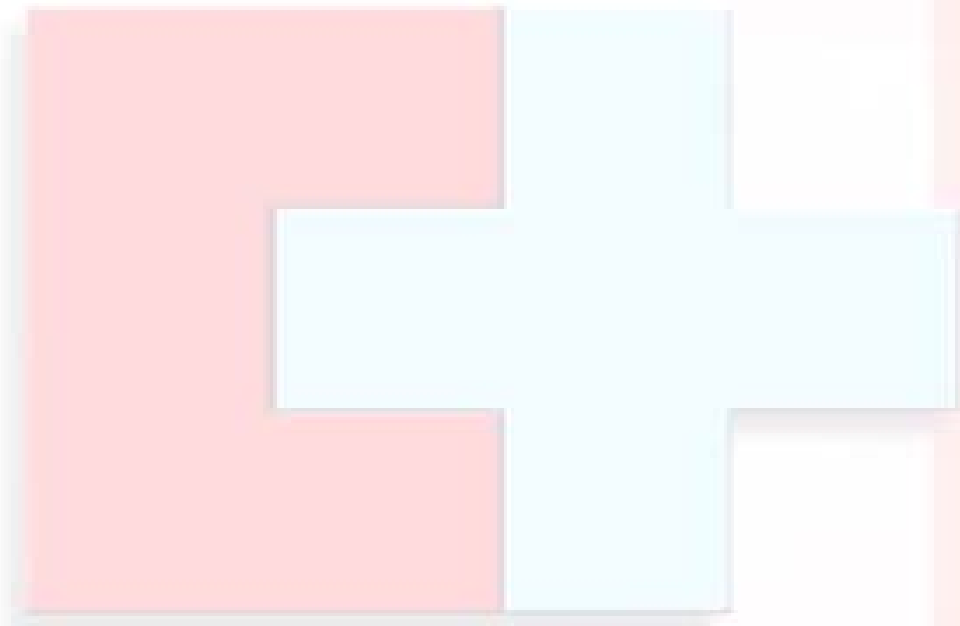




GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD



SERVICIO
CANTABRO
DE SALUD

SCCS

Contrato de Gestión 2010

Hospital comarcal de Laredo

Reunidos D. José María Ostolaza Osa, Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud y D. José Carlos Martínez García, Gerente del Hospital de Laredo, acuerdan suscribir el presente Contrato de Gestión con las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad para el año 2010.

Santander, a de febrero de 2010

EL DIRECTOR GERENTE
DEL SERVICIO CANTABRO DE SALUD

EL DIRECTOR GERENTE
DEL HOSPITAL COMARCAL DE
LAREDO

Fdo.: D. José María Ostolaza Osa

Fdo.: D. José Carlos Martínez García

CONTRATO DE GESTIÓN 2010

PRESENTACIÓN

Entre las políticas de protección social y bienestar de la ciudadanía, los servicios asistenciales de la sanidad pública representan uno de sus principales exponentes. En este compromiso, todos los sistemas sanitarios públicos de protección universal existentes en los países desarrollados se encuentran con problemas derivados de cambios demográficos por el envejecimiento de su población y con el incremento continuo de enfermos crónicos que compromete la disponibilidad de recursos existentes. Del mismo modo, el avance tecnológico da lugar a la aparición de nuevas y costosas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, no siempre validadas para la utilización sistemática, lo que debiera obligarnos a priorizar su utilización en busca del uso racional de unos recursos forzosamente limitados.

De forma paralela, el ciudadano ha cambiado su actitud en la demanda de servicios sanitarios y cada vez se demandan mejores condiciones de proximidad, rapidez y calidad; así como la legítima participación en la toma de decisiones.

Para el ejercicio 2010, son varios los objetivos fundamentales del Contrato de Gestión: la accesibilidad de la ciudadanía a los servicios asistenciales, la gestión de la financiación disponible y la articulación de la Ley de Garantías a fin de asegurar la sostenibilidad del sistema sanitario público de Cantabria.

Es un reto importante que debemos afrontar con una amplia participación de los profesionales. La organización en su conjunto aprovecha el conocimiento, el potencial y el valor de estos profesionales que la integran, promoviendo acciones encaminadas a mejorar su capacitación, todo ello dirigido a aumentar la eficiencia de cara al ciudadano. Los objetivos fijados, serán una garantía para la asistencia, que responda a las necesidades de los pacientes: más eficaz, más segura, más participativa y más eficiente. En definitiva una sanidad de calidad con un coste socialmente sostenible.

José María Ostolaza Osa
Director Gerente del Servicio Cántabro de Salud

LINEAS DE ACTUACION

1. COMPROMISO DE LOS EQUIPOS DIRECTIVOS

La satisfacción del usuario, la satisfacción de los profesionales y un impacto positivo en la sociedad, se consiguen mediante el liderazgo en política y estrategia, una acertada gestión de personal, el uso eficiente de los recursos y una adecuada definición de los procesos, lo que conduce finalmente a alcanzar unos resultados óptimos.

“El personal directivo debe de ejercer un liderazgo con capacidad de visión que sirva de inspiración a los demás y que además, sea coherente con toda la organización”

En base a esta premisa, los equipos directivos deberán:

1.1. Acercar la cultura de la gestión a los profesionales

El personal directivo del Centro, se implicará personalmente en el necesario conocimiento que todos los profesionales necesitan, sobre los objetivos asistenciales y presupuestarios establecidos para el ejercicio 2010, al tiempo que presentarán los logros obtenidos en el ejercicio 2009.

Para ello, los líderes deben buscar el compromiso en la consecución de los objetivos, estableciendo Contratos de Gestión con cada servicio asistencial del Centro y asegurar los mecanismos de difusión, para que su conocimiento llegue a todos los profesionales.

1.2. Liderar el desarrollo de estrategias basadas en necesidades percibidas y alineadas con los objetivos de la Organización.

Gestión de reclamaciones.

Indicador:

Implantar durante el año 2010 en cada gerencia del centro, el nuevo sistema de gestión de reclamaciones/sugerencias, a establecer por la Dirección General de Ordenación, Inspección y Atención Sanitaria de la Consejería de Sanidad,

PUNTUACIÓN TOTAL: 2 Puntos

2. ACCESIBILIDAD DEL PACIENTE A LA ASISTENCIA

2.1. Área de Consultas Externas.

Indicadores:

Ningún paciente debe de ser citado con demoras superiores a las indicadas, estableciendo como cortes de evaluación:

a partir del 30 de junio: a partir del 31 de diciembre:

❖ Oftalmología*	90 días	60 días
❖ Ginecología	120 días	90 días
❖ Traumatología	120 días	90 días
❖ Urología	120 días	90 días

PUNTUACION TOTAL: 15 Puntos

La consecución del objetivo en junio y diciembre, conlleva la valoración de 15 puntos, la no consecución en diciembre se valorará con 0 puntos y la consecución en diciembre, pero no en junio, se valorará en negociación con la Dirección Gerencia.

La puntuación total se divide en partes iguales entre cada uno de los indicadores.

* Se excluyen las citas solicitadas para agudeza visual.

2.2. Área quirúrgica

LEQ Estructural

Indicadores:

❖ **Nº de pacientes:**

a 30 de junio, nº de pacientes: 1.350

a 31 de diciembre, nº de pacientes: 1.100

❖ **Días de demora:**

a 30 de junio: 0 pacientes con demora superior a 300 días.

a 31 de diciembre: 0 pacientes con demora superior a 270 días.

PUNTUACION TOTAL: 15 Puntos

La consecución del objetivo en junio y diciembre, conlleva la valoración de 15 puntos, la no consecución en diciembre se valorará con 0 puntos y la consecución en diciembre, pero no en junio, se valorará en negociación con la Dirección Gerencia.

La puntuación total se divide en partes iguales entre cada uno de los indicadores.

2.3. Área de pruebas complementarias

Pruebas complementarias diagnósticas (no de control)

Indicadores. Demora para la realización de la prueba a fecha:

- ❖ **Ecografía músculo-esquelética** < 30 días
- ❖ **Ecografía abdominal (no ginecológica)** < 30 días
- ❖ **TAC** < 30 días
- ❖ **Gastro-colonoscopia** < 45 días

PUNTUACION TOTAL: 10 Puntos

La consecución del objetivo en junio y diciembre, conlleva la valoración de 10 puntos, la no consecución en diciembre se valorará con 0 puntos y la consecución en diciembre, pero no en junio, se valorará en negociación con la Dirección Gerencia.

La puntuación total se divide en partes iguales entre cada uno de los indicadores.

3. CRITERIOS DE CALIDAD ASISTENCIAL Y ORGANIZATIVA

3.1. Calidad y seguridad clínica

Implantación de las líneas estratégicas de Calidad y Seguridad Clínica, definidas por la Consejería de Sanidad y SCS, de acuerdo a los siguientes proyectos:

- ❖ **Infección nosocomial (Bacteriemia zero, higiene de manos, inserción cuidado y mantenimiento de catéteres).**
- ❖ **Identificación de pacientes.**
- ❖ **Dolor post quirúrgico.**

Indicadores

- ❖ **Tasa de prevalencia de infección nosocomial.**
- ❖ **Tasa de prevalencia de eventos adversos.** Valor propuesto por la gerencia Anulado.

PUNTUACION TOTAL: 2 Puntos

La valoración se realizará, en el caso de informes, por estudio interno del propio hospital.

La puntuación total se divide en partes iguales entre cada uno de los indicadores.

3.2 USO RACIONAL DEL MEDICAMENTO

Indicadores :

- ❖ **Prescripción de receta por principio activo (p.a.) > 35%**
- ❖ **Prescripción en informe de alta hospitalaria por p.a. > 40%**

PUNTUACION TOTAL: 4 Puntos

La valoración se realizará, en el caso de informes, por estudio interno del propio hospital.
La puntuación total se divide en partes iguales entre cada uno de los indicadores.

3.3 CRITERIOS DE CALIDAD DE LOS REGISTROS

3.3.1 Relacionados con el EMPI

- ❖ **Porcentaje de duplicados y potenciales duplicados < 0,01**
- ❖ **Porcentaje de potenciales solapados < 0,5**

PUNTUACION TOTAL: 2 Puntos

La puntuación total se divide en partes iguales entre cada uno de los indicadores.

3.3.2 Relacionados con facturación

Indicadores

- Identificación de pacientes sin acreditación de tarjeta sanitaria del Servicio Cántabro Salud.
- Acreditación para los procesos realizados: consultas, pruebas diagnósticas o complementarias, ingresos, intervenciones, etc.
- Posibles facturaciones

Medición

- Descarga de base de datos del Hospital en la que consten los datos identificativos del paciente y las consultas, pruebas, ingresos, intervenciones, de tenga registradas en el período que se determine.
- Este fichero será cruzado con la base de datos poblacional, siendo devuelto un fichero de pacientes NO acreditados en Civitas para que procedan a informar sobre las actuaciones administrativas que han realizado sobre los mismos.

Frecuencia

- Trimestral
- Devolución de informe sobre procesos realizados desde Hospitales, plazo máximo 1 mes desde recepción

PUNTUACION TOTAL: 0 Puntos

Se considera indispensable para puntuar el resto de apartados

GERENCIA ATENCION PRIMARIA - 10.36.231.1 VT

H. U. MARQUES DE VALDECILLA INFORMACION

Apellido y Nombre : DIEGUEZ LAVIN OBDULIA
Dni : 13644572 F.Nac. : 15/03/1938 Nº S.S : 39/ 175845
Poblacion : AMPUERO

Tipo	Desde	Hasta	Hospitalización
INGRESO HOSP.	17/01/10	17/01/10	Centro : H. VALDECILLA
URGENCIA	17/01/10	17/01/10	
ECONSULTA	06/04/09		Fec. Ingreso : 17/01/2010
ECONSULTA	06/04/09		Financiación : S.SOCIAL
ECONSULTA	03/07/07		
ECONSULTA	28/11/06		Unid. Enferm : UNID.CUIDADOS INTENS.
ECONSULTA	29/08/06		Ultima Cama : CIG14-A
ECONSULTA	14/07/06		
ECONSULTA	07/07/06		
ECONSULTA	30/06/06		Servicio : U.C.I. GENERAL
ECONSULTA	30/06/06		Diag : NO CONSTA
ECONSULTA	21/12/04		
ECONSULTA	25/05/04		Fecha Alta : 17/01/2010
ECONSULTA	02/12/03		Destino : Fallecido
ECONSULTA	29/08/03		

GERENCIA ATENCION PRIMARIA - 10.36.231.1 VT

H. U. MARQUES DE VALDECILLA 18/01/2010 d101 (fiche01.sfm)

EMPI 5077715 Reg. 5077715
N.H.C. 60374 PASIVA
Nacionalidad: 112 ESPAÑA
Apellido 1º : DIEGUEZ Fecha Nacim: 15/03/1938 (0)
Apellido 2º : LAVIN Sexo : 2 Mujer
Nombre : OBDULIA Pasaporte :
D.N.I./N.I.E. : - 13644572 - Y
FINANCIACION: 1 SEGURIDAD SOCIAL Tarjeta DGLV380355906015
Nº S.S. : 39 00175845 38 Prestación
Nº Poliza : E X I T U S 17/01/2010 2
CONTACTO-> Teléfono1 : 634033 Teléfono2:
DOMICILIO HABITUAL
Pais : 112 ESPAÑA
Provincia : 39 CANTABRIA
Poblacion : 20 AMPUERO Area Sant: 2 LAREDO
Domicilio : MARRON 71
Código Post.: 39840 E_mail
Control-n Tarjetas

MODIFICA -> NO SI

4. OBJETIVOS ECONÓMICOS DE LAS GERENCIAS SCS

A) Período: 01.01.2010 – 31.12.2010

B) Forma de retribución: Liquidación anual, devengado desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2010, que se percibirá en fecha a determinar por la dirección gerencia del SCS.

C) El importe a liquidar: 50% de la retribución establecida para cada categoría profesional.

D) Objetivos:

1. GASTO PERSONAL (CAPÍTULO I) **(30%) (A):**

Incremento máximo del 0% sobre el gasto real del ejercicio 2009. A continuación se presenta cuadro resumen.

GERENCIA	GTS_REAL_09	GTS_REAL_10
HUMV	220.004.837,20	220.004.837,20
HCS**	45.002.130,19	45.002.130,19
HCL	29.199.129,86	29.199.129,86
GAP I	68.018.199,68	68.018.199,68
GAP II	32.343.550,75	32.343.550,75
O61	3.998.928,00	3.998.928,00

** Al gasto real del HCS se descontará la cantidad correspondiente al personal que estando adscrito al Hospital Sierrallana presta sus servicios en el hospital Tras Mares según memoria económica aprobada por la gerencia del SCS. En todo caso y a efectos presupuestarios computará como personal adscrito a la plantilla del HTM todo trabajador que preste sus servicios en un porcentaje de jornada igual o superior al 80% de su jornada.

Importe del variable-base vinculado a la consecución del objetivo: 100%.

VARIABLE 100% (B)	
GRADO CUMPLIMIENTO	VARIABLE A PERCIBIR
INCREMENTO GASTO = 0%	100%
INCREMENTO GASTO > 0% < ó = 0,5%	50%

2. GASTO CORRIENTE (Capítulo II) (C):

En este caso el peso para atención especializada será del 15%, mientras que para atención primaria será del 5% respecto al 50% de la retribución establecida.

El gasto real se mide en términos de gasto devengado.

Importe del variable-base vinculado a la consecución del objetivo: 15% A.E // 5% A.P. // En el caso de la gerencia del 061 el porcentaje vinculado a este objetivo es del 20%.

GERENCIA	GTS REAL_2009	GTS REAL_2010
HUMV	158.095.778,38	166.000.567,3
HSLI	28.245.708,52	29.657.993,95
HCL	12.699.855,41	13.334.848,18
GAP I**	10.166.786,73	10.675.126,07
GAP II**	5.590.806,21	5.870.346,52
O61	10.516.985,00	10.516.985,00

** En las cantidades reflejadas para las dos gerencias de atención primaria están incluidas las cantidades que actualmente se contabilizaban en el capítulo IV, partida 489.

Importe del variable-base vinculado a la consecución del objetivo: 100%.

VARIABLE 100% (D)	
GRADO CUMPLIMIENTO	VARIABLE A PERCIBIR
INCREMENTO GASTO < ó = 5%	100%
INCREMENTO GASTO > 5%<6%	50%

3. RECETA (Capítulo IV) (E):

En este caso el peso para atención especializada será del 5%, mientras que para atención primaria será de 1 5% respecto al 50% de la retribución establecida.

** Gasto en receta

GERENCIA	GTS REAL_2009 **	GTS REAL_2010
HUMV	22.391.239,01	23.286.888,57
HSLI	4.691.432,89	4.879.090,21
HCL	2.074.236,51	2.157.205,97
GAP I	87.556.015,93	88.431.576,09
GAP II	43.416.450,26	43.850.614,76

VARIABLE 100% (F)	
GRADO CUMPLIMIENTO A.P.	VARIABLE A PERCIBIR
INCREMENTO GASTO < ó = 1%	100%
INCREMENTO GASTO > 1% < ó = 1,5%	50%
GRADO CUMPLIMIENTO A.E.	VARIABLE A PERCIBIR
INCREMENTO GASTO < ó = 4%	100%
INCREMENTO GASTO > 4% < ó = 5%	50%

RETRIBUCIÓN VARIABLE TOTAL ATENCIÓN ESPECIALIZADA:
 $((A*B)+(C*D))=((30%*B)+(15%*D)+(5%*F))$

RETRIBUCIÓN VARIABLE TOTAL ATENCIÓN PRIMARIA:
 $((A*B)+(C*D)+(E*F))=((30%*B)+(5%*D)+(15%*F))$

----- ooOoo -----