

CONTRATO DE GESTIÓN 2016

**GERENCIA DE ATENCION HOSPITALARIA
HOSPITAL DOCTOR RODRIGUEZ LAFORA**



INTRODUCCIÓN:

El CONTRATO DE GESTIÓN se constituye como una herramienta que integra los objetivos anuales, enmarcados dentro del planteamiento estratégico a medio plazo, del Servicio Madrileño de Salud, definido y singularizado para cada uno de los niveles asistenciales y sus Centros de Gestión.

El CONTRATO DE GESTIÓN pretende alinear a toda la organización, profesionales, niveles asistenciales y estructuras, en la consecución de los objetivos de cada acción y estrategia, ofreciendo un marco en el que sea posible aportar mediante la negociación y compromiso la parte correspondiente a cada ámbito de trabajo.

Para ello se cuenta con un documento concebido como instrumento de trabajo que permite:

- Garantizar el cumplimiento presupuestario.
- Desarrollar la continuidad asistencial, mejorando la atención a los pacientes y la calidad asistencial.
- Una vinculación de los objetivos entre los diferentes niveles de prestación asistencial.
- Plantear una meta para cada objetivo, con un indicador medible con una periodicidad relacionada con las agendas de seguimiento y con la posibilidad, por tanto, de intervención ante desviaciones.
- El seguimiento de las actividades o productos intermedios que impulsan la consecución de los objetivos, productos clave o productos finales, lo que se conocen como resultados de administración diaria o indicadores de rendimiento.
- Vincular objetivos con un sistema de incentivación, que facilite la gestión eficiente de los recursos y servicios/unidades.



INDICE

CONDICIONES GENERALES	4
ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN.....	7
HOSPITALIZACIÓN: NIVEL	¡Error! Marcador no definido.
ESTRUCTURA DE ATENCION HOSPITALARIA	9
FINANCIACIÓN	10
OBJETIVOS CENTRO	13



CONDICIONES GENERALES

Según el Decreto 195/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad, en su artículo 1 sobre competencias del Consejero de Sanidad, establece: "Al Consejero de Sanidad le corresponde la propuesta, el desarrollo, la coordinación y el control de la ejecución de las políticas del gobierno de la Comunidad de Madrid en las siguientes materias: Aseguramiento sanitario, gestión y asistencia sanitaria, salud mental, atención farmacéutica, formación, investigación e innovación sanitaria, salud pública, seguridad alimentaria y trastornos adictivos.

Asimismo, le corresponden las atribuciones que, como jefe de su departamento, se recogen en el artículo 41 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, las establecidas en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid; y las que le otorguen las demás disposiciones en vigor."

La Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid en su artículo 12 establece que, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid ejerce la función de Autoridad Sanitaria de acuerdo con lo dispuesto en esta Ley, y en el resto de las normas que le sean de aplicación.

El Servicio Madrileño de Salud conforme a lo establecido en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, en sus artículos 61 y 81 y el artículo 4 del Decreto 24/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece el régimen jurídico y de funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, tiene, parcialmente modificado por Decreto 211/2015, de 29 de septiembre tiene, entre otras, las siguientes funciones:

- ✓ La atención integral de la salud en todos los ámbitos asistenciales.
- ✓ El establecimiento de medidas para garantizar la calidad y seguridad de los servicios sanitarios.
- ✓ La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que configuran el sistema sanitario público.
- ✓ La planificación y gestión de las políticas de recursos humanos referidas al personal de las instituciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud y sus Entes dependientes o adscritos.
- ✓ La gestión de los centros, servicios y establecimientos sanitarios integrados en el Servicio Madrileño de Salud, y de los servicios administrativos que conforman su estructura.
- ✓ La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de



Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.

- ✓ *La gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.*
- ✓ *La gestión de los recursos humanos, materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones.*
- ✓ *La supervisión y control de la gestión económica y financiera de los centros, servicios y establecimientos sanitarios adscritos.*

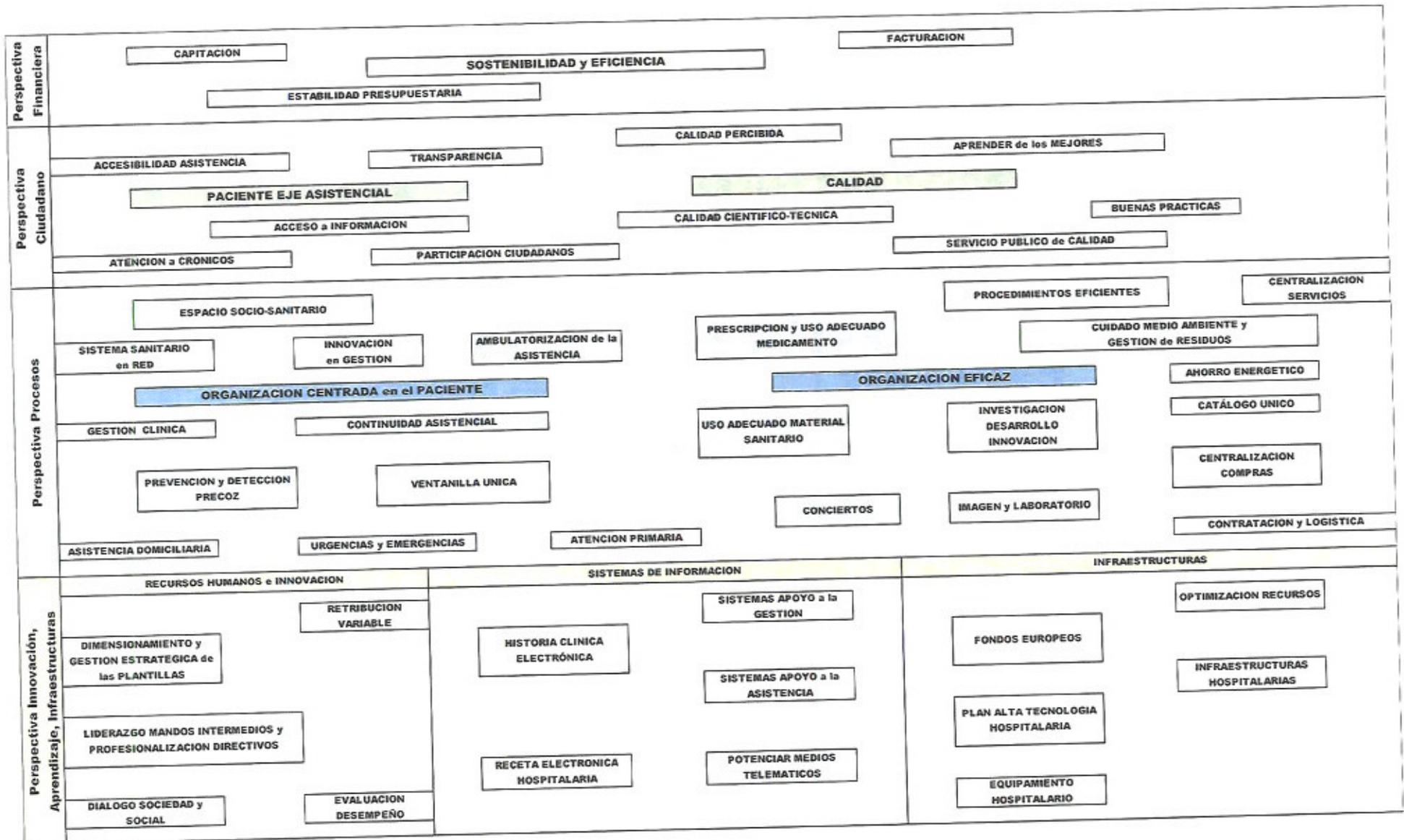
El Decreto 196/2015, de 4 de agosto, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, modificado por el Decreto 210/2015, de 29 de septiembre, del Consejo de Gobierno, en el artículo 1 establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud, estableciendo las distintas funciones sobre las que tienen competencias las direcciones generales: de Coordinación de la Asistencia Sanitaria (art.2); de Gestión Económica-Financiera y de Infraestructuras Sanitarias (art.4); de Recursos Humanos y Relaciones Laborales (art.6), y de Sistemas de Información Sanitaria (art.8).

En base a la normativa descrita, el Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud desarrolla el presente Contrato de Gestión de los centros adscritos a dicho servicio.

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), valorando el escenario actual y previsible, así como las estimaciones estratégicas previas, adopta en el 2015 las siguientes líneas generales como guía a desarrollar en los sucesivos Contratos de Gestión:

De ellas hay que distinguir las de responsabilidad de desarrollo esencialmente a nivel central y las que deberán ser desarrolladas más operativamente en las unidades de provisión (áreas remarcadas), en función de las prioridades establecidas para el presente ejercicio.

A fin de cumplir con las funciones legalmente encomendadas, ejercer su misión, cumplir con sus compromisos y valores corporativos y hacer posibles las líneas estratégicas generales, el SERMAS dispone un conjunto de recursos, servicios y actividades y el HOSPITAL DOCTOR RODRIGUEZ LAFORA se compromete a que se concreten según las obligaciones recogidas en el siguiente Contrato de Gestión.



Handwritten signature or initials.

ESTRUCTURA Y ORGANIZACIÓN

La Gerencia del HOSPITAL DOCTOR RODRIGUEZ LAFORA presta la atención de su competencia, contenida en la cartera de servicios que se recoge en éste apartado del Contrato de Gestión, siendo a fecha 1 de enero de 2016 , su estructura en relación a los servicios ofertados la recogida en la siguiente tabla:

Para ello cuenta con la siguiente Organización y Estructura:

	EQUIPO DIRECTIVO		MANDOS INTERMEDIOS		
	CATEGORÍA	Nº*		CATEGORÍA	Nº*
	DIRECTOR GERENTE AS. HOS. CAT. 2	1		JEFE DE SERVICIO	2
	DIRECTOR MEDICO AS. HOS. CAT. 2	1		JEFE DE SECCION	2
	DIRECTOR GESTION /DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS. HOS. CAT. 2	1		SUPERVISORES/AS DE AREA FUNCIONAL	1
	DIRECTOR ENFERMERIA AS. HOS. CAT. 2	1		SUPERVISORES/AS DE UNIDAD	3
				JEFE DE SERVICIO NS	1
				JEFE DE SECCION NS	1
				JEFE DE GRUPO	2
				JEFE DE EQUIPO	2

*A lo largo del ejercicio 2016 los centros se irán adaptando a la estructura tipo por categoría y nivel de hospital.

Efectivos a 1 de enero de 2016:

CATEGORÍA	Nº EFECTIVOS	OTRAS ACTUACIONES
FACULTATIVOS	33	
MATRONAS	0	
ENFERMERAS	102	
FISIOTERAPEUTAS	3	
TECNICOS SUPERIORES ESPECIALISTAS	3	
TMSCAE	161	
OTRO PERSONAL SANITARIO	6	
TOTAL PERSONAL SANITARIO	308	
AUXILIARES ADMINISTRATIVOS	22	
CELEDORES	14	
PINCHES	25	
OTRO PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	212	
TOTAL PERSONAL DE GESTIÓN Y SERVICIOS	273	
TOTAL EFECTIVOS	581	

Los efectivos, a 1 de enero de 2016, se irán ajustando a lo largo del ejercicio a los establecidos en la plantilla horizonte definida para el Centro

ESPECIALIDADES/CATEGORIAS Y MODALIDADES DE ASISTENCIA:

ESPECIALIDAD / CATEGORÍA	DISPONIBLE	DOCENCIA	HOSPITALIZACIÓN CONVENCIONAL	HOSPITALIZACIÓN ESPECIAL	CONSULTAS EXTERNAS	PUEBAS DIAG. Y TER.	HOSPITAL DE DIA	CIRUGIA CON INGRESO	CIRUGIA AMBULATORIA	ATENCIÓN CONTINUADA
ADMISIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLINICA	SI									
ALERGOLOGÍA	SI									
ANÁLISIS CLÍNICOS										
ANATOMÍA PATOLÓGICA										
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN										
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR										
APARATO DIGESTIVO										
BIOQUÍMICA										
CARDIOLOGÍA										
CIRUGÍA CARDIACA										
CIRUGÍA GENERAL Y DEL APARATO DIGESTIVO										
CIRUGÍA MAXILOFACIAL										
CIRUGÍA PEDIÁTRICA										
CIRUGÍA PLÁSTICA Y REPARADORA										
CIRUGÍA TORÁCICA										
DERMATOLOGÍA MEDICO-QUIRÚRGICA										
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN										
FARMACIA HOSPITALARIA	SI									
FARMACOLOGÍA CLINICA										
GERIATRÍA										
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA										
INMUNOLOGÍA	SI									
MEDICINA DEL TRABAJO										
MEDICINA INTENSIVA	SI									F
MEDICINA INTERNA										
MEDICINA NUCLEAR										
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA										
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA										
NEFROLOGÍA										
NEUMOLOGÍA										
NEUROCIRUGÍA										
NEUROFISIOLOGÍA CLINICA	SI									
NEUROLOGÍA										
OBSTETRICÍA Y GINECOLOGÍA										
OFTALMOLOGÍA										
ONCOLOGÍA MÉDICA										
ONCOLOGÍA RADIOTRERÁPICA										
OTORRINOLARINGOLOGÍA										
PEDIATRÍA Y SUS ÁREAS ESPECÍFICAS	SI	SI								F
PSICOLOGÍA CLÍNICA	SI	SI	SI		SI					
PSIQUIATRÍA	SI									
RADIODIAGNÓSTICO										
RADIOFÍSICA										
REHABILITACIÓN										
REUMATOLOGIA										
TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA										
URGENCIAS										
UROLOGÍA										

*Psiquiatría incluye: Hospitalización Breve (63 camas+16 camas geronto-psiquiatría), Hospitalización Prolongada (199 camas), Desintoxicación Alcohólica, Deshabitación Alcohólica y Trastornos de la Personalidad, las tres últimas unidades disponen de Consulta externa. La Atención continuada la componen 1 FEA y 2 MIR. Además hay una Supervisora de guardia diurna 14h sábados, domingos y festivos.

ESTRUCTURA DE ATENCION HOSPITALARIA

Descripción Estructura/Equipamiento	Número
Camas funcionantes*	315
Total Nº quirófanos	0
Nº paritorios	0
Nº locales de Consulta Hospital	4
Nº locales de Consulta CEP	0
Total Nº puestos hemodiálisis hospital	0
Nº puestos Hospital de Día Onco-hematológico	0
Nº puestos Hospital de Día SIDA	0
Nº puestos Hospital de Día Geriátrico	0
Nº puestos Hospital de Día Psiquiátrico	0
Nº puestos Hospital de Día Otros Médicos	0
Nº puestos Hospital de Día Quirúrgicos	0
Nº Ecógrafos Servicio de Radiodiagnóstico	0
Nº Ecógrafos Servicio de Cardiología	0
Nº Ecógrafos Otros servicios del hospital	0
Nº Mamógrafos digitales	0
Nº Angiógrafos digitales Radiodiagnóstico	0
Nº Resonancia Magnética	0
Nº Tomografía Computarizada helicoidal	1
Nº Salas Convencionales Radiodiagnóstico	0
Nº Telemandos Radiodiagnóstico	0
Nº Arco multifuncional Radiodiagnóstico	0
Nº Equipos Radioquirúrgicos	0
Nº Litotritores	0
Nº Salas Hemodinámica	0
Nº Gammacameras	0
Nº Aceleradores Lineales	0
Nº Planificadores	0
Nº Simuladores	0
Densitómetros	0
Ortopantomógrafos	0
Quirófanos Instalados Hospital	0
Quirófanos Instalados CEP	0
Puestos Hemodiálisis No Infecciosos	0
Puestos Hemodiálisis Infecciosos	0
P.E.T.	0
Ecocardiógrafos	0
Equipos Ergometría	0
Holter Electrocardiograma	0
Holter Tensión	0
Salas Endoscopias	0
GastroscoPIO / Esofagoscopios	0
Colonoscopios / Rectoscopios	0
Polisomnógrafos	1
Electroencefalógrafos	0
Video EEG	0
Electromiógrafos	0
Equipos Potenciales Evocados	0

Unidad Hospitalización Breve 28 + 22 camas, Unidad Gerontopsiquiatría 16 camas, Unidad Trastornos de la Personalidad 16 camas, Unidad de Deshabitación 12 camas, Unidad de desintoxicación 20 camas, Unidad de Larga estancia 199 camas.

FINANCIACIÓN

La Gerencia dispondrá de la financiación pertinente en el marco del escenario financiero establecido por los presupuestos, con el fin de cumplir con los objetivos suscritos en el presente Contrato de Gestión 2016. A su vez la gerencia se compromete al cumplimiento del objetivo económico que supone esta financiación.

Los criterios utilizados para el ajuste de la financiación han sido:

1. Sostenibilidad.
2. Financiación equilibrada de acuerdo con los costes estructurales básicos y la actividad asignada.
3. Financiación estimada para las actuaciones o programas específicos que se determinen necesarios para el cumplimiento de los objetivos del Servicio Madrileño de Salud.
4. Optimización de la eficiencia y mejora de los mecanismos de gestión.

La estructura de financiación se distribuye en gastos de personal, gastos para compra de bienes y servicios, gasto para prescripción farmacéutica (recetas) y gasto para inversiones, adecuada a la población de referencia y a las dotaciones de créditos establecidas en el presupuesto aprobado por la Asamblea de la Comunidad de Madrid:

1. Financiación para Gastos de Personal:

Los créditos asignados en Capítulo I "Gastos de Personal" comprenden los recursos necesarios para el cumplimiento de la actividad asistencial recogida en el presente Contrato de Gestión, dentro de los límites presupuestarios establecidos.

Las dotaciones establecidas para gastos de personal en el ejercicio 2016 incluyen, entre otros, los siguientes conceptos: el incremento en un 1% de las retribuciones del personal, el abono de la antigüedad al personal estatutario temporal, los gastos derivados de la sustitución de los permisos correspondientes a los días adicionales de vacaciones y servicios prestados, los gastos derivados del convenio con la Consejería de Educación y los gastos derivados del Plan de Invierno.

La financiación asignada para gastos de personal se corresponde con el volumen de efectivos a 1 de enero de 2016, en el que están incluidos los correspondientes a programas especiales y Pactos de Gestión en vigor en dicha fecha. Esta cifra de efectivos no podrá superarse en el ejercicio, salvo por las contrataciones realizadas para el cumplimiento de los Pactos de Gestión y nuevas actuaciones especiales expresamente autorizadas y durante el plazo de vigencia de los mismos.

La financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas, administrativas o retributivas en materia de personal que tengan repercusión económica en el presupuesto del centro para el presente ejercicio.

Quedan al margen del presente Contrato de Gestión las dotaciones destinadas al abono de la productividad variable por cumplimiento de los objetivos.

2. Financiación para Gastos en Bienes y Servicios.

Los créditos asignados en Capítulo II "Gastos corrientes en bienes y servicios" comprenden los recursos necesarios para el cumplimiento de la actividad asistencial recogida en el presente Contrato de Gestión, dentro de los límites presupuestarios establecidos.

Contempla las medidas a aplicar en el 2016 que afecta a la financiación de este capítulo, las cuales podemos clasificar en dos líneas generales: Participación activa de los Centros de Gestión en la extensión y desarrollo de la Central de Compras así como la planificación de las adquisiciones reduciendo al máximo los contratos menores y Desarrollo de herramientas para la planificación económica que permita la mejora de la información, necesaria para el seguimiento y evaluación del gasto.

La financiación podrá ser revisada como consecuencia de medidas organizativas, que tengan repercusión económica en el presupuesto del centro para el presente ejercicio.

La ejecución del presupuesto relativo a la adquisición de lencería y vestuario se encuentra condicionada a la definición de la tramitación del concurso centralizado de lencería, por ello se revisaran y autorizaran las cuantías correspondientes a cada centro de manera individual por parte de la Dirección General de Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias.

La ejecución del presupuesto relativo a la actividad concertada requiere la justificación y solicitud previa a la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria. Posteriormente la Dirección General de Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias concretará el presupuesto correspondiente a cada concepto del artículo 25 de acuerdo con las autorizaciones realizadas.

3. Financiación para Gastos en Inversiones.

La financiación para inversiones tiene como objetivo la reposición, modernización, actualización y ampliación del inmovilizado existente para poder mantener y mejorar la calidad del servicio sanitario que se presta a los ciudadanos.

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Contempla la aplicación al 2016 de las medidas que afectan a la financiación de este capítulo.

La asignación de los créditos de inversión requiere la autorización previa de las actuaciones a desarrollar, así como la remisión de la información necesaria para su seguimiento. Por ello, las necesidades y actuaciones en Capítulo VI deberán solicitarse y justificarse ante la Dirección General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria y la Dirección General de Gestión Económico Financiera y de Infraestructuras Sanitarias.

El objetivo se concretará con el conjunto de actuaciones aprobadas por las Direcciones Generales señaladas.

Objetivo de Ingresos:

Tiene como objetivo la mejora de la actividad de facturación y cobros de todas aquellas prestaciones de servicios que deben ser financiadas por terceros responsables del pago. (Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre).

Con los criterios ya comentados, la financiación prevista para el año 2016 será:

FINANCIACIÓN	CANTIDAD EN EUROS
CAPÍTULO I:	21.914.410,00 €
Formación	819.687,00 €
CAPÍTULO II:	2.859.754,00 €
Facturación Terceros	€

Las desviaciones respecto a la financiación asignada serán evaluadas atendiendo los objetivos fijados por la Consejería de Sanidad así como los criterios presupuestarios de sostenibilidad y eficiencia, considerando la asignación de nuevos objetivos o circunstancias no previstas a la firma de este Contrato de Gestión.

OBJETIVOS CENTRO

PERSPECTIVA FINANCIERA

PERSPECTIVA FINANCIERA	VALORACIÓN		25%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACION (Sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
	AH			
CUMPLIR EL OBJETIVO PRESUPUESTARIO	100	Ajuste a presupuesto CAP I: Efectivos, Sustituciones, Productividad variable ¹ .	100%	50
		Ajuste a presupuesto CAP II: Conciertos, Material Sanitario, Farmacia hospitalaria, Servicios ¹	100%	30
		Cobros a terceros ajustado a objetivo	100%	20

¹ Objetivo excluyente de cumplimiento del Contrato de Gestión del Centro

PERSPECTIVA CIUDADANOS

PERSPECTIVA DEL CIUDADANOS	VALORACIÓN		40%	
AREA ESTRATEGICA	VALORACION (Sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
	AH	IMPULSAR LA ACCESIBILIDAD		
² ACCESIBILIDAD	40	% Abandonos programas en deshabituación alcohol	<20%	10
		% Abandonos programas en tratamiento alcohólico	<20%	10
		% Abandonos programas en trastornos de la personalidad	<30%	10
		Citación precoz en riesgo suicida ARSUIC <7 días, desde tentativa de suicidio	100%	10
	AH	IMPULSAR LA CALIDAD EN LA ASISTENCIA		
CALIDAD	20	Indicador sintético de despliegue de la seguridad del paciente en la organización	100%	3
		Indicador sintético de desarrollo de prácticas seguras	100%	4
		Indicador sintético de revisión y mejora del Observatorio de Resultados	100%	3
		Indicador sintético de cumplimiento y mejora de la calidad percibida	100%	4
		Indicador sintético de gestión de calidad	100%	3
		Indicador sintético de mejora de la atención al dolor	100%	3
	AH	IMPULSAR UN SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD		
SERVICIO PUBLICO DE CALIDAD	20	Incidencia de caídas en pacientes hospitalizados por cada 1000 días de estancias	<0,1	7
		% Pacientes que han desarrollado heridas crónicas durante el ingreso con estancia >2 días	<2,5%	7
		% Pacientes con planes de cuidados durante el ingreso	>95%	6
	AH	IMPULSAR CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS		
CONTINUIDAD EN LA ATENCIÓN A LOS CIUDADANOS	20	Mantener o incrementar el Peso medio del CMBD de Hospitalización del centro	0,8957	7
		Seguimiento del protocolo de Inmovilización de pacientes	100%	7
		Solicitud de grado de dependencia en pacientes susceptibles	100%	6

² Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva Ciudadanos del Contrato de Gestión del Centro

PERSPECTIVA PROCESOS

PERSPECTIVA PROCESOS	VALORACIÓN	20%		
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
	AH	IMPULSAR LA ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA		
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN CLÍNICA	5	³ Desplegar y firmar aceptación o denegación del Acuerdo de Gestión con todos los servicios y unidades del centro en el primer cuatrimestre	100%	5
		Índice estancia media ajustada (IEMA) sobre sí mismo año anterior	≤0,99	5
	25	Estancia media Psiquiatría agudos (PQA)	<15 días	5
		Estancia media Psiquiatría Larga Estancia (PQL)	>18 meses	5
		Estancia media Deshabitación alcohol	≤30 días	5
		Estancia media en Tratamiento desintoxicación alcohólica	≤15 días	5
	AH	IMPULSAR PROCESOS DE CARTERA DE SERVICIOS		
CONTINUIDAD ASISTENCIAL PROCESOS	35	Porcentaje de ocupación Psiquiatría agudos (PQA)	85%	9
		Porcentaje de ocupación Psiquiatría Larga Estancia (PQL)	95%	9
		Porcentaje de ocupación Deshabitación alcohol	85%	9
		Porcentaje de ocupación en Tratamiento desintoxicación alcohólica	85%	8
	AH	MEJORA PRESCRIPCIÓN Y USO RACIONAL MEDICAMENTO		
PRESCRIPCIÓN Y USO RACIONAL MEDICAMENTO	35	Indicador sintético de prescripción de receta	≥0,8	10
		Indicador sintético de eficiencia en farmacia hospitalaria	≥0,8	25

³Objetivo excluyente de cumplimiento de la Perspectiva Procesos del Contrato de Gestión del Centro
La descripción de los indicadores sintéticos aparece reflejada en el Anexo I

PERSPECTIVA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS, EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS

PERSPECTIVA INNOVACIÓN APRENDIZAJE E INFRAESTRUCTURAS	VALORACIÓN	15%		
AREA ESTRATEGICA	VALORACIÓN (sobre 100%)	INDICADOR	META	VALOR
	AH	ORIENTAR LA INFORMACIÓN, RECURSOS HUMANOS EQUIPAMIENTO E INFRAESTRUCTURAS		
INFORMACIÓN ASISTENCIAL	25	Enviar SIAE en fecha y forma en los dos primeros días hábiles de cada mes	100%	8
		Enviar CMBD en fecha y forma en los cinco primeros días hábiles de cada mes	100%	9
		Cerrar SICyT en fecha y forma en los tres primeros días hábiles de cada mes	100%	8
INFORMACION GESTION ECONOMICA E INFRAESTRUCTURAS	25	Enviar Datos de Seguimiento en tiempo y forma	100%	15
		Participación en Proyectos Corporativos	100%	10
INFORMACION RECURSOS HUMANOS	25	Base de datos mensual de Efectivos en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	7
		Ficha FOR en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	6
		Ficha FRET en fecha y forma en los cinco primeros días de cada mes	100%	6
		Ficha FGRM en fecha y forma antes del día veintidós de cada mes	100%	6
AUDITORIAS CLÍNICAS	25	Cumplimentación Informes de Alta según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	98%	15
		Cumplimentación Informes de Cuidados de Enfermería al Alta según normativa RD 1093/2010, de 3 de septiembre	98%	10

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

Reunidos D. César Pascual Fernández Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria del Servicio Madrileño de Salud de y D. Carlos Marfull Villena Director Gerente del Hospital Doctor Rodríguez Lafora, revisado el presente Contrato de Gestión con las directrices emanadas de la Consejería de Sanidad para el año 2016, y de acuerdo con las especificaciones contenidas en el mismo, acuerdan suscribirlo.

Madrid, a 30 de marzo de 2016

Director General de Coordinación de la Asistencia Sanitaria



Fdo.: César Pascual Fernández

Director Gerente del Hospital Doctor Rodríguez Lafora

Fdo.: Carlos Marfull Villena

INDICADORES SINTÉTICOS (ANEXO I): CALIDAD

OBJETIVO 1.- DESPLEGAR LA SEGURIDAD DEL PACIENTE (SP) EN LA ORGANIZACIÓN	
INDICADOR	Indicador sintético de despliegue de la seguridad del paciente en la organización (Objetivos de seguridad del centro, unidades/servicios y rondas de seguridad)
PERIODO	(% cumplimiento objetivos de seguridad del centro+ % cumplimiento objetivos por servicios+% cumplimiento rondas de seguridad)/3
ME 1/	100%
ACLARACIONES	Este indicador incluye 3 actuaciones para facilitar el despliegue de la Estrategia de Seguridad del Paciente 2015-2020 en la organización: 1) Desarrollo de al menos 5 objetivos de seguridad del paciente específicos del centro (y diferentes a los objetivos ya establecidos a nivel institucional), siendo prioritarios: identificación de prácticas innecesarias y uso seguro de radiaciones ionizantes 2) Desarrollo de al menos 2 objetivos de seguridad del paciente por servicios o unidades, siendo uno de ellos impartir una sesión de análisis de incidentes, boletines de seguridad o recomendaciones o prácticas seguras implantadas. 3) Realización de rondas de seguridad en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes/Directores/ Subdirectores o similares) o responsables clínicos y que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas. Al menos 4 rondas en hospitales grupos 1, 2, 3. (2 en UCI, 1 urgencias y 1 bloque quirúrgico) y 3 rondas en hospitales de apoyo, ME y Psq). Para poder dar por cumplido este objetivo el centro debe tener además nombrado, al menos, un responsable de seguridad del paciente por cada servicio/unidad Fuentes: Informes del centro. Listado de responsables.
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	1) Objetivos globales del centro: Alcanzado al 100% si se han desarrollado al menos 5 objetivos, siendo prioritarios un objetivo sobre identificación de prácticas innecesarias y otro de uso seguro de radiaciones ionizantes con la siguiente escala de puntuación: 20% de cumplimiento por cada objetivo, hasta llegar al 100% si >=5 objetivos y entre ellos se encuentran identificación de prácticas innecesarias (20%), y uso seguro de radiaciones ionizantes (20%) 2) Objetivos por servicios o unidades: Alcanzado al 100% si >80% de servicios al menos 2 objetivos de seguridad del paciente (siendo uno de ellos impartir una sesión de análisis de incidentes, boletines de seguridad o recomendaciones o prácticas seguras implantadas), con la siguiente escala de puntuación: 100% si >80% servicios; 80% si entre 70-80% servicios; 50% si entre 60-70% servicios; 0% si menor 50% servicios 3) Rondas de seguridad: Alcanzado al 100% si rondas documentadas en actas o similar y evaluadas, con la siguiente escala de puntuación: 25% por cada una de las rondas, hasta llegar al 100% si >=4 rondas y entre ellas se encuentran urgencias (25%), UCI (50%) y bloque quirúrgico (25%). En el caso de hospitales de apoyo 33% cada ronda siendo obligatoria bloque quirúrgico. En hospitales de ME/PSQ, 33% cada ronda Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.
OBJETIVO 2.- IMPULSAR PRÁCTICAS SEGURAS	
INDICADOR	Indicador sintético de desarrollo de prácticas seguras (Proyectos "Zero", higiene de manos, listado de verificación quirúrgica e identificación de pacientes)
PERIODO	(% cumplimiento de proyectos "zero"+ % cumplimiento higiene de manos+% cumplimiento LVQ + % cumplimiento pulseras identificativas)/4
ME 1/	100%
ACLARACIONES	Este indicador incluye la implantación de 4 prácticas seguras para mejorar la seguridad de los pacientes en el hospital: 1) Proyectos Zero incluyen reducción de infecciones (neumonía asociada a ventilación mecánica y bacteriemias relacionadas con catéter venoso central) y multirresistencias en UCI. De aplicación en las UCI de adultos. Dato global del hospital. Se considerará cumplimentación adecuada de registro ENVIN si completo los meses de abril, mayo y junio y registro de ENVIN simplificado para bacteriemias, neumonías asociadas a ventilación mecánica y bacterias multirresistentes el resto del año 2) Higiene de manos: Realización de la autoevaluación con la herramienta de la OMS y desarrollo de al menos 2 planes de acción que aborden las áreas de mejora detectadas, estando relacionado uno de ellos con la evaluación del cumplimiento de higiene de manos 3) Listado de verificación quirúrgica (LVQ). Al menos 90% de Utilización calculado como Nº de intervenciones quirúrgicas programadas en que se ha utilizado la lista de verificación quirúrgica/Nº total de intervenciones quirúrgicas programadas*100. A través de un "corte" o estudio específico con una muestra de historias clínicas 4) Implantación del sistema de identificación inequívoca de pacientes mediante pulseras en urgencias calculado como Nº de pacientes con pulseras identificativas en el Servicio de Urgencias/ Nº total de pacientes estudiados en el Servicio de Urgencias*100. Fuentes: ENVIN HELICS. Informes propios del centro
CÁLCULO CUMPLIMIENTO / PONDERACIÓN	1. Neumonía y Bacteriemia Zero: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: • 100% Si cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días • 80% Si no se cumple uno de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días • 60% Si no se cumplen dos de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días • 40% Si solo se cumple uno de los tres requisitos: cumplimentación adecuada registro ENVIN y <=8 NAV/ 1000 días y <3 bacteriemias CVC/1000días 2). Higiene de manos: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: 100% Si autoevaluación OMS y puesta en marcha de >= 2 planes de mejora, uno de ellos sobre evaluación de cumplimiento de higiene de manos. 50% Si autoevaluación y puesta en marcha de al menos 1 plan de mejora. 25% Si autoevaluación OMS y no puesta en marcha de planes de mejora. 3). LVQ: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación: 100% Si >90% intervenciones con LVQ. Entre 65-89% cálculo lineal del % de cumplimiento. Si <65%. 0% de cumplimiento. Alternativa: • 80% Si >80% intervenciones con LVQ • 60% Si > 70% intervenciones con LVQ • 40% Si > 60% intervenciones con LVQ • 20% Si > 50% intervenciones con LVQ 4. Pulseras identificativas: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación:

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

	<ul style="list-style-type: none"> • 100% Si >90% intervenciones con PI. • 80% Si >80% intervenciones con PI • 60% Si > 70% intervenciones con PI • 40% Si > 60% intervenciones con PI • 20% Si > 50% intervenciones con PI. <p>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</p>
--	---

OBJETIVO 3.- REVISAR Y MEJORAR LOS RESULTADOS CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	
INDICADOR	Indicador sintético de revisión y mejora del Observatorio de Resultados
DEFINICIÓN	Responsable nombrado (20%=Si, 0%=No)+ Informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial(Ver % apartado de cálculo cumplimiento/ponderación)
ALCANCE	100%
DESCRIPCIÓN	<p>El Hospital deberá realizar las siguientes actuaciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contar con un responsable del proyecto Observatorio de Resultados. 2. Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados del Observatorio. 3. Además, si en el apartado de efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan los obtenidos en su grupo, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer, en su caso, acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma). De forma específica, en la revisión de los resultados de los indicadores de infección relacionada con la asistencia sanitaria se contará con la participación de M. Preventiva
CRITERIOS DE VALORACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>100% Si se ha designado por el hospital a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial (En este formato se incluyen los posibles incumplimientos y, en este caso, las correspondientes acciones de mejora).</p> <p>80% No se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial.</p> <p>60% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial al no incluir a todos los profesionales implicados.</p> <p>• 40% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial al no incluir a todos los indicadores susceptibles de mejora.</p> <p>• 20% Se ha designado a un responsable de coordinar las actuaciones del Observatorio de resultados y no se ha realizado el informe de revisión de acuerdo con el formato establecido por la Subdirección General de Calidad Asistencial.</p> <p>Si objetivo no cumplido, elaborar propuesta de mejora</p>

OBJETIVO 4.- MEJORAR LA CALIDAD PERCIBIDA	
INDICADOR	Indicador sintético de cumplimiento y mejora de la calidad percibida (Índice de satisfacción global, Acciones de mejora encuesta y Líneas de Comité de Calidad Percibida)
DEFINICIÓN	(% cumplimiento de ISG*0,6)+ (% cumplimiento acciones de mejora*0,2)+(% cumplimiento líneas CCP*0,2)/3
ALCANCE	100%
DESCRIPCIÓN	<p>Este indicador incluye tres actuaciones de mejora de calidad percibida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Índice de Satisfacción global de los usuarios con la atención recibida (ISG) en los segmentos de hospitalización, cirugía ambulatoria, consultas externas y urgencias. 2.- Acciones de mejora derivadas de la encuesta de satisfacción. 3.- Líneas actuación del Comité de Calidad Percibida <p>Fuente: Encuesta de satisfacción 2016 SERMAS. Informe del centro de de acciones de mejora en formato preestablecido con la descripción de las actividades, cronograma e indicadores.</p>
CRITERIOS DE VALORACIÓN	<p>El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración:</p> <p>1. Índice de satisfacción global: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si >90% o media grupo. • 80% Si >85% • 60% Si > 80% • 40% Si > 75% • 20% Si > 70% <p>2. Acciones de mejora de la encuesta: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación de acuerdo a las acciones establecidas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si implantadas el número de acciones establecidas por segmento (Grupos 1,2 y 3: 5 con al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 3; Psq: 2). • 80% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 con al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 2; Psq: 1 • 60% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 4 no siendo al menos 1 en cada segmento; Apoyo y ME: 1; • 40% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3 • 20% Si implantadas en Grupos 1,2 y 3: 3 <p>3. Líneas de actuación del comité de calidad percibida: Alcanzado con la siguiente escala de puntuación de acuerdo a las acciones establecidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 100% Si si se han desarrollado al menos 4 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3, y 3 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 80% Si se han desarrollado al menos 3 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 60% Si se han desarrollado al menos 3 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 2 líneas en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo • 40% Si se han desarrollado al menos 2 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; o 1 líneas en Apoyo, ME y Psq, siendo

Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid

una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo

- 20% Si si se han desarrollado al menos 2 líneas de actuación en grupos 1,2 y 3; y 1 líneas en Apoyo, ME y Psq, no siendo una de ellas conocer la opinión de pacientes y/o familiares a través alguna técnica de tipo cualitativo

Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora.

OBJETIVO 5.- DESARROLLAR LA GESTIÓN DE CALIDAD

INDICADOR	Indicador sintético de gestión de calidad (Modelo EFQM y Gestión ambiental)
FÓRMULA	(% cumplimiento de consolidación Modelo EFQM)+ (% cumplimiento desarrollo actuaciones de gestión ambiental)/2
OBJETIVO	100%
DESCRIPCIÓN	Este indicador incluye dos apartados: Modelo EFQM: Planes de acción de las áreas prioritizadas en la autoevaluación. Gestión ambiental: Desarrollar actuaciones para la implantación, verificación y mantenimiento de Sistemas de Gestión Ambiental (en hospitales no certificados avanzar de fase y en certificados desarrollando al menos un plan de acción según los resultados de la evaluación del desempeño ambiental, objetivos y metas del año 2015) y Monitorizar los indicadores de acuerdo a la formulación y fuentes de información consensuados desde la Subdirección de Calidad. Fuentes: Informes del centro
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración: 1. Planes de mejora modelo EFQM: • 100% Si realizado al menos 3 planes de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido • 80% Si realizado al menos 2 planes de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido • 60% Si realizado al menos 1 plan de acción y cumplimentado el informe en formato preestablecido 2. Gestión ambiental: • 100% Si monitorización de indicadores de gestión ambiental y se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados y si al menos se documenta un plan de acción en hospitales certificados • 80% Si se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados y si al menos se documenta un plan de acción en hospitales certificados • 60% Si monitorización de indicadores de gestión ambiental y no se ha logrado avanzar una fase respecto a situación a finales de 2015 en hospitales no certificados o no se documenta un plan de acción en hospitales certificados Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

OBJETIVO 6.- OPTIMIZAR LA ATENCIÓN AL DOLOR

INDICADOR	Indicador sintético de mejora de la atención al dolor (Escala de valoración del dolor y líneas de actuación Comité de Atención al dolor)
FÓRMULA	(% cumplimiento implantación escalas valoración dolor)* (% cumplimiento desarrollo líneas actuación Comités Atención al Dolor)/2
OBJETIVO	100%
DESCRIPCIÓN	Este indicador incluye dos apartados: 1. Implantación de escalas de valoración del dolor en servicios/unidades se calcula como N° de servicios clínicos o unidades que tienen implantadas escalas de valoración del dolor/N° de Servicios clínicos. 2. Líneas de actuación comités atención al dolor: contemplar: la atención al dolor agudo y al dolor crónico, (siendo actuación obligada en estas líneas la revisión y actualización en los últimos 3 años de protocolos de atención al dolor.), a la seguridad en el tratamiento del dolor, en coordinación con las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios, (siendo actuación obligada la inclusión de contenidos relacionados con la atención segura al dolor en los planes de acogida del centro a profesionales) y finalmente línea de coordinación con AP.
CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	El objetivo estará alcanzado con la siguiente escala de valoración: 1. Escalas de valoración del dolor: • 100% Si alcanzado en el 80% de los servicios/unidades • 80% Si alcanzado en el 70% de los servicios/unidades • 60% Si alcanzado en el 60% de los servicios/unidades • 40% Si alcanzado en el 50% de los servicios/unidades 2. Líneas de los comités de atención al dolor: • 100% Si al menos 5 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 3 líneas (hospitales Apoyo, ME y Psq), de las cuales, al menos, una hace referencia a la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR y la coordinación con AP • 80% Si al menos 4 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 2 líneas (hospitales Apoyo, ME y Psq), sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR y la coordinación con AP • 60% Si al menos 3 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) y 1 línea (hospitales Apoyo, ME y Psq), sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP • 40% Si al menos 2 líneas (hospitales Grupos 1,2 y 3) sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP • 20% Si al menos 1 línea (hospitales Grupos 1,2 y 3) sobre la atención al dolor agudo, dolor crónico, coordinación con UFGR o la coordinación con AP Si objetivo no cumplido: elaborar propuesta de mejora

INDICADORES SINTÉTICOS (ANEXO I): FARMACIA

Las fichas con información de los indicadores de farmacia se podrán consultar en el "MANUAL DE INDICADORES DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS-HOSPITALES AÑO 2016"
(<https://saluda.salud.madrid.org/tematica/areafarmacia/Paginas/DatosdePrestacionFarmaceutica-Indicadores.aspx>)

1. INDICADORES DE PRESCRIPCIÓN EN RECETA

Indicadores de pediatría**		Evaluación de la mejora del indicador*	INDICADOR PEDIATRÍA (IP) Ponderación
De selección	% EFG receta	Positivo	50%
	% Niños ALT/Total antiasmáticos	Negativo	50%

*(Incremento del indicador=positivo; descenso del indicador=negativo). Ver los objetivos detallados para cada indicador en el Manual (Anexo III).

**Indicadores para el hospital Niño Jesús

Indicadores de adultos		Evaluación de la mejora del indicador	INDICADOR ADULTOS (IA) Ponderación
	Pacientes en tratamiento con estatinas de elección	Positivo	20%
	% DDD Omeprazol/Total IBP	Positivo	20%
	% EFG receta	Positivo	20%
	% DDD Sulfoninureas <70 años	Positivo	20%
	% DDD ARAII+Aliskiren/SRA**	Negativo	20%

*(Incremento del indicador=positivo; descenso del indicador=negativo). Ver los objetivos detallados para cada indicador en el Manual (Anexo III).

** No incluido en contrato programa de Hospital Santa Cristina

2.- INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA

INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA ≥ 0,7 Indicadores Hospitales Grandes, Medianos I y Medianos II	Ponderación
Índice Sintético General	70,00%
Coste tratamiento por paciente adulto VIH	24,50%
% pacientes adultos tratados y con CV indetectable	4,70%
Coste tratamiento por paciente en tratamiento con antiangiogénicos en DMAE exudativa	4,12%
Coste tratamiento por paciente EM-EXT Y HD PONDERADO	12,77%
Coste tratamiento por paciente Psoriasis	3,95%
Coste tratamiento por paciente Artritis Psoriásica	2,06%
Coste tratamiento por paciente EII	7,00%
Coste tratamiento por paciente Artritis Reumatoide	6,38%
Coste tratamiento por paciente Espondiloartropatías	4,53%
Indicadores Biosimilares	14,00%
% de Biosimilares (BS)	8,00%
% pacientes NUEVOS en tratamiento con Biológicos Biosimilares*	6,00%
Indicadores de VHC	10,00%
Tratamiento más eficiente en pacientes mono infectados con Virus Hepatitis C	5,00%
Tratamiento más eficiente en pacientes coinfectados con Virus Hepatitis C	5,00%
Indicador de Onco-hematología	6,00%
Indicador en Leucemia Mieloide Crónica (LMC)	6,00%
INDICADOR SINTÉTICO DE EFICIENCIA EN FARMACIA HOSPITALARIA ≥ 0,7	
Indicadores hospitales: Santa Cristina, Cruz Roja, Virgen de la Poveda, Virgen de la Torre, Hospitales de Salud Mental, Hospital Niño Jesús, Hospital Guadarrama, Hospital Fuenfría	Ponderación
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH) *	VER TABLA POR HOSPITAL
Coste/Estancia *	
Ratio adquisiciones contables/adquisiciones PVL IVA *	
% EFG adquisición directa*	
Coste medio paciente hormona crecimiento niños**	

Ver los objetivos detallados para cada indicador en el Manual (Anexo III); * Santa Cristina, Cruz Roja, Virgen de la Poveda, Virgen de la Torre, Hospitales de Salud Mental, Hospital Niño Jesús, Hospital Guadarrama; Hospital Fuenfría; **Hospital Niño Jesús

	Media y Largo Estancia o Apoyo	Salud Mental
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH)	31,25%	
Coste/Estancia		66,67%
Ratio adquisiciones contables/adq. PVL IVA	37,50%	16,67%
% EFG adquisición directa	31,25%	16,67%

	H. Niño Jesús
Coste hospitalización farmacia/Unidad Complejidad Hospitalaria (UCH)	20,00%
Ratio adquisiciones contables/adquisiciones PVL IVA	40,00%
Coste medio paciente hormona crecimiento niños	40,00%

