



OSASUN ETA KONTSUMO

SAILA

Osasun eta Kontsumo Sailburutza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Y CONSUMO

Consejería de Sanidad y Consumo

IDATZIZ ERANTZUTEKO GALDERAREN ERANTZUNA, Nerea Antia Vinos andereak, Grupo Euzko Abertzaleak-Nacionalistas Vascos legebiltzarkideak egindakoa. Gaia: “2010eko kontratu-programak” (09/10/05/03/1387-7832)

RESPUESTA ESCRITA a la pregunta formulada por D.ª Nerea Antia Vinós, Parlamentaria del Grupo Euzko Abertzaleak-Nacionalistas Vascos, relativa a los “contratos-programa de 2010”. (09/10/05/03/1387-7832)

2010eko Kontratu-Programan bildutako aldaketa esanguratsuenak “Zerbitzu Sanitario Publikoen Kontratazio Irizpideak. 2010eko Kontratu-Programa” dokumentuan zehazten dira, erantsita doanean. Dokumentu horretan 2009ko urtearen aldean izandako funtsezko aldaketei buruzko atala dago, ohiko galdera batean baino era zabalagoan erantzuten duena galderan eskatzen dena.

Irizpide horien aplikazioa, zerbitzu-erakunde bakoitzean zehatz-mehatz, gaur egun, bakoitzarekiko negoziazio eta sinadura prozesuaren eraginpean dago, ia amaitutakoa dagoena.

Las modificaciones más sustanciales que se han incluido en el Contrato Programa de 2010 se especifican en el documento “Directrices de Contratación de Servicios Sanitarios Públicos. Contrato Programa año 2010”, que se adjunta y en el que hay un apartado específico dedicado a los cambios fundamentales con respecto al de 2009, que detalla los aspectos por los que se pregunta con mayor extensión de la que es posible en una respuesta tradicional.

La aplicación de estas directrices, de forma pormenorizada en cada organización de servicios está sujeta, actualmente, al proceso de negociación y firma con cada una, prácticamente concluido pero no finalizado.

Vitoria-Gasteiz, 2010eko apirilaren 6a

En Vitoria-Gasteiz, a 6 de abril de 2010

Rafael Bengoa Rentería

**OSASUN ETA KONTSUMO SAILBURUA
CONSEJERO DE SANIDAD Y CONSUMO**

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

OSASUN ETA KONTSUMO

SAILA

Osasun Sailburuordetza

Aseguramendu eta Kontratazio

Sanitarioko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SANIDAD

Y CONSUMO

Viceconsejería de Sanidad

Dirección de Aseguramiento

y Contratación Sanitaria

**OSASUN-ZERBITZU PUBLIKOEN
KONTRATAZIORAKO JARRAIBIDEAK
2010 URTEKO PROGRAMA-KONTRATUA**

**DIRECTRICES DE CONTRATACIÓN
DE SERVICIOS SANITARIOS PÚBLICOS
CONTRATO PROGRAMA AÑO 2010**

Aseguramendu eta Kontratazio Sanitarioko Zuzendaritza

Dirección de Aseguramiento y Contratación Sanitaria

DIRECTRIZ GENERAL Nº 1/2010

ASUNTO: Directrices de Contratación de Servicios Sanitarios Públicos año 2010

ÍNDICE.....	2
INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVOS	6
CONTRATO PROGRAMA. CAMBIOS FUNDAMENTALES	9
CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS	11
FINANCIACIÓN	14
ANEXOS.....	16
1-ATENCIÓN PRIMARIA.....	17
A.- ANEXO I	17
B.- ANEXO II	18
C.- ANEXO III.....	23
2- HOSPITALES DE AGUDOS.....	26
A.- ANEXO I	26
B.- ANEXO II	29
C.- ANEXO III.....	34

3- HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA	39
A. - ANEXO I	39
B. - ANEXO II	40
C.- ANEXO III	44
4- HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS	46
A. - ANEXO I	46
B. - ANEXO II	48
C.- ANEXO III	52
5- SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA	54
A. - ANEXO I	54
B. - ANEXO II	55
C.- ANEXO III	58

INTRODUCCIÓN

La aprobación de la Ley de Ordenación Sanitaria de Euskadi (LOSE) por Ley 8/1997, de 26 de junio (BOPV, 21 de julio de 1997), supuso un cambio profundo en la organización del Sistema Sanitario Vasco que conforma una separación entre las funciones de compra y las de provisión de servicios sanitarios. En este escenario, el Departamento de Sanidad y Consumo y sus Direcciones Territoriales asumen, entre otras, las funciones de financiar, regular y contratar los servicios sanitarios. Las organizaciones de servicios integradas en el Ente Público de Derecho Privado, Osakidetza-Servicio Vasco de Salud, realizan, de forma mayoritaria la provisión de servicios, proporcionando la atención sanitaria a los usuarios.

El **contrato programa**, en su naturaleza jurídica, se define en la LOSE como un convenio de carácter especial mediante el cual se articulan, de manera directa, las relaciones entre el Departamento de Sanidad y Consumo y las organizaciones de Osakidetza para la contratación y provisión de servicios sanitarios, garantizando su estabilidad y suficiencia financiera. El contenido del mismo se concreta en los siguientes términos:

- A) Estimación del **volumen global de actividad** y previsión de las contingencias sanitarias objeto de cobertura.
- B) Determinación cuantificable y periódica de los **requisitos de calidad** que deberán cumplir los servicios sanitarios.
- C) Estimación finalista sobre **cobertura económica** de la actividad consignada con cargo a los créditos presupuestarios, periodicidad de los pagos y documentación justificativa para la realización de los mismos.
- D) Requisitos y procedimiento de **control y auditoria** sanitaria.
- E) **Niveles de responsabilidad** que adquieren las partes en cuanto a las revisiones, adaptaciones y demás incidencias que se susciten en la aplicación del convenio.

En esencia, la función de contratación de servicios sanitarios consiste en lograr la mayor adecuación posible entre las líneas estratégicas y objetivos priorizados por el Departamento de Sanidad y Consumo y la prestación efectiva de servicios, realizada por los centros proveedores, siempre dentro del marco jurídico vigente y de la financiación disponible. El contrato programa es, en definitiva, el principal instrumento

establecido por el Departamento de Sanidad y Consumo para orientar la actividad de los servicios asistenciales, según las necesidades detectadas y las actuaciones derivadas de las líneas estratégicas priorizadas para la legislatura.

Ha transcurrido ya un tiempo desde su implementación inicial y el contrato programa está integrado en la cultura de las organizaciones de servicios sanitarios en los aspectos de financiación, contratación y provisión de servicios, y se ha convertido en un instrumento de suma importancia en el marco organizativo del Sistema Sanitario de Euskadi.

Por otro lado, los cambios experimentados por el contrato programa a lo largo de estos años han sido escasos en cuanto a su concepción general, pero anualmente se han realizado modificaciones que han permitido la adaptación de su contenido a las necesidades de contratación de servicios del sistema sanitario vasco.

Las funciones atribuidas al contrato programa en su concepción inicial como instrumento de financiación de los centros sanitarios con separación clara de las funciones de financiación y provisión se mantienen vigentes.

Sin embargo el contexto socio-sanitario en el que se produjo su andadura se caracterizaba por el predominio de patologías agudas en una población menos envejecida. Es evidente que esta situación ha cambiado significativamente, con mayor predominio en la actualidad de pacientes crónicos y población cada vez más envejecida. Esta nueva situación genera una clara necesidad de cambios con el objetivo de conseguir una mayor integración entre niveles asistenciales y un mayor acercamiento a la nueva realidad de la salud en nuestra población.

Es necesario mencionar también que los valores sobre los que basa sus actuaciones el Departamento de Sanidad y Consumo en la presente legislatura son la equidad y la universalidad, la orientación hacia la ciudadanía, la prevención de la enfermedad y la intervención temprana y multisectorial sobre los determinantes de la salud, la calidad y seguridad del paciente, la eficiencia y sostenibilidad financiera del sistema y la provisión pública complementada con iniciativa social y privada.

Por último, el inicio de la 9ª legislatura ha supuesto un cambio en la dirección del Departamento de Sanidad y Consumo y la llegada de una forma diferente de entender

el sistema sanitario vasco. Esta nueva visión va a suponer, sin duda, el impulso de líneas estratégicas que, si bien anteriormente ya eran tenidas en cuenta, en esta ocasión adquieren una mayor relevancia y precisan de mayor presencia dentro del contrato programa.

Este conjunto de circunstancias hacen que sea un buen momento para reflexionar sobre las utilidades del contrato programa, sobre su estructura y su contenido, y en ese sentido se ha iniciado un proceso de reflexión y renovación de la contratación de servicios sanitarios en general y del contrato programa en particular, liderado por la Dirección de Contratación y Aseguramiento y las Direcciones Territoriales, con participación de la Dirección de Farmacia, Dirección de Salud Pública y la Dirección de Asistencia de Osakidetza.

Durante el proceso de trabajo se han realizado diferentes propuestas que irán perfilando un nuevo contrato programa para los próximos años. Estas Directrices de Contratación 2010 pretenden recoger el comienzo de estos cambios, incluyendo modificaciones que permitan seguir utilizando esta herramienta en el futuro cercano y proponiendo cambios más profundos con un horizonte temporal de varios años.

OBJETIVOS

La función de contratación de servicios se sitúa nuclearmente dentro del sistema sanitario vasco, ya que es el enlace entre las políticas sanitarias y los centros sanitarios. Estos últimos, especialmente las organizaciones de servicios de Osakidetza como proveedor sanitario mayoritario en Euskadi, tienen ya establecida una oferta asistencial y unos sistemas organizativos y operativos con un gran peso estructural que provoca que su actividad esté sometida a potentes inercias y no sea fácil su reorientación al nuevo paradigma epidemiológico y social de la salud. Sin embargo, se hace necesaria esta reorientación, y es la función de contratación, a través de las herramientas previstas al efecto, la que debe canalizar los objetivos priorizados en las líneas estratégicas 2009-2013 hacia los centros asistenciales públicos y privados, vinculando parte de la financiación de éstos a la consecución de aquellos.

Sin perder la referencia de las áreas prioritarias del Plan de Salud 2002-2010, se pretende introducir la perspectiva de las nuevas líneas priorizadas por el Departamento de Sanidad y Consumo, adaptando los programas existentes a esas

líneas e introduciendo modificaciones en estos programas en la medida que se considere necesario.

Las áreas de intervención prioritarias propuestas por el Departamento de Sanidad y Consumo para la octava legislatura son:

- La inversión en salud como motor del desarrollo social y económico.
- Actuación proactiva sobre los determinantes de la salud, factores de riesgo y estilos de vida.
- Potenciar el papel del ciudadano, su responsabilización y la autonomía del paciente.
- Defensa de los derechos de los consumidores.
- Fortalecer la atención para los enfermos crónicos.
- Desarrollar organizaciones sanitarias favoreciendo la continuidad de cuidados.
- Desarrollar las tecnologías que faciliten y mejoren la práctica clínica y el auto-cuidado.
- La participación y la conexión con los profesionales de la salud.
- El impulso a la investigación y la innovación.
- El buen gobierno en la gestión sanitaria.

Los objetivos planteados en las directrices de contratación de 2010 están orientados a consolidar los logros conseguidos hasta ahora, a profundizar en las áreas de mejora detectadas en la etapa anterior y a abordar nuevas líneas de trabajo con el fin de perfeccionar y de dotar a este instrumento de una mayor transparencia, solidez y utilidad entre los diferentes agentes implicados en el ámbito de la contratación y provisión de servicios.

Los principales objetivos hacia los que pretenden avanzar estas directrices son los siguientes:

1. Continuar con la adecuación de las fórmulas de contratación de servicios asociadas a las necesidades de salud definidas por el Plan de Salud y alineadas con las nuevas estrategias planteadas para la presente legislatura.
2. Mantener una política de precios coherente y estable en el tiempo que estimule la gestión eficiente de los recursos disponibles.

3. Redefinir criterios objetivos en la contratación no sólo de tipos y volúmenes de actividad para cubrir las necesidades de salud en la población, sino de nuevos programas, proyectos o iniciativas alineados con las políticas estratégicas del Departamento de Sanidad y Consumo y de Osakidetza.
4. Desarrollar, fortalecer y aumentar la transparencia del proceso negociador entre los “compradores” y las organizaciones proveedoras de servicios.
5. Promover una mayor participación de Osakidetza tanto en la elaboración del contrato programa como en la evaluación de la consecución de los objetivos planteados.
6. Incentivar las actuaciones dirigidas a la coordinación/integración entre los diferentes niveles asistenciales, a la atención de personas con patologías crónicas y al fomento de la responsabilidad y autonomía de los pacientes y su capacitación para el auto-cuidado.
7. Sentar las bases para el desarrollo de un sistema de información que nos facilite el seguimiento y el análisis de la oferta de servicios, de los compromisos de calidad, y de la facturación de la actividad realizada sobre la contratada.
8. Adecuar el ciclo contractual del ámbito de los contratos programa al ciclo financiero presupuestario de la administración.
9. Realizar, conjuntamente con Osakidetza, un seguimiento activo de la contratación, que permita tener conocimiento de aquellas modificaciones que se produzcan en los contratos programa durante el periodo de vigencia de los mismos
10. Homogeneizar el proceso de evaluación de los contratos programa y de los conciertos, de tal forma que la evaluación permita comparar en términos de equidad, calidad y eficiencia, los servicios prestados por las diferentes organizaciones, haciendo a estas últimas partícipes de la elaboración y evaluación del contrato programa.

De esta forma se persigue el objetivo de aumentar la coherencia entre los objetivos de salud y los instrumentos para la consecución de los mismos a través de los servicios sanitarios: los contratos programa y los conciertos.

CONTRATO PROGRAMA 2010. CAMBIOS FUNDAMENTALES

Atendiendo al Plan General de Contratación de Servicios Sanitarios 2010 y al desarrollo del mismo, plasmado en el Plan Territorial de Compra 2010 de cada Territorio, se hace necesaria la reforma y adaptación de los actuales modelos de contratos programa a los nuevos planes.

Se mantiene la estructura general de los contratos programa (marco general, estipulaciones y anexos I, II y III), pero en todos sus apartados se plantean modificaciones que se detallan y fundamentan en los anexos de estas directrices, aunque los principales cambios afectan la calidad y a la financiación.

También se han introducido cambios funcionales, en cuanto al contenido y uso del contrato programa como instrumento de relación entre el financiador y comprador de servicios y el proveedor:

- A nivel global se pretende iniciar un nuevo proceso de asignación y seguimiento del contrato programa en el que participen de forma aún más activa las Organizaciones de Osakidetza y el Departamento de Sanidad y Consumo.
- Los compromisos generales o comunes reflejan las prioridades decididas conjuntamente por el Departamento y Servicios Centrales de Osakidetza para toda la red sanitaria y se mantienen como parte fundamental en cuanto al peso atribuido.

Una de las modificaciones más sustanciales ha sido la introducción expresa de las líneas de contratación de servicios sanitarios prioritizadas por la nueva dirección del Departamento de Sanidad y Consumo incluyendo dentro de cada una de ellas los planes y programas de actuación más relevantes. Para ello se ha adaptado el anexo II de manera que se ordenan en tres áreas, comunes para todos los contratos, tanto los compromisos del 2009 que se ha decidido mantener, como los nuevos compromisos. Estos últimos podrán tener diferentes concreciones en objetivos, indicadores y estándares, según se haya negociado por cada Dirección Territorial con las Organizaciones de Servicio de su ámbito. Así pues desaparece la anterior división del anexo II en “compromisos básicos y complementarios”.

Por otro lado, el contrato programa también es un instrumento de comparación de la provisión de servicios sanitarios entre las diferentes organizaciones de servicios de Osakidetza-SVS, por ello, se ha realizado un esfuerzo especial para que los procedimientos de medición para la evaluación sean fiables y aceptados por todos los implicados. La confianza en la validez de los datos de todos los niveles implicados (directivos y profesionales) es imprescindible para conseguir su implicación en las mejoras. Por eso y durante todo el año 2010 se mantendrán comisiones de expertos de Osakidetza y del Departamento para la mejora constante del diseño de los indicadores de evaluación y su monitorización.

El marco financiero en el que se desenvolverá el proceso de contratación es el del presupuesto aprobado para el Departamento de Sanidad y Consumo por niveles asistenciales y para el año 2010.

En cuanto a las fórmulas de financiación establecidas, se introduce como novedad más importante la utilización del modelo caputivo para la financiación de la mayor parte de la actividad ambulatoria de los hospitales de agudos, es decir las consultas externas y las urgencias que no causan ingreso en el mismo hospital. Se fundamenta esta decisión sobre todo en dos aspectos. Por un lado la información clínica asociada a las unidades de medida de esta actividad es escasa y por lo tanto no se identifica el grado de complejidad, lo que provoca una estimación de precios excesivamente genérica y poco discriminativa. Por otro lado, ya hay demasiados factores que provocan la sobre-actividad de estas áreas, como para añadir el efecto inflacionista que supone modelo de financiación por actividad.

El Sistema de Información de la contratación sanitaria: “contrato programa, conciertos” será común para las tres Direcciones Territoriales y garantizará la uniformidad y homogeneidad de los datos contenidos en el mismo. Los contratos, así como las adendas y otra literatura contractual, una vez digitalizados podrán ser archivados en la aplicación informática P04, que previamente habrá de adaptarse a los cambios y novedades de los contrato programa 2010.

Todo lo anteriormente expuesto facilitará y garantizará el proceso de evaluación continuada que deberá estar presente en el ciclo contractual.

CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS

Esta es la nueva denominación del anexo II. Se justifica el cambio porque, además de incluir aspectos de consecución de mejoras en la calidad de los servicios prestados, incluye las iniciativas, acciones y objetivos alineados con las que se han priorizado como estrategias de salud por el Departamento de Sanidad y Consumo para esta legislatura, que son:

- Prevención y promoción de la salud
- Cuidados Paliativos
- Cardiología
- Oncología
- Procesos asistenciales con alto volumen de demoras
- Enfermedades crónicas
- Salud Mental
- Ictus
- Salud de la Mujer
- Diagnóstico por imagen
- Farmacia
- Desigualdades sociales en salud

Para determinar el contenido del anexo II se ha constituido un grupo técnico formado por personas del Departamento de Sanidad y Consumo, de las tres Direcciones Territoriales y de los SSCC de Osakidetza. Han revisado los contenidos del anexo II del los contratos 2009 de cada tipo de Organización de Servicio a la luz de una serie de criterios acordados y de los nuevos planes de compra territoriales. Los principales criterios adoptados han sido los siguientes:

- Se han suprimido compromisos, acciones y estándares no ligados claramente y directamente con la calidad asistencial o con intervenciones, con demostrada eficacia, emanadas del Plan de Salud y de las líneas estratégicas.
- No se han incluido indicadores para los que el coste de su evaluación excede razonablemente del beneficio obtenido por su logro y se han excluido o

sustituido los indicadores con cumplimiento generalizado y reiterado en el tiempo.

- Así mismo, se mantienen o incluyen compromisos, acciones y estándares en procesos de patologías crónicas que involucren a las organizaciones de primaria y de especializada, incluyendo compromisos de asistencia domiciliaria de ambos niveles. También en el área de la seguridad del paciente, en el área de cuidados paliativos y en integración socio-sanitaria.
- Se ha iniciado el desarrollo de fórmulas para comprometer y medir a las organizaciones en procesos que afecten simultáneamente a más de un nivel asistencial (primaria y especializada en enfermedades crónicas, emergencias y hospitales en atención a IAM y ACV, etc....)

El resultado final de actuaciones y objetivos se ha agrupado en tres áreas:

- Programas priorizados.
- Optimización de recursos.
- Participación, accesibilidad y opinión. Empoderamiento de la ciudadanía.

Algunos de los compromisos tienen indicadores y estándares comunes para todas las organizaciones de servicio y otros deben plantearse negociadamente en cada Dirección Territorial.

La evaluación de aquellos indicadores de tipo “elaboración, definición de protocolos, informes de progreso y/o proyectos” se realizará en una Comisión Mixta con participación de la Dirección Territorial y la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza, incluyéndose, si así se decidiera en dicha comisión, la participación de BIOEF.

Será igualmente necesario crear “comisiones de seguimiento mixtas” en cada Dirección Territorial con representación de las diferentes organizaciones de servicio implicadas en la consecución de un mismo proyecto para valorar el avance de cumplimiento de objetivos. En dichas comisiones de seguimiento, se aconseja también la participación de la Dirección de Osakidetza.

Dado que desaparece la posibilidad de financiar en el contrato programa estudios y proyectos de manera diferenciada a su incorporación en alguno de los objetivos/líneas

priorizadas vía obtención de puntos, se hace imprescindible establecer algunos criterios generales que sirvan a las Direcciones Territoriales para decidir o no, siempre en línea con el cumplimiento de su Plan de Contratación Territorial, la incorporación o priorización, en su caso, de proyectos, protocolos, estudios o experiencias piloto en esta nueva estructura de financiación. Algunos criterios, en este sentido, son las siguientes:

1. Proyectos que supongan innovaciones organizativas relevantes, beneficiosas para aumentar la accesibilidad de los pacientes a las prestaciones, para mejorar la utilización de recursos, la resolutivez, la continuidad de cuidados, etc.
2. Proyectos que estén orientadas específicamente a grupos desfavorecidos.
3. Proyectos de atención a enfermos crónicos diseñados con participación de diferentes niveles de atención.
4. Proyectos de actividades de promoción de la salud desde los servicios asistenciales.
5. Proyectos que piloten la utilización de las TICs para mejorar la atención a los pacientes.
6. Proyectos que afecten directamente al espacio sociosanitario.

Con el objetivo de facilitar a las Direcciones Territoriales la definición completa del anexo II, se habilita la posibilidad de agrupar los puntos asignados inicialmente a diferentes compromisos que no sean de obligado cumplimiento, de modo que puedan ser distribuidos indistintamente entre los diferentes proyectos. Esta agrupación se realizará exclusivamente por línea de actuación / grandes objetivos. No contratar ningún proyecto u objetivo en alguna de las líneas estratégicas, deberá ser penalizado con la pérdida del 50% de los puntos que tuviera asignada dicha línea. Es decir, sólo el 50% de esos puntos se podrán redistribuir entre otras líneas de ese bloque.

Esta posibilidad pretende ofrecer una solución a posibles situaciones, como por ejemplo, que una organización de servicios incluya varios proyectos en un único objetivo/compromiso y otra tan sólo uno o incluso ninguno. Este hecho, provocaría que varios proyectos/objetivos relacionados con un mismo compromiso, fueran menos atractivos económicamente. Por ello, dependiendo de la situación de cada organización de servicios, se podrán asignar los puntos a los proyectos que se estime

oportuno, permitiéndose así equilibrar penalizaciones de financiación, primar proyectos que mejor se alineen con las áreas priorizadas por cada Dirección Territorial para el desarrollo de su Plan de Compra Territorial, etc. Esto es, ofrece a las Direcciones Territoriales un margen suficiente para la negociación con las diferentes organizaciones de servicios de su anexo de calidad, o lo que es lo mismo, de los objetivos que deben cumplirse para obtener la financiación que representa dicho anexo.

Finalmente se han adecuado las puntuaciones otorgadas a cada línea de actuaciones, teniendo en cuenta la repercusión de los mismos en la obtención de ganancias en salud, en la mejora continua y en el abordaje de actuaciones innovadoras alineadas con las líneas estratégicas 2009-2013.

FINANCIACIÓN

Al igual que para las modificaciones del anexo II, para proceder a redefinir los modelos de financiación de la actividad y las políticas de precios, se ha formado un grupo de trabajo ad hoc, formado por técnicos del Departamento de Sanidad y Consumo, de las tres Direcciones Territoriales y de algunas Organizaciones de Servicios de Osakidetza. Se mantienen los modelos de financiación y criterios de precios para la Atención Primaria, los Hospitales de Media y Larga Estancia, Los Hospitales Psiquiátricos y la Salud Mental Extrahospitalaria. Para las áreas de consultas y urgencias no ingresadas de los Hospitales de Agudos, este año, se pasa de un modelo de pago por actividad a un modelo de pago capitativo. El cálculo de dicho pago se ha realizado atendiendo a la población de referencia de cada hospital (EUSTAT Diciembre 2007) a la cual se ha realizado una ponderación en base al coste global estimado para el 2010 de cada una de las áreas (consultas y urgencias). De esta manera, como primer año, se asume el menor riesgo financiero posible, al tener la referencia del gasto histórico de cada una de las áreas. En adelante se irán afinando los cálculos hacia la consecución de precios de referencia lo más capitativos posibles

La financiación del anexo II no varía sustancialmente de años anteriores. La pretensión clara de todos los responsables del Departamento de Sanidad y Consumo y de Osakidetza es aumentar el peso específico de la financiación del anexo II respecto a la financiación global de cada Organización de Servicios, pero, dada la gran

cantidad de modificaciones que presenta este anexo en el 2010, con un criterio de prudencia, se ha decidido mantener en el 1%, en el caso de Atención Primaria y Hospitales de agudos, y pasar del 0,75% al 1% en el resto de Organizaciones de Servicio.

Se dejan de valorar en este anexo II los apartados de “certificaciones y evaluaciones” y “estudios contratados”, aunque la financiación finalista que tenían en el 2009 (32.000 € para certificaciones y 35.000 € para estudios) se añadirá al 1% del total contrato programa que se destina a incentivar los compromisos de este anexo. En 2010 y con el objetivo no penalizar a las organizaciones de servicios que se presenten a la obtención de una certificación de calidad tipo Q de plata o de oro, Premio Europeo a la Excelencia en la Gestión y Premio Iberoamericano, se valorará la financiación correspondiente en línea con lo realizado hasta la fecha. En este sentido, son pocas las organizaciones de servicio que podrían verse afectadas por esta situación. En concreto, esta situación sería aplicable a la comarca Ekialde, que opta al premio europeo y a los hospitales de Galdakao y Alto Deba, que optan al premio iberoamericano y a la Q de oro respectivamente.

Por último, no se incluirán, a modo de objetivos, la parte de proyectos e iniciativas que requieran para su desarrollo de una financiación adicional relevante en concepto de gastos de estructura: personal y equipamiento, principalmente.

El desarrollo o implementación de estos proyectos se financiarán a lo largo del año a través de adendas adicionales para cuya realización deben darse las siguientes condiciones:

1. Que exista disponibilidad presupuestaria para ello.
2. Que exista un acuerdo entre la Dirección Territorial y la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza.
3. Respondan a proyectos incluidos en las prioridades del Plan de Contratación Territorial y los programas priorizados por la Dirección de Asistencia de Osakidetza para 2010.

ANEXOS

ATENCIÓN PRIMARIA

ANEXO I: COBERTURA POBLACIONAL Y OFERTA DE SERVICIOS

El anexo I de Atención Primaria cambia su anterior denominación de “cartera de servicios y actividad” por la de “cobertura poblacional y oferta de servicios”, ya que como mayor novedad, este año desaparece la estimación del volumen de actividad de las consultas del apartado 3.1.1. Dado que la financiación de la actividad de las consultas de los centros de salud, se hace con base capitativa y la información de la misma está monitorizada en el Cuadro de Mando Corporativo de Osakidetza, se hace innecesaria la estimación de su volumen.

También se suprime el apartado de derivaciones a la atención especializada, ya que hasta ahora no tenía ninguna repercusión su grado de cumplimiento y por lo tanto no se evaluaba formalmente. Las tasas de derivaciones de cada Comarca al segundo nivel se establecerán como compromisos máximos de derivación en el anexo II.

Por último, a partir de este año también se prescinde del detalle del apartado “servicios ofertados”, por ser excesivamente laboriosa su cumplimentación y no aportar un valor apreciable a la finalidad del contrato programa.

El anexo se compone entonces de los siguientes apartados:

1. Centros que integran la Comarca
2. Población de la Comarca
3. Oferta de servicios

En el primero se recogerá el listado de UAPs de la comarca correspondiente con sus consultorios dependientes y también los Puntos de Atención Continuada con su área de influencia

En el segundo apartado se recogerá la población asignada a cada UAP y sus cupos de medicina general y pediatría, a fecha 31.12.2009, así como su distribución en oferta asistencial de mañana o de tarde.

En el tercer apartado se describe la estructura de los servicios ofertados:

- Los tipos de consultas, sin la estimación de su volumen de actividad
- Los servicios que prestan las Áreas de Atención al cliente
- Las UAPs que cuentan con trabajo social
- La docencia pregrado y postgrado
- Los centros de salud que cuentan con consultas de especialidad
- Los centros de salud que cuentan con servicio de salud buco-dental
- Los centros de salud que cuentan con servicios comunes como la inspección médica o salud laboral

ANEXO II: CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS

Con la base de los planes de compra territoriales, se revisan los indicadores del anexo de calidad de los contratos programa del 2009, realizando una propuesta de cambio y adecuación.

Se suprimen o sustituyen los siguientes indicadores y por los siguientes motivos:

Satisfacción: Se considera que el instrumento de medición actual (encuestas) ha agotado su recorrido, puesto que de un análisis de estos últimos años se observan unos altos niveles de satisfacción con escasa variabilidad interanual. Además, no están definidas actuaciones de intervención dirigidas a su mejora.

Se plantea interesante abordar una revisión/análisis de las dimensiones de la satisfacción, a través de otras herramientas de estudio, con metodología de investigación cualitativa.

Historia clínica: El uso de Osabide ya se evalúa a través de la oferta preferente, esto es, el correcto cumplimiento de la Oferta Preferente implica el correcto uso de la HC. No obstante, se apunta que debería avanzarse en este punto en la evaluación calidad

de su uso, sin embargo, no está clara la definición de un indicador de medida. Se apunta también que el desarrollo de los ACGs aportará mucho en el futuro.

Coordinación entre niveles: Se acuerda cambiar el nombre por Integración de niveles o continuidad o asociación. Se decide suprimir el indicador de realización y revisión de protocolos inter-niveles. Lleva muchos años sin apenas modificaciones, su cumplimiento es general y, sobre todo, se percibe cierta rutina en su cumplimiento que hace que su efectividad disminuya. En este punto se decide que debería incluirse un indicador de derivación. Se acuerda incluir el siguiente:

- Tasa de derivaciones por 1000 TISes.

Dada la gran variabilidad de resultados entre las distintas Comarcas que muestra el Cuadro de Mando Corporativo (C.M.C), se acuerda que para el CONTRATO PROGRAMA 2010 cada Dirección Territorial fijará sus estándares. Como este indicador se toma del informe ISO de Osakidetza, se propone que desde Osakidetza se realice una valoración de los resultados de este indicador para facilitar la elección de los estándares correspondientes y la posterior evaluación de los resultados. Se decide incluir este indicador porque se dispone de un sistema de monitorización más automatizado y desde la Dirección General de Osakidetza se anima a utilizarlo.

Salud Pública: Abordaje de la violencia doméstica y sexual. La decisión de suprimir este apartado se basa en que se trata de indicadores que responden a solicitudes de información o requerimientos que se hacen desde otras instituciones o niveles. Por otro lado se ha demostrado la dificultad de obtención de los datos necesarios para la medición de estos indicadores, por lo que resulta muy difícil señalar estándares concretos para su evaluación.

Normalización del Euskera: La razón principal para eliminarlo del contrato programa es la de aplicar el criterio general de no incluir en el contrato programa compromisos, acciones y estándares no ligados claramente y directamente con la calidad asistencial. Lo que hasta ahora motivaba fundamentalmente su inclusión en el contrato programa era la existencia de una normativa específica que regula el cumplimiento de la euskaldunización de la sanidad pública (Decreto 67/2003, de 18 de marzo) y será el cumplimiento de esta normativa lo que debe obligar a las organizaciones de servicio de Osakidetza. Además este decreto pierde su vigencia a partir del 2010.

Se mantienen con modificaciones los siguientes indicadores:

Accesibilidad: Se mantiene en el contrato programa pero priorizando sus objetivos. En este sentido, se pretende centrar los esfuerzos en evitar que existan demoras para la demanda espontánea y para el acceso telefónico.

Se acuerda mantener este concepto pero concretar su medición en dos indicadores:

1. Accesibilidad a consulta en el día
2. Accesibilidad telefónica

Se decide, asimismo, que la fuente de información del indicador sea el sistema de evaluación de la ISO de Osakidetza y no las encuestas de satisfacción.

Se plantea para el año 2011 la introducción de indicadores de accesibilidad a cita web.

Uso racional del medicamento: Los indicadores de este apartado aumentan respecto al 2009, con la novedad de que se subdividen en dos grupos, uno para adultos (15 indicadores) y otro para niños (7 indicadores). Se mantienen indicadores de consumo y se profundiza en nuevos indicadores de prescripción.

Seguridad Clínica: El objetivo de este grupo de indicadores es identificar buenas prácticas en relación a la Seguridad Clínica en la red de Osakidetza. Se incluyen los 7 indicadores que ya se evaluaban en los HHAA en el 2009, esto es, pasar de los 2 actuales a los 7 propuestos.

Oferta preferente: Se mantiene la Oferta Preferente como parte importante del anexo II en Atención Primaria, no solo como reflejo de los objetivos del Plan de Salud 2020-2010, si no como mejor herramienta disponible para la consecución y evaluación de la primera área de salud priorizada en la actual legislatura: la prevención y promoción de la salud. Se decide mantener la actual versión de la Oferta Preferente y sustituirla por la nueva versión 2009-2012 cuando esté preparada para su incorporación en OSABIDE

Con respecto a la valoración de la OP, también se plantea que el correcto cumplimiento de algunos ítems de la misma, en ocasiones, puede verse dificultado por el abordaje de actuaciones integrales en la gestión de enfermos crónicos. Para no

penalizar estas iniciativas, se otorgará la máxima puntuación correspondiente a la OP a aquellos centros de salud que justifiquen esta circunstancia.

Hasta aquí la revisión de los compromisos existentes hasta la fecha. A los que se ha decidido mantener con las correspondientes modificaciones, hay que añadir los **nuevos compromisos** y objetivos que las Direcciones Territoriales han seleccionado en alineación con las estrategias priorizadas para esta legislatura, que se enumeran a continuación:

- Cuidados Paliativos
- Abordaje integral de enfermedades crónicas
- Nuevos modelos organizativos
- Nuevas tecnologías
- Desarrollo del espacio socio-sanitario
- Sanidad 2.0
- Estudios de opinión

El resultado final de actuaciones y objetivos se ha agrupado en tres áreas:

1. Programas priorizados.
2. Optimización y mejora de recursos.
3. Participación, accesibilidad y opinión. Empoderamiento de la ciudadanía.

Sobre un total de 100 puntos del anexo II de Atención Primaria, los puntos que cada Comarca Sanitaria podrá obtener cumpliendo todos los estándares de estos tres grupos de compromisos es de 55 y el máximo de puntos que se pueden obtener con el cumplimiento de los compromisos de la Oferta Preferente es de 45

La distribución de puntos, sobre base 55, entre las tres grandes áreas prioritarias es la siguiente:

1. Programas priorizados: 20 puntos
2. Optimización y mejora de recursos: 26 puntos
3. Participación, accesibilidad y opinión: 9 puntos

A continuación se expresa en forma de tabla el listado de compromisos del anexo II con su ponderación en puntos.

CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS	Estándar	Valoración (en puntos)
1.- PROGRAMAS PRIORIZADOS		20
1.1 SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE	5	5
1.2. PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS		
1.3. ABORDEJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	A determinar según indicador por la DT	15
1.4. DESARROLLO DEL ESPACIO SOCIO-SANITARIO		
2.- OPTIMIZACIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS		26
2.1.- USO TECNOLOGÍAS	A determinar según indicador por la DT	3
2.2.- INTEGRACIÓN/CONTINUIDAD/ ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES Y NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS	A determinar según indicador por la DT	1+4
2.3.- USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO		16
2.4.- ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD AL NUEVO MODELO ASISTENCIAL	Se valorará conjuntamente entre la DT y la subdirección de calidad de Osakidetza	2
3.- PARTICIPACIÓN, ACCESIBILIDAD, OPINIÓN (EMPODERAMIENTO CIUDADANÍA)		9
3.1. OPINION DE USUARIOS	A determinar según indicador por la DT	3
3.2. ACCESIBILIDAD y SANIDAD 2.0		4+2
TOTAL PUNTOS		55

ANEXO III: FINANCIACIÓN

No hay modificaciones de criterios o modelos de financiación de las Comarcas de Atención Primaria respecto a años anteriores.

1. Cobertura poblacional

Se financiarán los servicios básicos (medicina general, enfermería y pediatría, tanto en el centro como en el domicilio del paciente) mediante pago capitolativo (precio TIS).

El precio de referencia para la TIS en la CAPV, queda fijado en 152 euros.

El precio de referencia es un precio orientativo, basado en índices de tendencia central de los costes de la cobertura básica de las comarcas.

La Dirección Territorial correspondiente podrá tomar el mismo tanto al alza como a la baja en función de la casuística de costes de cada comarca y de criterios de equidad, eficiencia y de coherencia con los precios TIS de años anteriores.

2- Programas especiales diferenciados

Dentro de este apartado se financiarán los servicios en los que sea posible determinar con objetividad un volumen de actividad y/o cobertura y un precio para la unidad de compra que se establezca.

En los contratos programa de 2009 se incluye el Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI), que se desarrolla con medios propios en los centros asistenciales de las comarcas de atención primaria de Osakidetza-SVS. Se tendrá en cuenta la ampliación de edad, prevista para este año, de cobertura del programa.

3- Bloque de programas

Dentro de este apartado se financiarán aquellos conceptos en los que no sea posible determinar un volumen de actividad y un precio. Se financiarán, entre otros, los siguientes conceptos:

- Apoyo atención especializada.
- Puntos de atención continuada.
- Centros de orientación familiar.
- Servicios comunes de gestión: áreas de atención al cliente, salud laboral, inspección y otros.
- Formación y docencia.
- Otros: en este apartado deberá quedar especificado el concepto que recoja.

4- Financiación del anexo II

La financiación destinada al cumplimiento de los objetivos del anexo II será del 1% de la financiación total del contrato programa más una cantidad fija de 67.000 € (correspondientes a los 32.000 € que se destinaban a certificaciones y 35.000 € que se dedicaban a estudios)

Los resultados obtenidos repercutirán en la facturación final del contrato programa.

Distribución de la financiación por calidad:

ANEXO II	1% DEL C-P + 67.000 €
CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS	0,55%
OFERTA PREFERENTE	0,45%

La fórmula para calcular el volumen de facturación correspondiente a la calidad es la siguiente:

$$\frac{\text{Puntos obtenidos} \times \text{Financiación calidad (1\% del Total C-P + 67.000 €)}}{\text{Puntos posibles (100 puntos)}}$$

5- Compromiso de gasto de farmacia

En los contratos programa de 2010, el contenido del apartado que figura en el Anexo III, financiación, que hace referencia al compromiso de gasto y al uso adecuado de las prestaciones farmacéuticas se complementará con el establecimiento de un presupuesto de gasto de farmacia.

El importe recogido en concepto de gasto de farmacia atribuible, reflejará el compromiso de los centros de la comarca, de acuerdo a las previsiones y perfiles terapéuticos de los médicos generales y pediatras prescriptores.

Este importe se establecerá una vez conocido el gasto incurrido en el ejercicio precedente y en consideración del impacto previsible de las medidas de racionalización de la prescripción y de contención del crecimiento del gasto farmacéutico que pudieran adoptarse.

Para el establecimiento de este compromiso se tomarán como referencia los costes observados en el ejercicio anterior en los siguientes grupos de población:

- Activos
- Pensionistas
- Pediatría

Así como, el número de TISes de cada grupo de población y los incrementos pactados por la Dirección Territorial de Sanidad y Consumo con la comarca para el 2010.

Estos pactos tendrán como referencia los costes medios de la TIS observados en cada uno de los grupos de población en el ejercicio anterior.

6. Incentivos al ahorro del gasto presupuestado en farmacia

Si los resultados del gasto farmacéutico de las comarcas fueran desviaciones negativas (menor gasto) respecto al presupuesto teórico asignado se procederá a un reparto del 20% de dicha desviación negativa.

La distribución de esta asignación se realizará entre las diversas comarcas en función de los siguientes criterios:

Presupuesto de Farmacia: 15%

Se establece que la cantidad destinada a este apartado sea del 15%. El reparto del importe resultante se llevará a cabo entre las comarcas con gastos farmacéuticos menores de los presupuestos teóricos asignados y de forma proporcional a la cuantía de los mismos en relación al total.

Costes TIS: 5%

Se establece que el 5% del importe citado anteriormente sea destinado a reconocer económicamente la gestión del coste TIS realizada en el año 2010 y en ejercicios anteriores. El reparto de esta cantidad se llevará a cabo teniendo como referencia las desviaciones de coste TIS de estas comarcas en relación al coste TIS medio de la CAPV del año en curso.

7. Periodo de evaluación

Será 1 de octubre de 2009 a 30 de septiembre de 2010, salvo las excepciones que se recojan en el documento "Manual de evaluación Anexo II contrato programa 2010 atención primaria".

Los resultados de la evaluación de la calidad se introducirán en la aplicación P04 "Sistema de información de Contratación Sanitaria", una vez reformada y adaptada a los cambios.

HOSPITALES DE AGUDOS

ANEXO I: OFERTA DE SERVICIOS Y ACTIVIDAD

Las novedades principales respecto al año 2009 consisten en que se ha simplificado la descripción de los servicios ofertados, se suprime la cuantificación del volumen de actividad de consultas y urgencias no ingresadas, ya que estas dos áreas no se van a financiar por actividad, y por último se suprime el anterior apartado tres de monitorización de los fármacos de uso hospitalario indicados a pacientes ambulatorios. Se obtendrá su cuantificación total para el anexo de financiación, pero no será necesario describir el uso pormenorizado de los mismos.

El anexo I queda dividido en dos grandes apartados: oferta de servicios y actividad.

OFERTA DE SERVICIOS:

1. Consultas
 - a. Relación de especialidades que ofertan consulta en el hospital
 - b. Relación de especialidades que ofertan consulta fuera del hospital

2. Hospitalización
 - a. Hospitalización convencional
 - b. Hospital de Día
 - c. Hospitalización a Domicilio

3. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos
 - a. Servicios generales clínicos
 - b. Servicios de referencia
 - c. Tratamientos y estudios de referencia

4. Rehabilitación
5. Docencia
6. Investigación

ACTIVIDAD:

El volumen de actividad a contratar se recogerá en los contrato programa firmados por cada Dirección Territorial.

1. Hospitalización

La versión de GRDs a utilizar durante el año 2010 es la 21.

- Genérica: Peso GRD: peso médico y quirúrgico.
- Psiquiátrica: Peso GRD.

2- Programas especiales

Las actividades que se recogerán como Programas Especiales Diferenciados son aquellas en las que se puede establecer un volumen y precio.

Las unidades de facturación de los programas especiales deben adaptarse a las normas del documento “Tarifas para facturación de servicios sanitarios y docentes de Osakidetza 2009”.

Actualmente, según dicho documento, las unidades de compra vigentes son los siguientes:

Rehabilitación	Sesión de rehabilitación
	Rehabilitación/día
Hemodinámica	Cateterismos
Desfibriladores cardiacos implantables	Unidades
Angioplastias	Pacientes
Hemodiálisis	Sesiones
Diálisis Peritoneal	Pacientes
Resonancias magnéticas	Exploraciones
Angioradiología	Estudios
Radioterapia	Sesiones
Litotricia	Pacientes
Metabolopatías	Recién nacidos
Extracción de órganos	Nº de donantes
Detección Precoz de Cáncer de Mama	Exploraciones
Hospitalización a Domicilio	Altas

Hospital de Día Médico	Actos
Cirugía menor	Intervenciones
Farmacia ambulatoria monitorizada en pacientes externos (tabla de 7 grupos)*	Nº pacientes mes
Otros fármacos ambulatorios monitorizados (a discreción de la DTS)	Nº pacientes mes

3- Bloque de programas

En este apartado se recogerán los siguientes programas:

- Servicios de referencia para el año 2010 para los hospitales generales

Los servicios de referencia recogerán su ámbito de influencia, diferenciando los servicios que exceden del ámbito geográfico habitual del hospital. Estos ámbitos pueden ser supracomunitario, comunitario, territorial, comarcal ó UASP determinadas.

- Unidad de Cuidados Intensivos – UCI
 - Unidad Coronaria
 - Reanimación
 - Neonatología
 - Unidad del Dolor
 - Reproducción humana
 - Cirugía Cardíaca
 - Cirugía Cardiovascular
 - Cirugía Vasculat
 - Neurocirugía
 - Cirugía Pediátrica
 - Cirugía Plástica
 - Grandes Quemados
 - Cirugía Torácica
 - Psiquiatría Infanto-juvenil
 - Trastornos de la alimentación
 - Genética molecular
- Otros servicios
 - Otra farmacia ambulatoria no sujeta a monitorización (se excluyen los fármacos de los 7 grupos de la tabla).

- Apoyo a la atención primaria: se deberá definir en cada caso qué servicios de apoyo son incluidos.
- Apoyo a servicios concertados: se deberá definir en cada caso cuales son.
- Farmacovigilancia.
- Apoyo a la política de euskaldunización.
- Docencia MIR y otras actividades docentes.
- Unidades y comisiones de Investigación.
- Aquellos servicios en los que no sea posible cuantificar la actividad y su precio: especificar.

ANEXO II: CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS

Con la base de los planes de compra territoriales, se revisan los indicadores del anexo de calidad de los contratos programa del 2009, realizando una propuesta de cambio y adecuación.

Se suprimen o sustituyen los siguientes indicadores y por los siguientes motivos:

Atención al usuario: Al igual que el apartado de satisfacción en Atención Primaria, los tres indicadores de este apartado se suprimen porque se considera que el instrumento de medición actual (encuestas) han agotado su recorrido, puesto que de un análisis de estos últimos años se observan unos altos niveles de satisfacción con escasa variabilidad interanual. Además, no están definidas actuaciones de intervención dirigidas a su mejora.

Tasa de ambulatorización y porcentaje de cancelaciones quirúrgicas: Se decide eliminar los dos indicadores contemplados en el apartado “Mejora de procesos” en el 2009. Son indicadores importantes para la gestión interna de la actividad hospitalaria, pero no parece pertinente monitorizarlos en un contrato programa (como las estancias medias, la presión de urgencias o tantos otros indicadores). Se conserva el epígrafe “mejora de procesos” para integrar en él a los procesos anteriormente denominados “singularizados”.

Protocolos de coordinación inter-niveles: Se suprime el único indicador que medía la coordinación inter-niveles en el 2009. Lleva muchos años sin apenas

modificaciones, su cumplimiento es general y, sobre todo, se percibe cierta rutina en su cumplimiento que hace que su efectividad disminuya.

Normalización del Euskera: La razón principal para eliminarlo del contrato programa es la de aplicar el criterio general de no incluir en el CONTRATO PROGRAMA compromisos, acciones y estándares no ligados claramente y directamente con la calidad asistencial. Lo que hasta ahora motivaba fundamentalmente su inclusión en el CONTRATO PROGRAMA era la existencia de una normativa específica que regula el cumplimiento de la euskaldunización de la sanidad pública (Decreto 67/2003, de 18 de marzo) y será el cumplimiento de esta normativa lo que debe obligar a las organizaciones de servicio de Osakidetza. Además este decreto pierde su vigencia a partir del 2010.

Salud Pública:

Abordaje de la violencia doméstica y sexual. La decisión de suprimir este apartado se basa en que se trata de indicadores que responden a solicitudes de información o requerimientos que se hacen desde otras instituciones o niveles. Por otro lado se ha demostrado la dificultad de obtención de los datos necesarios para la medición de estos indicadores, por lo que resulta muy difícil señalar estándares concretos para su evaluación.

Cribado neonatal. Como el resto de programas de base poblacional y en la que la Organización Central de Osakidetza planifica su génesis y participa en su gestión, se traslada al contrato programa corporativo con SSCC.

Registro de personas que hayan padecido accidentes de tráfico y Vigilancia microbiológica: se trata de indicadores que lleva mucho tiempo con un recorrido de mejora mínimo, y se valora que no deberían perseguirse desde el contrato programa

Se mantienen con modificaciones los siguientes indicadores:

Accesibilidad: En este punto se mantienen compromisos de demoras en los tres apartados (LEQ; LECE; LEPC) pero se cambian los indicadores, a excepción de la demora media de los pacientes en lista de espera quirúrgica. En demoras máximas se comprometen los mismos objetivos que tiene marcados la propia Osakidetza pero sin utilizar los de demoras máximas generales (de todos los procesos), es decir se establecen en contrato programa los compromisos de demoras máximas de procesos oncológicos y cardiológicos. Se entiende que, en general, estos procesos no se

derivan a centros concertados, de forma que la buena gestión de los mismos para mantenerse en los rangos de demora aceptados depende exclusivamente del propio hospital.

Seguridad Clínica: Se siguen manteniendo los siete indicadores relacionados con el Plan de Seguridad. Se plantea de cara a futuro estudiar la obtención de un indicador sintético de evolución de los criterios que sustituya los actuales indicadores. Se incluyen también en este apartado, los indicadores de Infección Nosocomial (IN) y los dos indicadores relacionados con seguridad del área de atención de enfermería (UPP y caídas). En cuanto a la IN se estandarizan objetivos ligados a resultados en las cirugías de cadera y colon.

Uso racional de medicamento: Respecto al 2009 se reduce el número de indicadores de siete a cinco. El uso de EFG, novedades de NBMT y reacciones adversas, que antes se medían con dos indicadores cada uno, se dejan con un indicador; se mantiene igual el uso de DOE y se añade como novedad el uso de omeprazol.

PROCESOS SINGULARIZADOS: Se mantienen los cinco procesos singularizados que figuraban en años anteriores como resultado de las directrices emitidas por el Plan de Salud, ya que los cinco procesos coinciden de una u otra forma con las líneas estratégicas del Departamento de Sanidad y Consumo. Pierden la denominación de “procesos singularizados” y se integran en el apartado de “mejora de procesos”.

Se constituyó una comisión técnica con el objetivo de revisar los indicadores de los procesos mencionados. Se trató de simplificar la evaluación de estos procesos, reduciendo el número de indicadores o modificando su formulación o sus estándares. Los criterios que han presidido esta revisión han sido que, gracias al esfuerzo de los profesionales implicados, ya se ha cumplido el objetivo que se quería alcanzar con el indicador o que su medición evidencia la dificultad.

En resumen, los indicadores que prevalecen para este año 2010 son los siguientes:

ICTUS	ESTÁNDAR
Antiagregantes en urgencias	≥ 90%
Valoración necesidad rehabilitación	≥ 50%
Inicio fisioterapia antes del alta	≥ 30 %
Altas con situación funcional al ingreso en	≥ 50%

informe de rehabilitación	
Altas con valoración funcional al alta medida mediante escala validada	≥ 50%

IAM	ESTÁNDAR
Tiempo de revascularización: - Tiempo puerta-balón - Tiempo puerta-aguja	≥ 50%
Proporción de pacientes con registro en informe de alta de: - Situación respecto al hábito tabáquico y consejo de abandono a fumadores. - Consejo respecto a dieta, ejercicio. - Qué hacer ante un nuevo episodio.	≥ 90%

EPOC	ESTÁNDAR
Protocolo de coordinación asistencial	Existencia
Valoración de la obstrucción al flujo aéreo	≥ 65 %
Plan de cuidados al alta	≥ 50 %
Información sobre autonomía	≥ 50 %
Gasometría arterial al alta	≥ 80 %
Procesos Oncológicos	ESTÁNDAR
Registro hospitalario del cáncer	Existencia
Mejora de soporte psico-emocional para el paciente oncológico	Existencia

Esquizofrenia. H. de Agudos	ESTÁNDAR
Tiempo de espera en urgencias	Medición
Evaluar la situación al alta mediante la escala CGI	≥ 50 %
% de ingresos hospitalarios programados desde SME	Medición
Tasa de reingresos en < 30 días desde el alta	≤ 5 %

Los compromisos hasta aquí señalados son comunes para todas las DT y de igual ponderación en los puntos otorgados, según grado de cumplimiento, para todos los hospitales de agudos. A estos hay que añadir los **nuevos compromisos** y objetivos que las Direcciones Territoriales han seleccionado en alineación con las estrategias priorizadas para esta legislatura, que se enumeran a continuación:

- Cuidados Paliativos
- Abordaje integral de enfermedades crónicas
- Nuevos modelos organizativos
- Nuevas tecnologías
- Desarrollo del espacio socio-sanitario

- Sanidad 2.0
- Estudios de opinión

El resultado final de actuaciones y objetivos se ha agrupado en tres áreas:

1. Programas priorizados.
2. Optimización de recursos
3. Participación, accesibilidad y opinión. Empoderamiento de la ciudadanía

La distribución de puntos, sobre base 100, entre las tres grandes áreas prioritarias es la siguiente:

1. Programas priorizados: 50 puntos
2. Optimización y mejora de recursos: 39 puntos
3. Participación, accesibilidad y opinión: 11 puntos

A continuación se expresa en forma de tabla el listado de compromisos del anexo II con su ponderación en puntos.

CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS	Estándar	Valoración (en puntos)
1.- PROGRAMAS PRIORIZADOS		50
1.1.- SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE		10
1.2.- MEJORA DE PROCESOS		10
1.3.- PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS	A determinar según indicador por la DT	30
1.4.- ABORDEJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	A determinar según indicador por la DT	
1.5.- DESARROLLO DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO	A determinar según indicador por la DT	
2.- OPTIMIZACIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS		39
2.1.- INTEGRACIÓN/CONTINUIDAD/ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES Y NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS, OPTIMIZACIÓN DE RECURSOS (incluida coordinación con concertados)	A determinar según indicador por la DT	20
2.2.- USO TECNOLOGÍAS	A determinar según indicador por la DT	

2.3.- USO RACIONAL DE LA CONCERTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS	A determinar según indicador por la DT	
2.4.- USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO		17
2.5.- ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD AL NUEVO MODELO ASISTENCIAL	Se valorará conjuntamente entre la DT y la subdirección de calidad de Osakidetza	2
3.- PARTICIPACIÓN, ACCESIBILIDAD, OPINIÓN (EMPODERAMIENTO CIUDADANÍA)		11
3.1- ACCESIBILIDAD y SANIDAD 2.0		6+2
3.2.- OPINION DE USUARIOS	A determinar según indicador por la DT	3
TOTAL PUNTOS		100

ANEXO III: FINANCIACIÓN

Para la elaboración de los precios a aplicar se ha estudiado la estructura de costes de los diferentes hospitales a lo largo de varios años, observándose diferencias entre ellos, una aplicables a su oferta de servicios y otras más de carácter estructural. En base a ello se ha optado por clasificar a los hospitales en tres grupos en función de su tamaño y complejidad. De esta forma, se consideran tres grupos de hospitales:

HOSPITALES GENERALES 1: Cruces, Donostia.

HOSPITALES GENERALES 2: Santiago, Txagorritxu, Basurto, Galdakao.

HOSPITALES COMARCALES: San Eloy, Alto Deba, Bidasoa, Mendaro, y Zumarraga.

Con esta política de precios se pretende lograr una equidad en la contratación de servicios entre el conjunto de hospitales e ir avanzando hacia una convergencia de precios para productos de características similares, asegurando una adecuada prestación y la financiación necesaria de estos servicios.

Para ello se establecen precios de referencia como precios orientativos, basados en índices de tendencia central, y que tienen en cuenta el coste anual global de los hospitales. Este precio puede tomarse tanto al alza como a la baja en función de la casuística de costes de cada hospital. Para las áreas de consultas y urgencias no ingresadas el precio es fijo.

Cualquier modificación que se plantee con posterioridad a la firma del contrato deberá ser autorizada previa argumentación.

Las modalidades de financiación de los servicios de los hospitales agudos en el contrato programa de 2010, son las siguientes:

1.- Hospitalización:

En la hospitalización genérica, la unidad de compra de contratación de altas hospitalarias será el peso GRD.

▪ Hospitalización Genérica:

Peso GRD médico; peso GRD quirúrgico; peso GRD psiquiátrico

Los precios de referencia por tipo de hospital para este año 2010 son los siguientes:

TIPO DE HOSPITAL	Precio/peso médico	Precio/peso quirúrgico	Precio/peso psiquiátrico
Hospital General 1	3.153 €	3.170 €	5.335 €
Hospital General 2	2.582 €	2.977 €	5.335 €
Hospital Comarcal:	2.190 €	2.904 €	

Estos precios de referencia como se ha indicado anteriormente se adecuan al coste medio estimado para cada grupo de hospitales. Para la realización de esta estimación se ha considerado a nivel de gasto la última estimación de Osakidetza (V16) y para la estimación de la actividad se ha utilizado la previsión de producción de Osakidetza (Septiembre 2009).

Cada una de las Direcciones Territoriales negociará el precio del Peso GRD de la hospitalización genérica con el hospital en base a estos precios, garantizando una contratación de servicios eficiente y una financiación adecuada de este tipo de hospitalización.

2- Consultas y urgencias no ingresadas:

Para las áreas de consultas y urgencias no ingresadas de los Hospitales de Agudos, este año, se pasa de un modelo de pago por actividad a un modelo de pago capitativo. Para la realización de dicha estimación se ha tomado como referencia el porcentaje de coste que han representado estas áreas, en los años anteriores sobre el total del

hospital y se ha aplicado al coste estimado total para el año 2010. Estimado el precio medio, (dividiendo el cote total de las consultas o de las urgencias entre la población de Euskadi) se ha ponderado la población de referencia de cada centro, a fin de lograr la financiación suficiente, de acuerdo a la última estimación disponible de Osakidetza (V16).

De esta manera, como primer año, se asume el menor riesgo financiero posible, al tener la referencia del gasto histórico de cada una de las áreas. En adelante se irán afinando los cálculos hacia la consecución de precios de referencia lo más capitativos posibles

Población de referencia:

Hospital	Población de referencia	Hospital	Población de referencia
Santiago:	105.639	Alto Deba	62.749
Txagorritxu	170.169	San Eloy	126.832
Basurto	355.562	Bidasoa	76.465
Cruces	375.126	Mendaro	71.470
Galdakao	301.971	Zumárraga	91.889
Donostia	409.612		

C.2- Consultas externas

En el área de consultas se realiza un pago capitativo sin diferenciar entre consultas intrahospitalarias y extrahospitalarias.

El pago por población ponderada es de 149 euros.

HOSPITAL	Población de referencia	Factor de corrección	Población de referencia ponderada
Santiago:	105.639	1,2808	135.308
Txagorritxu	170.169	0,9572	162.888
Basurto	355.562	1,0412	370.227

Cruces	375.126	1,0997	412.545
Galdakao	301.971	0,7667	231.508
Donostia	409.612	1,2122	496.525
Alto Deba	62.749	0,9109	57.160
San Eloy	126.832	0,6944	88.070
Bidasoa	76.465	0,6945	53.108
Mendaro	71.470	0,8098	57.873
Zumárraga	91.889	0,8953	82.272

Urgencias no ingresadas

Solo se consideran las urgencias no ingresadas, dado que las ingresadas forman parte del área de hospitalización repercutiendo su coste al GRD médico o quirúrgico.

Para las urgencias no ingresadas se establece un pago capitativo de 55 euros por población ponderada.

HOSPITAL	Población de referencia	Factor de corrección	Población de referencia ponderada
Santiago:	105.639	1,2131	128.148
Txagorritxu	170.169	1,2107	206.016
Basurto	355.562	1,1135	395.917
Cruces	375.126	1,2822	480.991
Galdakao	301.971	0,6650	200.823
Donostia	409.612	0,7082	290.098
Alto Deba	62.749	1,3083	82.094
San Eloy	126.832	0,5967	75.682
Bidasoa	76.465	1,4519	111.018

Mendaro	71.470	1,1275	80.582
Zumárraga	91.889	1,0460	96.116

3- Programas especiales

En este apartado se recogerán los programas detallados en el apartado A.3 de la cartera de servicios. Tomando como referencia los precios pactados en el año 2009 se negociarán los nuevos precios en base a los planes de compra de cada Dirección Territorial.

Como novedad se añade en este apartado la financiación de la cirugía menor por Se establece un precio de referencia de 136 euros por cada intervención.

Con el fin de poder garantizar una correcta gestión de la actividad de Osatek, S.A., se deberá planificar el número de resonancias a efectuar por cada centro hospitalario, quedando recogido dicho compromiso en el contrato programa, especificando los distintos tipos de exploraciones que se contratan con arreglo a la cartera de servicios de Osatek (V. apartado Osatek).

4- Bloque de programas

Se recogerán los programas y/o actividades que se van a financiar independientemente de la actividad que generen.

En este apartado se incluyen los gastos fijos de las unidades de investigación que dependan de los hospitales.

5- Financiación del anexo II:

La financiación destinada al cumplimiento de los objetivos del anexo II será del 1% de la financiación total del contrato programa más una cantidad fija de 67.000 € (correspondientes a los 32.000 € que se destinaban a certificaciones y 35.000 € que se dedicaban a estudios)

Los resultados obtenidos repercutirán en la facturación final del contrato programa.

La fórmula para calcular el volumen de facturación correspondiente a la calidad es la siguiente:

$$\frac{\text{Puntos obtenidos} \times \text{Financiación calidad (1\% del Total C-P + 67.000 €)}}{\text{Puntos posibles (100 puntos)}}$$

HOSPITALES DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA

ANEXO I: OFERTA DE SERVICIOS Y ACTIVIDAD

Este anexo recogerá los servicios ofertados por el hospital en sus diferentes áreas para el ejercicio 2010: hospitalización, consultas externas, urgencias, programas especiales y bloque de programas.

El tipo y volumen de actividad a contratar se recogerá en los contrato programa firmados por cada Dirección Territorial.

1. Hospitalización

Los servicios y las unidades de medida de la actividad de hospitalización serán:

Hospitalización genérica	Nº Altas y nº Pesos GRD
Cuidados Paliativos	Número de estancias
Rehabilitación	Nº de altas/nº de estancias
Larga Estancia	Número de estancias

2. Consultas y urgencias no ingresadas

Las modalidades de consultas a contratar deberán ser detalladas por especialidades.

3. Programas especiales

Las actividades que se recogerán como programas especiales son aquellas en las que se puede establecer un volumen y precio.

Las unidades de facturación de los programas especiales deben adaptarse a las normas del documento "Tarifas para facturación de servicios sanitarios y docentes de Osakidetza 2009". (Tarifas2009.doc)

Actualmente, según dicho documento, las unidades de compra vigentes son las siguientes:

- Rehabilitación	Sesión de rehabilitación
	Rehabilitación/día

- Pruebas complementarias:	
- Ecocardiogramas	Exploraciones
- Holter	Exploraciones
- Ergometrías	Exploraciones
- Estudio de contactos TBC	Número de estudios
- Estancias socio-sanitarias	Estancias

4. Bloque de programas

En este apartado se recogerán los programas y/o actividades que se van a financiar independientemente de la actividad que generen. Pueden ser los siguientes:

Apoyo a la atención primaria:

Determinaciones de laboratorio

Exploraciones radiológicas

Extracciones

Salud Laboral

Docencia

Investigación

Otros

Independientemente de la modalidad de financiación de estos programas, se tenderá a elaborar información acerca de la actividad realizada en los mismos.

ANEXO II: CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS

Con la base de los planes de compra territoriales, se revisan los indicadores del anexo de calidad de los contratos programa del 2009, realizando una propuesta de cambio y adecuación.

Se suprimen o sustituyen los siguientes indicadores y por los siguientes motivos:

Satisfacción: Se considera que el instrumento de medición actual (encuestas) ha agotado su recorrido, puesto que de un análisis de estos últimos años se observan unos altos niveles de satisfacción con escasa variabilidad interanual. Además, no están definidas actuaciones de intervención dirigidas a su mejora.

Se plantea interesante abordar una revisión/análisis de las dimensiones de la satisfacción, a través de otras herramientas de estudio, con metodología de investigación cualitativa.

Duración e intensidad medias de la rehabilitación intra y extrahospitalarias: Se decide suprimir este grupo de cuatro indicadores, integrados en el epígrafe “gestión de recursos”, por las dificultades en la obtención de los datos para su medición.

Normalización del Euskera: La razón principal para eliminarlo del contrato programa es la de aplicar el criterio general de no incluir en el contrato programa compromisos, acciones y estándares no ligados claramente y directamente con la calidad asistencial. Lo que hasta ahora motivaba fundamentalmente su inclusión en el CONTRATO PROGRAMA era la existencia de una normativa específica que regula el cumplimiento de la política lingüística en la sanidad pública (Decreto 67/2003, de 18 de marzo) y será el cumplimiento de esta normativa lo que debe obligar a las organizaciones de servicio de Osakidetza. Además este decreto pierde su vigencia a partir del 2010.

Listas de espera consultas externas: Se acuerda sustituir, de cara al 2011, los indicadores actuales por un indicador del Cuadro de Mandos Corporativo (CMC) (el 80% de demoras < 30 días o 20% para las especialidades médicas) Se acuerda definir el indicador y su medición tal y como aparece en el manual del CMC.

Se mantienen con modificaciones los siguientes indicadores:

Área de cuidados: Los dos indicadores de esta área (Tasa de Caídas y Tasa de UPP) se incorporan al apartado de seguridad clínica del paciente bajo el epígrafe de **indicadores del área de enfermería**, y a su vez dentro del primer apartado de **seguridad clínica del paciente**.

Infección Nosocomial: Se mantiene la evaluación de la IN en los mismos términos del 2009. En adelante se estudiará la fijación de estándares ligados a resultados. Se integra dentro del apartado de seguridad clínica del paciente.

Seguridad Clínica del paciente: El objetivo de este grupo de indicadores es identificar buenas prácticas en relación a la Seguridad Clínica en la red de Osakidetza. Se incluyen los 7 indicadores que ya se evaluaban en los HHAA en el 2009, esto es, pasar de los 2 actuales a los 7 propuestos.

Además se integran en este apartado los indicadores del área de enfermería y los de Infección Nosocomial.

Uso racional de medicamento: Respecto al 2009 se reduce el número de indicadores de siete a cinco. El uso de EFG, novedades de NBMT y reacciones adversas, que antes se medían con dos indicadores cada uno, se dejan con un indicador; se mantiene igual el uso de DOE y se añade como novedad el uso de omeprazol.

Los compromisos hasta aquí señalados son comunes para todas las DT y de igual ponderación en los puntos otorgados, según grado de cumplimiento, para todos los hospitales de media y larga estancia. A estos hay que añadir los **nuevos compromisos** y objetivos que las Direcciones Territoriales han seleccionado en alineación con las estrategias priorizadas para esta legislatura, que se enumeran a continuación:

- Cuidados Paliativos
- Abordaje integral de enfermedades crónicas
- Nuevos modelos organizativos
- Nuevas tecnologías
- Desarrollo del espacio socio-sanitario
- Sanidad 2.0
- Estudios de opinión

El resultado final de actuaciones y objetivos se ha agrupado en tres áreas:

1. Programas priorizados.
2. Optimización de recursos.
3. Participación, accesibilidad y opinión. Empoderamiento de la ciudadanía.

La distribución de puntos, sobre base 100, entre las tres grandes áreas prioritarias es la siguiente:

1. Programas priorizados: 40 puntos
2. Optimización y mejora de recursos: 40 puntos
3. Participación, accesibilidad y opinión: 20 puntos

A continuación se expresa en forma de tabla el listado de compromisos del anexo II con su ponderación en puntos.

CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS	Estándar	Valoración (en puntos)
1.- PROGRAMAS PRIORIZADOS		40
1.1.- SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE		10
1.2.- PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS	A determinar según indicador por la DT	30
1.3.- ABORDEJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	A determinar según indicador por la DT	
1.4.- DESARROLLO DEL ESPACIO SOCIO SANITARIO	A determinar según indicador por la DT	
2.- OPTIMIZACIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS		40
2.1. - INTEGRACIÓN/CONTINUIDAD/ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES Y NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS, OPTIMIZACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS	A determinar según indicador por la DT	12
2.2.- USO TECNOLOGÍAS	A determinar según indicador por la DT	10
2.3.- USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO		16
2.4.- ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD AL NUEVO MODELO ASISTENCIAL	Se valorará conjuntamente entre la DT y la subdirección de calidad de Osakidetza	2
3.- PARTICIPACIÓN, ACCESIBILIDAD, OPINIÓN (EMPODERAMIENTO CIUDADANÍA)		20
3.1.- OPINION DE USUARIOS	A determinar según indicador por la DT	5
3.2.- ACCESIBILIDAD (LISTAS DE ESPERA CONSULTAS EXTERNAS)		10+5
TOTAL PUNTOS		100

ANEXO III: FINANCIACIÓN

La política de precios es un elemento clave para el proceso de negociación de los contratos programa. Dichos precios serán establecidos como precio de referencia por las Direcciones Territoriales de acuerdo a la casuística de costes de los hospitales. Las modalidades de financiación de los servicios de los hospitales de media y larga estancia en los contratos programa de 2010 son las siguientes:

1- Hospitalización

- Hospitalización genérica
- Cuidados paliativos
- Rehabilitación

Las unidades de pago para estos procesos serán:

- Estancia
- Alta

2- Consultas y urgencias no ingresadas

Las modalidades de consultas a financiar y su precio serán fijados por las Direcciones Territoriales,

3- Programas especiales

Las actividades que se recogerán como programas especiales diferenciados son aquellas en las que se puede establecer un volumen y precio.

4- Bloque de programas

En este apartado se recogerán los programas y/o actividades que se van a financiar independientemente de la actividad que generen.

5- Financiación del anexo II:

La financiación destinada al cumplimiento de los objetivos del anexo II será del 1% de la financiación total del contrato programa más una cantidad fija de 67.000 € (correspondientes a los 32.000 € que se destinaban a certificaciones y 35.000 € que se dedicaban a estudios

Los resultados obtenidos repercutirán en la facturación final del contrato programa.

La fórmula para calcular el volumen de facturación correspondiente a la calidad es la siguiente:

$$\frac{\text{Puntos obtenidos x Financiación calidad (1\% del Total C-P + 67.000 €)}}{\text{Puntos posibles (100 puntos)}}$$

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

ANEXO I: OFERTA DE SERVICIOS Y ACTIVIDAD

Este anexo recogerá los servicios ofertados por el hospital en sus diferentes áreas para el ejercicio 2010: hospitalización, Consultas de rehabilitación comunitaria y urgencias, programas especiales y bloque de programas.

El tipo y volumen de actividad a contratar se recogerá en los contrato programa firmados por cada Dirección Territorial.

1- Hospitalización

Los servicios y las unidades de medida de esta actividad son:

Unidad de Corta Estancia	Peso GRD
Unidad de Media Estancia	Estancia / Alta
Unidad de Rehabilitación de media estancia	Estancia
Unidad de Rehabilitación de larga estancia	Estancia
Unidad Residencial de Psicogeriatría	Estancia
Unidad Residencial para pacientes de menos de 65 años	Estancia
Camas con cargas impropias de la red de salud mental	Estancia
Unidad de cuidados especiales (UPR)	Estancia

Definiciones:

- **Unidad de corta estancia:** estancia inferior a 30 días.
- **Unidad de media estancia.** Orientada a personas con enfermedad mental grave, en fase activa, que precisa programas asistenciales de tratamiento de duración más prolongada que los propios de las unidades de corta estancia.
Estancia media: 30-60 días
- **Unidades de rehabilitación:** Orientadas a personas con enfermedad mental grave, de curso crónico, que precisan programas asistenciales desde un enfoque rehabilitador y con el objetivo primordial de conseguir su retorno a la comunidad. Su estancia dentro de un proceso de rehabilitación único viene

determinada por el grado de complejidad que se obtiene a través de instrumentos pronósticos estandarizados (HoNOS).

Se dividen en:

- Unidades de rehabilitación de media estancia: Con una estancia media de hasta 365 días. Criterio de facturación: pago por estancia, puntos HoNOS y alta incentivada.
- Unidades de rehabilitación de larga estancia: Con estancias de más de 365 días. Criterio de facturación: pago por estancia y alta incentivada.
- **Unidades residenciales:** Orientadas a personas con enfermedad mental grave de curso crónico con una situación de dependencia psicofísica elevada y cuya salida sólo puede realizarse a estructuras residenciales de ámbito sociosanitario de características similares. Su estancia media dependerá de la disponibilidad de estructuras residenciales de reubicación.

Se dividen en:

- Unidades residenciales de psicogeriatría con pacientes de más de 65 años.
- Unidades residenciales para pacientes de menos de 65 años.
- **Camas ocupadas con cargas impropias de la red de salud mental:** Son aquellas camas ocupadas por pacientes del ámbito sociosanitario pero en los que la ausencia actual de recursos sociosanitarios específicos obliga a posponer el alta clínica.
- **Unidad de cuidados especiales (UPR): Unidad Psicosis Refractarias.**

2- Consultas de rehabilitación comunitaria y urgencias.

Las modalidades de consultas deberán ser detalladas por especialidades.

3- Programas especiales

Las actividades que se recogerán como programas especiales son aquellas en las que se puede establecer un volumen y precio. Entre estos se encuentran los siguientes programas:

- Centro de rehabilitación psicosocial / Hospital de día.....Estancias
- Pisos tutelados.....Estancias

Se prefiere la denominación de centro de rehabilitación psicosocial para todas las estructuras intermedias ambulatorias dependientes de Hospitales psiquiátricos.

4- Bloque de programas

En este apartado se incluyen los siguientes servicios de apoyo: medicina interna, farmacia, trabajo social, terapia ocupacional, psicología clínica, información y documentación sanitaria, calidad, informática, atención al paciente, biblioteca, salud laboral, admisión,...

Si se dispone de unidad de gestión sanitaria deberá recoger los servicios anteriores que engloba.

ANEXO II: CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS

Con la base de los planes de compra territoriales, se revisan los indicadores del anexo de calidad de los contratos programa del 2009, realizando una propuesta de cambio y adecuación.

Se suprimen o sustituyen los siguientes indicadores y por los siguientes motivos:

Área de cuidados: Se suprime el indicador de % de errores de medicación sobre los que se establece plan de mejora, por no estar correctamente planteada su formulación. Sin embargo se mantiene el de errores de medicación analizados, pero integrándolo en el apartado de seguridad clínica. Así mismo se mantiene bajo el mismo epígrafe el indicador del Plan terapéutico individualizado.

Informe de Alta: Se decide prescindir del indicador de la entrega del informe de alta por el reiterado y generalizado cumplimiento del objetivo.

Coordinación con Salud Mental Extrahospitalaria: Se decide suprimir el indicador de realización y revisión de protocolos inter-niveles y el de reuniones de coordinación. Lleva muchos años sin apenas modificaciones, su cumplimiento es general y, sobre todo, se percibe cierta rutina en su cumplimiento que hace que su efectividad disminuya. Por otro lado, también se elimina el indicador del porcentaje de pacientes con cita en el CSM en el momento del alta. Su grado de cumplimiento es general.

Derivaciones: Se suprime el segundo indicador (traslados de unidad de media a larga estancia). Esas derivaciones suelen seguir criterios de disponibilidad de camas más

que criterios de calidad, por lo que no se consideran indicadores relevantes. Se mantiene el primer indicador (de corta a media-larga)

Gestión de recursos: Dada la gran variabilidad de estancias medias entre los distintos hospitales, se decide dejar de contemplar estos indicadores como comunes y de obligado cumplimiento.

Normalización del Euskera: La razón principal para eliminarlo del contrato programa es la de aplicar el criterio general de no incluir en el contrato programa compromisos, acciones y estándares no ligados claramente y directamente con la calidad asistencial. Lo que hasta ahora motivaba fundamentalmente su inclusión en el CONTRATO PROGRAMA era la existencia de una normativa específica que regula el cumplimiento de la euskaldunización de la sanidad pública (Decreto 67/2003, de 18 de marzo) y será el cumplimiento de esta normativa lo que debe obligar a las organizaciones de servicio de Osakidetza. Además este decreto pierde su vigencia a partir del 2010.

Se mantienen con modificaciones:

El área de reingresos se considera que debe permanecer, adecuándolos a los indicadores que actualmente se miden anualmente para la ISO.

Uso racional de medicamento: Respecto al 2009 se reduce el número de indicadores de siete a cinco. El uso de EFG, novedades de NBMT y reacciones adversas, que antes se medían con dos indicadores cada uno, se dejan con un indicador; se mantiene igual el uso de DOE y se añade como novedad el uso de omeprazol.

Seguridad Clínica del Paciente: Se acuerda pasar de seis a los siete criterios evaluados para todas las Organizaciones de Servicio.

Proceso Esquizofrenia: Se mantiene el proceso esquizofrenia que figuraban en años anteriores como resultado de las directrices emitidas por el Plan de Salud, ya que coincide con las líneas estratégicas del Departamento de Sanidad y Consumo, tanto por ser una patología importante dentro de la salud mental como por que se considera que lo que más unifica la actividad psiquiátrica en los diferentes niveles asistenciales es este proceso. Se considera un buen ejemplo en cuanto a proceso transversal.

Pierde la denominación de “proceso singularizado” y se integran en el apartado de “mejora de procesos”.

Se constituyó una comisión técnica con el objetivo de revisar los indicadores de los procesos mencionados. Se trató de simplificar la evaluación de estos procesos, reduciendo el número de indicadores o modificando su formulación o sus estándares. Los criterios que han presidido esta revisión han sido que, gracias al esfuerzo de los profesionales implicados, ya se ha cumplido el objetivo que se quería alcanzar con el indicador o que su medición evidencia la dificultad.

En resumen, los indicadores que prevalecen para este año 2010 son los siguientes:

ESQUIZOFRENIA. H. Psiquiátrico	ESTÁNDAR
Valoración de la eficacia del tratamiento durante el ingreso hospitalario, medida mediante la diferencia de puntuación en la escala HoNOS al ingreso y al alta	8 puntos
Tasa de reingresos en unidades de media estancia < de 60 días desde el alta	≤ 20%

Los compromisos hasta aquí señalados son comunes para todas las DT y de igual ponderación en los puntos otorgados, según grado de cumplimiento, para todos los hospitales de media y larga estancia. A estos hay que añadir los **nuevos compromisos** y objetivos que las Direcciones Territoriales han seleccionado en alineación con las estrategias priorizadas para esta legislatura, que se enumeran a continuación:

- Cuidados Paliativos
- Abordaje integral de enfermedades crónicas
- Nuevos modelos organizativos
- Nuevas tecnologías
- Desarrollo del espacio socio-sanitario
- Sanidad 2.0
- Estudios de opinión

El resultado final de actuaciones y objetivos se ha agrupado en tres áreas:

1. Programas priorizados.
2. Optimización de recursos.
3. Participación, accesibilidad y opinión. Empoderamiento de la ciudadanía.

La distribución de puntos, sobre base 100, entre las tres grandes áreas prioritarias es la siguiente:

1. Programas priorizados: 50 puntos
2. Optimización y mejora de recursos: 39 puntos
3. Empoderamiento ciudadanía: 11 puntos

A continuación se expresa en forma de tabla el listado de compromisos del anexo II con su ponderación en puntos.

CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS	Estándar	Valoración (en puntos)	Valoración (en puntos)	Propuesta pool de puntos para objetivos
1.- PROGRAMAS PRIORIZADOS		50	50	
1.1. SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE		10	10	
1.2. MEJORA DE PROCESOS: ESQUIZOFRENIA		10	10	
1.3. PLAN DE CUIDADOS PALIATIVOS	A determinar según indicador por la DT	10	30	A repartir 30 puntos en las tres áreas
1.4. ABORDEJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	A determinar según indicador por la DT	10		
1.5. DESARROLLO DEL ESPACIO SOCIO SANITARIO	A determinar según indicador por la DT	10		
2.- OPTIMIZACIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS		39	39	
2.1 AREA DE CUIDADOS		4	4	
2.2. REINGRESOS		4	4	
2.3. DERIVACIONES		4	4	
2.4. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO		13	13	

2.5. INTEGRACIÓN/CONTINUIDAD/ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES Y NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS, OPTIMIZACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS	A determinar según indicador por la DT	10	14	A repartir 14 puntos en las tres áreas
2.6. USO TECNOLOGÍAS	A determinar según indicador por la DT	2		
2.7. ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD AL NUEVO MODELO ASISTENCIAL	Se valorará conjuntamente entre la DT y la subdirección de calidad de Osakidetza	2		
3.- PARTICIPACIÓN, ACCESIBILIDAD, OPINIÓN (EMPODERAMIENTO CIUDADANÍA)		11	11	
3.1. ACCESIBILIDAD y SANIDAD 2.0		8	8	
3.2. OPINION DE USUARIOS	A determinar según indicador por la DT	3	3	
TOTAL PUNTOS		100	100	

ANEXO III: FINANCIACIÓN

La política de precios es un elemento clave para el proceso de negociación de los contratos programa. Dichos precios serán establecidos como precio de referencia por las Direcciones Territoriales de acuerdo a la casuística de costes de los hospitales. Las modalidades de financiación de los servicios de los hospitales psiquiátricos en los contratos programa de 2010 son las siguientes:

1- Hospitalización

En la hospitalización dada las particularidades de cada uno de estos tipos de hospitales se establece que las unidades de pago sean:

Alta

Peso GRD

Estancia

2- Consultas de rehabilitación comunitaria y urgencias.

Las unidades de actividad sujetas a precio son las consultas de rehabilitación comunitaria y las urgencias no ingresadas.

3- Programas especiales

Las actividades que se recogerán como programas especiales son aquellas en las que se puede establecer un volumen y precio. Las modalidades son: Hospital de día, pisos tutelados y rehabilitación. Todas se miden en estancias.

4- Bloque de programas

En este apartado se recogerán los programas y/o actividades que se van a financiar independientemente de la actividad que generen. Entre otros:

- 4.1.- Programas de seguimiento ambulatorio
- 4.2.- Servicios de apoyo: Farmacia, Laboratorio, Psicología Clínica
- 4.3.- Servicios exteriores
- 4.4.- Docencia e Investigación
- 4.5.- Apoyo a la política lingüística

5- Financiación del anexo II:

La financiación destinada al cumplimiento de los objetivos del anexo II será del 1% de la financiación total del contrato programa más una cantidad fija de 67.000 € (correspondientes a los 32.000 € que se destinaban a certificaciones y 35.000 € que se dedicaban a estudios)

Los resultados obtenidos repercutirán en la facturación final del contrato programa.

La fórmula para calcular el volumen de facturación correspondiente a la calidad es la siguiente:

$$\frac{\text{Puntos obtenidos} \times \text{Financiación calidad (1\% del Total C-P + 67.000 €)}}{\text{Puntos posibles (100 puntos)}}$$

SALUD MENTAL EXTRAHOSPITALARIA

ANEXO I: COBERTURA POBLACIONAL Y OFERTA DE SERVICIOS

El anexo I de Salud Mental Extrahospitalaria cambia su anterior denominación de “cartera de servicios y actividad” por la de “cobertura poblacional y oferta de servicios”, ya que desaparece la estimación del volumen de actividad de las consultas. Dado que la financiación de la actividad de las consultas de los centros de salud mental, se hace con base capitativa y la información de la misma está monitorizada en el Cuadro de Mando Corporativo de Osakidetza, se hace innecesaria la estimación de su volumen.

1.- Cobertura poblacional:

En este apartado se describen los centros de salud mental, su ámbito geográfico, su cobertura en nº de TIS agrupadas en niños, adolescentes y adultos y los programas asistenciales que les son de aplicación.

De la misma manera se describen las estructuras intermedias

2.- Oferta de servicios:

2.1.- Programas especiales

Se incluyen aquellos programas específicos que oferta el Centro de Salud Mental:

- Programa de Metadona
- Programa del Hospital de Día
- Comunidades Terapéuticas
- Trastornos de la Alimentación

2.2.- Otros servicios

- Servicios de Promoción y Prevención
- Educación Sanitaria
- Oferta de Apoyo de Servicios Sociales
- Coordinación con Atención Primaria
- Docencia

ANEXO II: CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS

Con la base de los planes de compra territoriales, se revisan los indicadores del anexo de calidad de los contratos programa del 2009, realizando una propuesta de cambio y adecuación.

Se suprimen o sustituyen los siguientes indicadores y por los siguientes motivos:

Formación continuada: El cumplimiento reiterado y generalizado induce la supresión de este indicador.

Normalización del Euskera: La razón principal para eliminarlo del contrato programa es la de aplicar el criterio general de no incluir en el CONTRATO PROGRAMA compromisos, acciones y estándares no ligados claramente y directamente con la calidad asistencial. Lo que hasta ahora motivaba fundamentalmente su inclusión en el CONTRATO PROGRAMA era la existencia de una normativa específica que regula el cumplimiento de la euskaldunización de la sanidad pública (Decreto 67/2003, de 18 de marzo) y será el cumplimiento de esta normativa lo que debe obligar a las organizaciones de servicio de Osakidetza. Además este decreto pierde su vigencia a partir del 2010.

Abordaje de la violencia doméstica y sexual: La decisión de suprimir este apartado se basa en que se trata de indicadores que responden a solicitudes de información o requerimientos que se hacen desde otras instituciones o niveles. Por otro lado se ha demostrado la dificultad de obtención de los datos necesarios para la medición de estos indicadores, por lo que resulta muy difícil señalar estándares concretos para su evaluación.

Se mantienen con o sin modificaciones:

Resolutividad: Se mantienen los tres indicadores. La tasa de pacientes nuevos y adultos diagnosticados tras tres visitas impulsa el diagnóstico del enfermo psiquiátrico. Se propone revisar la tasa anual de salidas con el fin de aclarar el contenido del indicador.

Accesibilidad: Se mantienen los dos indicadores de este apartado y se modifica el estándar de cumplimiento del Porcentaje de pacientes infanto-juveniles con demora menor de un mes para primera consulta que deberá ser mayor del 95% en 30 días.

Atención continuada y coordinada: Se mantiene el apartado tal y como está en la actualidad.

Mejora de Procesos: Se suprime el de la Guía de trastornos de la Conducta Alimentaría. El programa de trastornos de la conducta alimentaría no es el programa de SM con mayor carga de enfermedad.

Proceso Esquizofrenia: Se mantiene el proceso esquizofrenia que figuraban en años anteriores como resultado de las directrices emitidas por el Plan de Salud, ya que coincide con las líneas estratégicas del Departamento de Sanidad y Consumo, tanto por ser una patología importante dentro de la salud mental como por que se considera que lo que más unifica la actividad psiquiátrica en los diferentes niveles asistenciales es este proceso. Se considera un buen ejemplo en cuanto a proceso transversal.

Pierde la denominación de “proceso singularizado” y se integran en el apartado de “mejora de procesos”.

Se constituyó una comisión técnica con el objetivo de revisar los indicadores de los procesos mencionados. Se trató de simplificar la evaluación de estos procesos, reduciendo el número de indicadores o modificando su formulación o sus estándares. Los criterios que han presidido esta revisión han sido que, gracias al esfuerzo de los profesionales implicados, ya se ha cumplido el objetivo que se quería alcanzar con el indicador o que su medición evidencia la dificultad.

En resumen, los indicadores que prevalecen para este año 2010 son los siguientes:

ESQUIZOFRENIA	ESTÁNDAR
Plan individualizado de tratamiento (PIT) cumplimentado en 30 días, tras el acceso al servicio	Medición
Consultas de pacientes nuevos con diagnóstico esquizofrenia	≥1 cada 30 días
Ratio entrevistas familiares / pacientes en	≥ 1 cada 60 días

casos nuevos con diagnóstico esquizofrenia	
Mantenimiento del contacto con los servicios asistenciales	$\leq 95\%$

Los compromisos hasta aquí señalados son comunes para todas las DT y de igual ponderación en los puntos otorgados, según grado de cumplimiento, para todas las organizaciones de salud mental extrahospitalaria. A estos hay que añadir los **nuevos compromisos** y objetivos que las Direcciones Territoriales han seleccionado en alineación con las estrategias priorizadas para esta legislatura, que se enumeran a continuación:

- Cuidados Paliativos
- Abordaje integral de enfermedades crónicas
- Nuevos modelos organizativos
- Nuevas tecnologías
- Desarrollo del espacio socio-sanitario
- Sanidad 2.0
- Estudios de opinión

El resultado final de actuaciones y objetivos se ha agrupado en tres áreas:

1. Programas priorizados.
2. Optimización de recursos.
3. Participación, accesibilidad y opinión. Empoderamiento de la ciudadanía.

La distribución de puntos, sobre base 100, entre las tres grandes áreas prioritarias es la siguiente:

1. Programas priorizados: 40 puntos
2. Optimización y mejora de recursos: 45 puntos
3. Participación, accesibilidad y opinión: 15 puntos

A continuación se expresa en forma de tabla el listado de compromisos del anexo II con su ponderación en puntos.

CALIDAD, ACTUACIONES Y OBJETIVOS PRIORIZADOS	Estándar	Valoración (en puntos)
1.- PROGRAMAS PRIORIZADOS		40
1.1. SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE		10
1.2. MEJORA DE PROCESOS:		10
1.2.1. Esquizofrenia		
1.3. ABORDEJE INTEGRAL DE ENFERMEDADES CRÓNICAS	A determinar según indicador por la DT	20
1.4. DESARROLLO DEL ESPACIO SOCIOSANITARIO	A determinar según indicador por la DT	
2.- OPTIMIZACIÓN Y MEJORA DE LOS RECURSOS		45
2.1. INTEGRACIÓN/CONTINUIDAD/ASOCIACIÓN ENTRE NIVELES Y NUEVOS MODELOS ORGANIZATIVOS, OPTIMIZACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS (incluida coordinación con concertados)	A determinar según indicador por la DT	18
2.2. USO TECNOLOGÍAS	A determinar según indicador por la DT	
2.3. RESOLUTIVIDAD		6
2.4. USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO		13
2.5. ATENCIÓN CONTINUADA Y COORDINADA		6
2.6. ADAPTACIÓN DE LOS SISTEMAS DE CALIDAD AL NUEVO MODELO ASISTENCIAL		2
3.- PARTICIPACIÓN, ACCESIBILIDAD, OPINIÓN (EMPODERAMIENTO CIUDADANÍA)		15
3.1. OPINIÓN DE USUARIOS	A determinar según indicador por la DT	5
3.2. ACCESIBILIDAD Y SANIDAD 2.0		5+5
TOTAL PUNTOS		100

ANEXO III: FINANCIACIÓN

1- Cobertura poblacional

Bajo la modalidad de pago capitolativo se financia la oferta de servicios de salud mental a la población de referencia, estableciéndose un precio por TIS.

2- Programas especiales

Dentro de este apartado se financiarán servicios en los que sea posible determinar con objetividad un volumen de actividad y/o cobertura y un precio para unidad de compra que se establezca, como son:

- Programa de Metadona
- Hospital de Día
- Trastornos de la Alimentación
- Otros programas o servicios desglosados

3- Bloque de Programas

En este apartado se incluirán aquellos programas o servicios en los que no sea posible la ponderación del volumen de actividad y el precio de los mismos.

4- Financiación del anexo II

La financiación destinada al cumplimiento de los objetivos del anexo II será del 1% de la financiación total del contrato programa más una cantidad fija de 67.000 € (correspondientes a los 32.000 € que se destinaban a certificaciones y 35.000 € que se dedicaban a estudios

Los resultados obtenidos repercutirán en la facturación final del contrato programa.

La fórmula para calcular el volumen de facturación correspondiente a la calidad es la siguiente:

$$\frac{\text{Puntos obtenidos} \times \text{Financiación calidad (1\% del Total C-P + 67.000 €)}}{\text{Puntos posibles (100 puntos)}}$$