapia estereotáxica simple	

RESTO DE TARIFAS CLAUSULA ADICIONAL para actividad presencial y no presencial	Tarifa 2022
Radioterapia estereotáxica cerebral tumoral	4.865,52 €
Radioterapia estereotáxica cerebral vascular	4.039,50 €
Radioterapia estereotáxica corporal	4.865,52 €
Radioterapia estereotáxica fraccionada	8.211,76 €
Irradiación corporal total	
Irradiación corporal total fotones	9.732,10 €
Irradiación corporal total con electrones	5.741,07 €
Radiocirugía simple	2.543,52 €
Radiocirugía fraccionada	4.998,78 €
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria	1.301,15 €
Hemodinámica terapéutica ambulatoria	10.467,06 €
Implantación de marcapasos cardíaco ambulatorio	7.196,79 €
Rev. Marcapasos con sustitución generador.	5.163,45 €
Rev. Marcapasos sin sustitución generador	1.717,24 €
Implante/sustitución desfibrilador ambulatorio	39.244,94 €
Paciente tratado con braquiterapia	10.645,67 €
Estudio polisomnográfico y estudio Epilepsia	521,83 €
Fecundación In Vitro (Tratamiento completo hasta 3 ciclos) (***)	7.208,98 €
Criopreservación de células progenitoras hematopoyéticas	368,76 €
Criopreservación de ovocitos tarifa anual de mantenimiento	368,76 €
Criopreservación de esperma tarifa anual de mantenimiento	368,76 €
Criopreservación de embriones tarifa anual de mantenimiento	368,76 €
Diagnóstico Genético Preimplantacional (DGPI)	14.868,73 €
Pruebas Genéticas	
Cariotipo de líquido amniótico	126,43 €
Cariotipo en biopsia corion	126,43 €
Cariotipo en sangre periférica	115,90€
Cariotipo en tejido cultivos	126,43 €
Estudio rápido de aneuploidías	278,15 €
Estudio de arrays complejo	632,16 €
Estudio de arrays simple	416,17 €
Estudio molecular múltiple - MLPA	310,81 €
Estudio molecular simple- SANGER	273,94 €
Mutación única -SANGER	105,36 €
Secuenciación masiva compleja (Exoma clínico, Paneles grandes)	948,24 €
Secuenciación masiva simple / Gen completo	316,08 €
PET-TAC	
Corporal	1.359,14 €
PET Craneal	1.021,99 €
MATERIAL BOMBAS DE INSULINA	
Roche	257,33 €
GS3	272,36 €
Medtronic Reposición	231,79 €
SENSORES	
Abbot	50,15 €
ENLITE	266,56 €
GS3	368,50 €
BÚSQUEDA DE DONANTES	10.082,00 €
FÁRMACOS PRES Y POST TRASPLANTE	70.047,37 €

RESTO DE TARIFAS CLAUSULA ADICIONAL para actividad presencial y no presencial	Tarifa 2022
ENFERMEDADES RARAS	85.150,29 €
IVE	352,99 €
DEPRECAM Y PREVECOLON	
Mamografía bilateral	21,07 €
Pruebas complementarias: ecografía mamaria en proyecciones ESP	25,29 €
Test de sangre oculta en heces inmunológico cuantitativo	0,19 €
Colonoscopia de cribado	316,08 €
Componentes externos de implantes cocleares y otros dispositivos externos	2.867,13 €

A los efectos de la actividad de libre elección y, para aquellas prestaciones que no tengan reflejo en la Orden de Precios Públicos 727/2017 actualmente en vigor su abono se realizará conforme a los precios medios establecidos por el SERMAS y el coste cierto de los dispositivos, fungibles, prótesis, etc. inherentes a dicha prestación.

(*) Tarifa general.

La tarifa específica del Hospital de Día Oncohematológico se desagrega en Programas según se detalla a continuación en el ANEXO C.A. V.B.- Hospital de Día Oncohematológico. Programas.

(**) Tarifas de diálisis anualizadas

Diálisis	Tarifa sesión	nº sesiones anuales	Tarifa anual
Hemodiálisis hospital (sesión)	340,50 €	156	53.143,49 €
Hemodiálisis hospital en centro concertado (sesión)	215,51 €	156	33.636,13 €
Diálisis domiciliaria (sesión) - C.A.P.D. (sesión)	84,08 €	360	30.281,00 €
	68,60 €	360	24.709,39 €
Diálisis peritoneal c/cicladora (sesión)	109,11 €	360	39.298,68 €
Diálisis peritoneal c/cicladora bajo vol<15 (sesión)	89,69 €	360	32.303,43 €

(***) Se podrá facturar "a cuenta" cada ciclo finalizado con las siguientes tarifas siempre que los ciclos autorizados sean máximos 3, si se ampliase el número de ciclos autorizados a cuatro el 4º tendría el mismo precio que el 3º

1º ciclo 4.508,04€; 2º ciclo 1.689,48€; y 3º ciclo 1.011,46€ si se autorizan hasta 4º ciclo 1.011,46€

Nuevas tarifas

RESTO DE TARIFAS	Tarifa 2022
Radiología intervencionista diagnóstica (1)	14,04 €
Radiología intervencionista terapéutica(2)	14,04 €
Implantación electrodos medulares y bombas para tratamiento del dolor e Implantación generadores y neuroestimuladores, holterimplantables y cápsula endoscópica.(3)	519,42€+Precio SERMAS del dispositivo
Material fungible de/y bombas de insulina (4)	Coste medio mes/material, según precios SERMAS
Sistema de monitorización de glucosa intersticial (SMG) o similares (5)	Precio Unidad según Acuerdo Marco vigente

- (1) La clasificación de enfermedades CIE-9-MC deja de actualizarse y se sustituye por la CIE-10-MC/PCS, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha renovado tanto el sistema de codificación de las enfermedades y procedimientos como el agrupador, por lo que a partir de 2016 se utilizará el AllPatientsRefined (APR-GRD). Esta aplicación de un nuevo sistema de codificación, con el fin de mantener el equilibrio económico-financiero, implica un cambio en el valor de la UCH, que ha sido adaptado con el fin de evitar cualquier impacto económico en cualquiera de las partes.
- (2) El importe correspondiente a cada procedimiento será el resultado de multiplicar el número de URV incluidas en el catálogo normalizado de la SERAM, por el precio unitario de la URV, común a todos los hospitales de SERMAS.
- (3) Los importes correspondientes a estos pacientes, se calcularán asignando el precio de Otros Procedimientos Quirúrgicos añadiéndole el precio del dispositivo, determinado por el SERMAS (D.G. Gestión Económica Financiera y Farmacia). El SERMAS proporcionará a la FJD el precio de los dispositivos antes de junio de 2022.
- (4) Los importes correspondientes a estos pacientes, de acuerdo con los protocolos de indicación y precios medios definidos para cada uno de los correspondientes dispositivos o coste medio/mes de material fungible definido para el resto de hospitales del SERMAS(D.G. Gestión Económica Financiera y Farmacia).El SERMAS proporcionará a la FJD el precio de los dispositivos antes de diciembre de 2022.
- (5) El importe correspondiente a cada unidad será el establecido en el Acuerdo Marco vigente en el momento de la prestación de la asistencia sanitaria.

ANEXO C.A. V.B.- Hospital de Día Oncohematológico. Programas

COSTE ESTANCIA HOSPITAL DE DÍA ONCOHEMATOLÓGICO: 160,82€

COSTE MEDIO POR CICLO FINALIZADO:

El coste medio por ciclo finalizado de los siguientes tratamientos de quimioterapia administrados en hospital de día oncológico para el epígrafe E 03.1.1.2.4.2.3 "Por ciclo finalizado (por cumplimiento de protocolo) se facturará por las tarifas determinadas por el Servicio Madrileño de Salud", y destinados a la actualización de los precios públicos aplicables al nuevo Catálogo de Servicios y Actividades de Naturaleza Sanitaria susceptibles de ser retribuidos en el ámbito de la comunidad de Madrid:

- Tarifa tratamiento adyuvante del cáncer de mama HER 2-.
- Tarifa tratamiento adyuvante del cáncer de mama HER 2+.
- Tarifa tratamiento cáncer de mama recurrente o metastásico HER 2-.
- Tarifa tratamiento cáncer de mama recurrente o metastásico HER 2+.
- Tarifa tratamiento adyuvante cáncer colorrectal.
- Tarifa tratamiento cáncer colorrectal metastásico.
- Tarifa tratamiento adyuvante cáncer de pulmón no microcítico.
- Tarifa tratamiento cáncer de pulmón no microcítico no escamoso avanzado o metastásico.
- Tarifa tratamiento cáncer de pulmón no microcítico escamoso avanzado o metastásico.
- Tarifa tratamiento adyuvante cáncer de pulmón microcítico.
- Tarifa tratamiento cáncer de pulmón microcítico avanzado o metastásico.

PRECIO POR CICLO FINALIZADO HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO

*Los precios indicados se corresponden a precios con IVA.

Las tarifas son por ciclo finalizado. Un ciclo es el periodo desde la administración del tratamiento y el descanso, hasta la siguiente administración.

CANCER DE MAMA		TARIFA
ADYUVANCIA	HER 2 -	42 €
	HER2 +	1.690 €
AVANZADO O METASTÁSICO	HER 2 -	405 €
	HER2 +	3.229 €

CÁNCER COLORRECTAL		TARIFA
ADYUVANCIA		23 €



AVANZADO O METASTÁTICO 1.108 €

CÁNCER DE PULMÓN		TARIFA
CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCITICO		
ADYUVANCIA		64 €
AVANZADO O	ESCAMOSO	338 €
METASTÁTICO	NO ESCAMOSO	1.200 €
CÁNCER DE PULMÓN MICROCITICO		
ADYUVANCIA		27 €
AVANZADO O METASTÁTICO		35 €

El importe del hospital de día Oncohematológico a considerar en aplicación de estos programas será el integrado por el coste de estancia en hospital de día Oncohematológico más el coste del ciclo finalizado recogido en las tablas anteriores.



ANEXO C.A. V.C.- Tarifas MIR

TARIFAS DE APLICACIÓN MIR	Tarifa 2022
Residente primer año	34.667,96 €
Residente segundo año	34.051,09 €
Residente tercer año	30.843,38 €
Residente cuarto año	21.799,16 €
Residente quinto año	6.678,35 €

[Handwritten signature]

ANEXO C.A. V.D.- Programas de Dispensación Pacientes Externos

Ref: 47065959/21



Dirección General de Gestión Económico-Financiera y Farmacia
CONSEJERÍA DE SANIDAD

DE: DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA Y FARMACIA

A: DIRECCIÓN GENERAL DEL PROCESO INTEGRADO DE SALUD

ASUNTO:

ACTUALIZACIÓN TARIFAS Y CRITERIOS DE FACTURACIÓN INTERCENTROS MEDICAMENTOS PACIENTES EXTERNOS AÑO 2021.

Se adjunta la **actualización de las tarifas y los criterios de facturación de los programas de dispensación de medicamentos a pacientes externos para el Manual de Facturación Intercentros 2021:**

PROGRAMAS DE DISPENSACIÓN A PACIENTES EXTERNOS

1) Objetivos coste por patología:

PATOLOGÍA	OBJETIVO ANUAL	OBJETIVO MENSUAL
VIH adulto	≤ 5.360 €	≤ 447 €
VIH pediátrico	≤ 4.000 €	≤ 333 €
Hepatitis B	≤ 220 €	≤ 18 €
Esclerosis Múltiple (Externos)	≤ 10.400 €	≤ 867 €
Hormona crecimiento adulto	≤ 1.500 €	≤ 125 €
Hormona crecimiento pediátrico (< 12 años)	≤ 3.400 €	≤ 283 €
Hormona crecimiento pediátrico (≥ 12-18 años)	≤ 6.000 €	≤ 500 €
Hipertensión Pulmonar (no parenteral)	≤ 7.750 €	≤ 646 €
Artritis Reumatoide (t. biológica y dirigida)	≤ 5.700 €	≤ 475 €
Espondiloartropatías (t. biológica)	≤ 5.150 €	≤ 429 €
Artritis Psoriasisca (t. biológica y dirigida)	≤ 6.100 €	≤ 508 €
Psoriasis (t. biológica y dirigida)	≤ 7.100 €	≤ 592 €
Enfermedad Inflamatoria Intestinal (t. biológica)	≤ 7.300 €	≤ 608 €
Anemia e IRC con EPO Prediálisis	≤ 440 €	≤ 37 €
Asma (t. biológica)	≤ 10.400 €	≤ 867 €
Dermatitis atópica (t. biológica)	Se financiará el medicamento Dupilumab (Dupixent) para el tratamiento de la dermatitis atópica grave de acuerdo a los protocolos y a las condiciones de financiación vigentes, siendo imprescindible el registro en la base de datos VALTERMED.	
Anemia postquimioterapia paciente nuevo	≤ 300 €	
Profilaxis de migraña (t. biológica)	2.000 €	≤ 167 €
Hipercolesterolemia con iPCSK9	3.925€	≤ 327 €
Poliquistosis Renal autosómica dominante*	11.470 €	≤ 956 €

Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Plaza Carlos III de Bertrán, 7. 5ª planta
Edificio Solvay. 28002 - Madrid
Tel: 91 428 99 00 - Fax: 91 428 99 03
Correo: gestion.farmacologica@salud.madrid.org



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org.es mediante el siguiente código seguro de verificación: 092581542892212040011

Hidrosadenitis supurativa	2.396€	≤ 200 €
Arteritis de células gigantes	9.070 €	≤ 756 €
Uveítis no infecciosa Adulto	1.248 €	≤ 104 €
Uveítis no infecciosa Infantil	754 €	≤ 63 €
Urticaria Crónica Espontánea	7.050€	≤ 588€

*La tarifa de Poliquistosis Renal Autosómica Dominante se modificará de manera inmediata con la comercialización del medicamento genérico: **OBJETIVO ANUAL: 7.510,72 €; OBJETIVO MENSUAL: ≤ 626 €**

PATOLOGÍA	OBJETIVO TRATAMIENTO
Hepatitis C (Antivirales de acción directa)	≤ 6.509 €

2) Medicamentos antineoplásicos orales (ANEO) y otros:

Se incluirán los medicamentos orales DHDH o de Uso hospitalario de los grupos terapéuticos ATC: L01, L02 y L04 (L04AX02 (talidomida), L04AX04 (lenalidomida), L04AX05 (pirfenidona) y L04AX06 (pomalidomida)), A05AA04 (obeticólico, ácido), B02BX05 (eltrombopag) y N04BA02 (duodopa), en sus indicaciones aprobadas por la EMA y/o AEMPS y financiadas en el SNS.

CRITERIOS DE FACTURACIÓN INTERCENTROS:

1. Sólo se facturarán las dispensaciones a pacientes con CIPA.

En la facturación de los medicamentos de Hepatitis C (Antivirales de acción directa) sólo se facturará si el paciente y su tratamiento están correctamente incluidos en el Registro RUA-VHC.

2. En la facturación de los medicamentos ANEO y otros medicamentos que se definen en este procedimiento se tendrá en cuenta:
 - 2.1 Se facturará por principio activo/dosis/forma farmacéutica de menor precio según el nomenclátor mensual oficial (Farmadrid) o precio medio de adquisición en Madrid a cierre del año anterior, en caso de ser este último inferior al precio del nomenclátor.
 - 2.2 Sólo se facturará los envases necesarios para la cobertura terapéutica mensual.
 - 2.3 En el caso de existir procedimientos de compra centralizados o descuentos oficiales establecidos por el SERMAS, se tendrán en cuenta para aplicar el precio.

3. En el caso de que existan registros nacionales (VALTERMED) o a nivel SERMAS específicos, solo se facturará si el paciente y su tratamiento están correctamente incluidos en el Registro y se cumplen las condiciones de financiación.



4. Si existe un acuerdo de pago por resultados o condiciones especiales de financiación (techo máximo de gasto, coste máximo por paciente...) se aplicarán en la facturación de tratamiento.

Madrid, 31 de mayo de 2021

EL DIRECTOR GENERAL DE GESTIÓN ECONÓMICO-FINANCIERA
Y FARMACIA

Firmado digitalmente por BARBERÁ DE LA TORRE RAFAEL ANTONIO
Fecha: 2021.06.03 14:36

Fdo. Rafael Antonio Barberá de la Torre



La autenticidad de este documento se puede comprobar en www.madrid.org.es
mediante el siguiente código según el procedimiento: 402581544289212040011

Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
Dirección General de Gestión Económico-Financiera y Farmacia
SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD

Se incluyen los PROGRAMAS terapéuticos que han entrado en financiación pública para las siguientes patologías:



- Inmunoglobulinas
- Duodopa
- Fibrosis pulmonar idiopática.
- Colangitis biliar primaria
- Púrpura trombocitopénica idiopática.
- Enfermedad de parkinson avanzada con Levodopa
- Enfermedad de parkinson avanzada con Duodopa
- Inmunoglobulinas subcutáneas
- Lupus eritematoso sistémico: Belimumab subcutáneo.
- Profilaxis de la infección por el VIH post exposición de riesgo
- Antimicrobianos sistémicos: grupos terapéuticos: J01, J02 Y F05

Las tarifas serán los precios de venta de laboratorio (PVL) o precios SNS de los medicamentos. 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, en los términos que se señalen por la SG Farmacia.

[Handwritten signature]

ANEXO C.A. V.E.- Resto de Tarifas

Como se recoge en la Estipulación segunda del Acuerdo de Novación al Convenio Singular, la compensación económica por la atención de la asistencia correspondiente a pacientes de libre elección que hagan uso de los mecanismos de libre elección previstos en la Ley 6/2009 y en el Decreto 51/2010 será acorde con la establecida para el resto de Hospitales de la Red Sanitaria única de Utilización pública utilizándose como referencia de la facturación intercentros el precio público vigente en el momento de la asistencia minorado en un 10%.

Las tarifas de aplicación en los procesos derivados del **programa de reducción de lista de espera quirúrgica** se corresponderán con los precios medios resultantes de las ofertas de las Empresas adjudicatarias del Acuerdo Marco AM Procedimientos quirúrgicos vigente en el momento de derivación del paciente, para cada uno de los procedimientos realizados.

Las tarifas de aplicación en los procesos derivados del **programa de reducción de lista de espera diagnóstica** corresponderán con los precios medios resultantes de las ofertas de los procedimientos incluidos en el Acuerdo Marco "A.M. Pruebas diagnósticas" vigente en el momento de derivación del paciente, para cada uno de los procedimientos realizados.

Las tarifas de aplicación en los procesos derivados de los **programas de prevención** corresponderán con los precios establecidos en el Acuerdo Marco vigente en el momento de derivación del paciente, para cada uno de los procedimientos realizados y en caso de no existir Acuerdo Marco la tarifa que el SERMAS determine.

Actividades Preventivas (DEPRECAM y PREVECOLON)

DEPRECAM	
Mamografía bilateral	21,30 €
Pruebas complementarias: ecografía mamaria en proyecciones ESP	25,56 €
Test de sangre oculta en heces inmunológico cuantitativo	0,19 €
PREVECOLON	
Colonoscopia de cribado	319,50 €

ANEXO C.A. VI. – Facturación

1. Requisitos de facturación.

Los datos de facturación serán extraídos directamente del sistema de información económica que será remitido en **soporte digital**.

Los archivos de facturación y actividad tendrán la misma estructura, los mismos códigos normalizados y los mismos campos que los definidos para facturación intercentros.

2. Facturación y abono.

Con carácter mensual, el centro sanitario presentará ante el Servicio Madrileño de Salud, la facturación correspondiente al periodo del que se trate, con el alcance y contenidos que a continuación se relacionan, siendo ésta la base sobre la que se sustentará el abono de los servicios realizados. Esta facturación será:

- Por un lado la factura mensual de abono “a cuenta”.
- Por otro la relación valorada de la asistencia sanitaria efectivamente realizada mensualmente.
- Por último, la facturación anual del total de la actividad prestada en el periodo.

Todas las facturas y relaciones valoradas citadas, a excepción de la solicitud mensual de abono “a cuenta”, deberán ir acompañadas de un fichero electrónico, cuya estructura se define en el punto anterior.

- 2.1. **Facturación mensual de abono “a cuenta”.** Corresponde a la facturación “a cuenta” de un mes. El importe será del 95% de la doceava parte del importe para la actividad sustitutoria y para la financiación del MIR. La factura debe obrar en poder del Servicio Madrileño de Salud.
- 2.2. **Relación valorada mensual de la asistencia sanitaria sustitutoria efectivamente realizada.** Dicha relación, por importe cierto, debe obrar en poder del Servicio Madrileño de Salud, antes del día 30 del mes siguiente al que se factura. Esta relación quedará sujeta a la valoración que se presente a 31 de marzo del año siguiente y a su regularización mediante el proceso de liquidación.
- 2.3. **Facturación anual de la asistencia sanitaria prestada.** Dicha factura, por importe cierto, debe obrar en poder del Servicio Madrileño de Salud, antes del día 31 de marzo del año siguiente al que se factura. Este documento servirá de base para la realización del proceso de auditoría, que se desarrollará acorde con los criterios y plazos que se expresan posteriormente. Sin perjuicio del derecho a subsanación recogido en la estipulación cuarta, primero.

2.4. Factura de liquidación. Corresponde al balance (positivo o negativo para el centro sanitario) entre la valoración de la asistencia sanitaria prestada, adecuada por el proceso de auditoría, y los abonos mensuales realizados. Una vez analizadas con el centro sanitario las posibles discrepancias en el informe de auditoría y resueltas por el Servicio Madrileño de Salud, ésta solicitará al centro la emisión de la Factura definitiva de liquidación. La factura debe obrar en poder del Servicio Madrileño de Salud, en el plazo máximo de dos días hábiles desde su petición.

3. Modelos de facturas

Se establecen los modelos de factura según lo determinado en el punto 2.

3.1.- Modelo mensual de abono a cuenta:

<p>FACTURA Nº</p> <p>Fecha factura:</p>	<p>PERIODO DE ABONO</p> <p>MES....., 2022</p>
---	---

<p>DATOS DEL PAGADOR</p> <p>SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD</p> <p>Paseo de la Castellana, 280</p> <p>28046 MADRID</p> <p>NIF Q-2801221-I</p>	<p>FACTURA MENSUAL DE ABONO A CUENTA</p>
Concepto del Abono:	Importe
<p>Importe correspondiente al 95% de la Actividad sustitutoria del periodo 2022, en aplicación de la estipulación..... De la Cláusula Adicional 13ª al Concierto suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Jiménez Díaz.</p>	
<p>Importe correspondiente al 95% de la financiación MIR, en aplicación de la estipulación..... De la Cláusula Adicional 13ª al Concierto suscrito entre el Servicio Madrileño de Salud y la Fundación Jiménez Díaz.</p>	

Firmado: EL DIRECTOR GERENTE

3.2.- Modelo de relación valorada mensual de la asistencia sanitaria sustitutoria efectivamente realizada.

RELACIÓN MES:

DATOS DEL PAGADOR SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD Paseo de la Castellana, 280 28046 MADRID NIF Q-2801221-I		ACTIVIDAD SANITARIA SUSTITUTORIA
--	--	-------------------------------------

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Altas Hospitalización			
Peso Medio			
U.C.H.			
Hospitalización a Domicilio			
ACTIVIDAD AMBULATORIA			
C.M.A.			
Peso Medio			
U.C.H.			
Consultas Primeras			
Primeras de Alta Resolución			
Consultas Sucesivas			
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados en quirófano			
Urgencias no ingresadas			

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados en consultas			
Hospital de día oncohematológico (estancias)			
Hospital de día SIDA (Estancias)			
Hospital de día Psiquiátrico/Geriátrico (Estancias)			
Hospital de día médico/pediátrico (estancias)			
Total actividad ambulatoria			
PROCEDIMIENTOS EXTRAÍDOS			
Implante coclear			
Implantación neuroestimulador intracraneal			
Litotricia			
Extracción mono-orgánica			
Extracción multiorgánica			
Extracción multitejidos			
Extracción mono-orgánica + multitejidos			
Extracción multiorgánica + multitejidos			
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria			
Hemodinámica terapéutica ambulatoria			
Implantación de marcapasos cardíaco ambulatorio			
Revisión de marcapasos SIN sustitución de generador			
Revisión de marcapasos CON sustitución de generador			

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Implante/sustitución de desfibrilador ambulatorio			
Hemodiálisis en hospital			
Hemodiálisis en centro concertado o domiciliaria			
Diálisis domiciliaria			
CAPD			
Diálisis peritoneal con cicladora			
Diálisis peritoneal con cicladora bajo vol. < 15			
Tratamiento con Toxina Botulínica			
Paciente tratado con radioterapia			
Radiocirugía simple			
Radiocirugía fraccionada			
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria			
Hemodinámica terapéutica ambulatoria			
Paciente tratado con braquiterapia			
Estudio polisomnográfico Estudio Epilepsia			
FIV			
Diagnóstico Genético Preimplantacional			
Pruebas Genéticas			

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Radiología intervencionista diagnóstica ambulatoria			
Radiología intervencionista terapéutica ambulatoria			
Implantación electrodos medulares y bombas para tratamiento. Del dolor			
Implantación de generadores y neuroestimuladores (otros)			
Implantación y material de reposición de bombas de insulina			
Cápsulas endoscópicas			
Total procedimientos extraídos			
DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS			
Programas de dispensación			
Hepatitis C			
ANEO_			
Medicamentos HDO por ciclo finalizado			
Total dispensación ambulatoria de fármacos			
DOCENCIA MIR			
R1			
R2			
R3			
R4			
R5			



3.3.- Modelo de facturación anual de la asistencia sanitaria prestada.

FACTURA Nº

Fecha factura:

DATOS DEL PAGADOR SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD Paseo de la Castellana, 280 28046 MADRID NIF Q-2801221-I		FACTURA ANUAL
--	--	---------------

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Altas Hospitalización			
Peso Medio			
U.C.H.			
Hospitalización a Domicilio			
ACTIVIDAD AMBULATORIA			
C.M.A.			
Peso Medio			
U.C.H.			
Consultas Primeras			
Primeras de Alta Resolución			
Consultas Sucesivas			

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados en quirófano			
Urgencias no ingresadas			
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados en consulta			
Hospital de día oncohematológico (estancias)			
Hospital de día SIDA (Estancias)			
Hospital de día Psiquiátrico/Geriátrico (Estancias)			
Hospital de día médico/pediátrico (estancias)			
Total actividad ambulatoria			
PROCEDIMIENTOS EXTRAÍDOS			
Implante coclear			
Implantación neuroestimulador intracraneal			
Litotricia			
Extracción mono-orgánica			
Extracción multiorgánica			
Extracción multitejidos			
Extracción mono-orgánica + multitejidos			
Extracción multiorgánica + multitejidos			
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria			
Hemodinámica terapéutica ambulatoria			
Implantación de marcapasos cardíaco ambulatorio			

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Revisión de marcapasos SIN sustitución de generador			
Revisión de marcapasos CON sustitución de generador			
Implante/sustitución de desfibrilador ambulatorio			
Hemodiálisis en hospital			
Hemodiálisis en centro concertado o domiciliaria			
Diálisis domiciliaria			
CAPD			
Diálisis peritoneal con cicladora			
Diálisis peritoneal con cicladora bajo vol. < 15			
Tratamiento con Toxina Botulínica			
Paciente tratado con radioterapia			
Radiocirugía simple			
Radiocirugía fraccionada			
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria			
Hemodinámica terapéutica ambulatoria			
Paciente tratado con braquiterapia			
Estudio polisomnográfico Estudio Epilepsia			
FIV			
Diagnóstico Genético Preimplantacional			

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Pruebas Genéticas			
Cápsulas endoscópicas			
Radiología intervencionista diagnóstica ambulatoria			
Radiología intervencionista terapéutica ambulatoria			
Implantación electrodos medulares y bombas para tratamiento. Del dolor			
Implantación de generadores y neuroestimuladores (otros)			
Implantación y material de reposición de bombas de insulina			
Total procedimientos extraídos			
DISPENSACIÓN AMBULATORIA DE FÁRMACOS			
Programas de dispensación			
Hepatitis C			
ANEO_			
Medicamentos HDO por ciclo finalizado			
Total dispensación ambulatoria de fármacos			
DOCENCIA MIR			
R1			
R2			
R3			

3.4.- Modelo de facturación de liquidación.

FACTURA Nº

Fecha factura:

DATOS DEL PAGADOR SERVICIO MADRILEÑO DE SALUD Paseo de la Castellana, 280 28046 MADRID NIF Q-2801221-I		FACTURA DE LIQUIDACIÓN
--	--	---------------------------

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Altas Hospitalización			
Peso Medio			
U.C.H.			
Hospitalización a Domicilio			
ACTIVIDAD AMBULATORIA			
C.M.A.			
Peso Medio			
U.C.H.			
Consultas Primeras			
Primeras de Alta Resolución			
Consultas Sucesivas			
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados en quirófano			
Urgencias no ingresadas			

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Otros procesos quirúrgicos ambulatorios realizados en consultas			
Hospital de día oncohematológico (estancias)			
Hospital de día SIDA (Estancias)			
Hospital de día Psiquiátrico/Geriátrico (Estancias)			
Hospital de día médico/pediátrico (estancias)			
Total actividad ambulatoria			
PROCEDIMIENTOS EXTRAÍDOS			
Implante coclear			
Implantación neuroestimulador intracraneal			
Litotricia			
Extracción mono-orgánica			
Extracción multiorgánica			
Extracción multitejidos			
Extracción mono-orgánica + multitejidos			
Extracción multiorgánica + multitejidos			
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria			
Hemodinámica terapéutica ambulatoria			
Implantación de marcapasos cardíaco ambulatorio			
Revisión de marcapasos SIN sustitución de generador			
Revisión de marcapasos CON sustitución de generador			
Implante/sustitución de desfibrilador ambulatorio			

CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Hemodiálisis en hospital			
Hemodiálisis en centro concertado o domiciliaria			
Diálisis domiciliaria			
CAPD			
Diálisis peritoneal con cicladora			
Diálisis peritoneal con cicladora bajo vol. < 15			
Tratamiento con Toxina Botulínica			
Paciente tratado con radioterapia			
Radiocirugía simple			
Radiocirugía fraccionada			
Hemodinámica diagnóstica ambulatoria			
Hemodinámica terapéutica ambulatoria			
Paciente tratado con braquiterapia			
Estudio polisomnográfico Estudio Epilepsia			
FIV			
Diagnóstico Genético Preimplantacional			
Pruebas Genéticas			
Cápsulas endoscópicas			





CONCEPTO	ACTIVIDAD	TARIFA	TOTAL
		2022	2022
Radiología intervencionista diagnóstica ambulatoria			
Radiología intervencionista terapéutica ambulatoria			
Implantación electrodos medulares y bombas para tratamiento. del dolor			
Implantación de generadores y neuroestimuladores (otros)			
Implantación y material de reposición de bombas de insulina			
Total procedimientos extraídos			
DISPENSACION AMBULATORIA DE FARMACOS			
Programas de dispensación			
Hepatitis C			
ANEO_			
Medicamentos HDO por ciclo finalizado			
DOCENCIA MIR			
R1			
R2			
R3			
R4			
R5			

