

**INSTRUCCIONES PARA LA GESTIÓN DEL REGISTRO  
GENERAL DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE NAVARRA**

**Versión: 4.00**

**Fecha: 02 de julio de 2012**

## 1. INTRODUCCIÓN

En la Ley Foral 14/2008 de 2 de julio de Garantía de Espera en Atención Especializada en el Sistema Sanitario Público de Navarra, y más concretamente en su artículo 8, se recoge la creación de un Registro de pacientes en lista de espera de Navarra. Este será único para toda la Comunidad Foral, estará adscrito al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea y deberá cumplir con lo dispuesto en el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo.

En el Registro se inscribirán todos los pacientes que solicitaron una atención especializada de carácter programado y no urgente. La información que contendrá sobre las listas de espera se ajustará a lo establecido en la normativa básica que resulte de aplicación en cada momento y cumpliendo siempre con lo que se disponga en la Ley de Protección de Datos.

Tras la promulgación de las citadas normas y después de proceder a las modificaciones de los soportes informáticos necesarios, se procedería a la creación y puesta en marcha del Registro. Aunque el Registro tenga carácter único, la gestión de las altas y las bajas, se debe llevar a cabo de manera descentralizada por cada uno de los centros de admisión de cada uno de los Hospitales. Ante esta realidad operativa y con el fin de garantizar una coordinación y homogeneidad funcional, se dictan estas instrucciones cuyo objetivo es establecer las normas básicas que regulen los diferentes procedimientos relacionados con la gestión del Registro de Listas de Espera de Navarra.

El desarrollo y la aplicación de estos procedimientos son una responsabilidad compartida por la propia Gerencia del SNS-O y las Direcciones-Gerencias de cada institución sanitaria. Por ello se identifican, para cada uno de los procedimientos incluidos, los responsables de cada uno de ellos, el desarrollo del proceso, los documentos que deben cumplimentarse, así como los plazos o compromisos de respuesta, si los hubiere, en cada fase del procedimiento.

Como norma general las actuaciones de carácter administrativo en los procesos relacionados con la localización e información de pacientes, en relación con la gestión del Registro de Lista de Espera, deberán dejar constancia de su realización, siempre que sea posible.

Los dos objetivos finales de estas instrucciones se circunscriben a, de una parte, poder disponer de una herramienta administrativa que de respuesta a la necesidad de homogeneizar las diferencias cualitativas y cuantitativas que la información sobre listas de espera, presenta entre los centros sanitarios de Navarra, para lo que es preciso definir unos criterios objetivos para el cómputo de pacientes y para la obtención de datos agregados.

Para conseguir el segundo objetivo, se pretende seguir las reiteradas recomendaciones del Defensor del Pueblo orientadas a que, en el ámbito de cada Servicio de Salud, se adopten unos criterios objetivos diseñados y reflejados en los correspondientes soportes técnicos, respecto a los registros de pacientes, y al cómputo, clasificación, medidas de la espera y datos e indicadores básicos en consultas externas, pruebas complementarias e intervenciones quirúrgicas, para poder cumplir mejor con los compromisos que, la Administración, tiene con los derechos de los administrados, a una buena y suficiente información sobre las listas de espera, y al cumplimiento de la Ley Foral 21/2010.

Finalmente una de las estrategias de actuación frente a las listas de espera, está basada en las mejoras en la gestión de la propia lista, ya que la forma con la cual se lleva a cabo esta suele suponer también una fuente de ineficiencias, tanto informativas como de aprovechamiento de recursos.

Esta gestión administrativa de las listas de espera contempla distintas medidas, desde la contabilización de pacientes, las depuraciones administrativas de las listas, las llamadas previas a la cita, las auditorías de las listas (controlar si la provisión del servicio sigue estando indicada), las cuales, no sólo ayudan a una información más veraz sobre los pacientes que realmente están esperando, sino que también pueden contribuir a una reducción real de las listas.

Para poder trabajar de manera coordinada en el desarrollo de todas estas estrategias y poder conseguir los objetivos finales, es por lo que creemos necesario e irrenunciable la aprobación de estas instrucciones, que ayude en el conocimiento, seguimiento y gestión administrativa de listas de espera, cumpliendo al mismo tiempo, con los requerimientos exigidos por la normativa vigente.

## **2. REGISTRO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE NAVARRA (Definición, adscripción y contenidos)**

### **a) DEFINICIÓN**

El Registro de pacientes en lista de espera de Navarra es un instrumento para el control y gestión de los pacientes pendientes de atención programada. Incluirá el conjunto de pacientes en espera de consultas externas, pruebas diagnósticas y terapéuticas e intervenciones quirúrgicas en cualquiera de los centros del Sistema de Salud de Navarra.

### **b) BENEFICIARIOS**

Podrán beneficiarse de la inclusión en el Registro de Pacientes en listas de espera, las personas que dispongan de Tarjeta Individual Sanitaria del Sistema de Salud de Navarra en condiciones de igualdad efectiva.

Las personas que no dispongan de la mencionada tarjeta gozarán de los mismos derechos en las formas y condiciones previstas en la legislación estatal y en los convenios que sean de aplicación en cada momento.

La inscripción en este registro será requisito imprescindible para ser beneficiario de las garantías de espera establecidas en la Ley Foral 14/2008 de, 2 de julio, ó en su caso la norma vigente que corresponda

#### **c) GESTIÓN**

El Registro de Pacientes en Listas de Espera de Navarra será gestionado por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, de acuerdo con lo contemplado en el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo, el Decreto Foral 21/2010 de 26 de abril y con las normas que lo puedan desarrollar.

Para la puesta en práctica de estas instrucciones se utilizarán los distintos documentos recogidos en el Anexo a las mismas.

#### **d) CONTENIDO**

En los Registros de pacientes en lista de espera de asistencia especializada se inscribirá el conjunto mínimo de datos a que hace referencia el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneos de la información sobre listas de espera en el Sistema Nacional de Salud y más concretamente lo contemplado en el Anexo I, punto III para el Registro de consultas externas y pruebas diagnósticas terapéuticas y en el Anexo II, punto III para el Registro de intervenciones quirúrgicas.

#### **e) CLASIFICACIÓN DE PACIENTES**

Los pacientes incluidos en los Registros se clasificaron en función del tipo de espera.

1.- Pacientes en espera estructural: son aquellos pacientes que en un momento dado, están pendientes de ser atendidos y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.

2.- Aquellos pacientes que, en un momento dado, estén incluidos en el Registro pero cuya espera no sea atribuible a la organización y recursos disponibles.

### 3. REGISTRO DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS (1ª VISITA) Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS O TERAPÉUTICAS

#### I. DEFINICIONES

- a) Definimos como **Registro de pacientes en lista de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas** al conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran en espera para ser atendidos en una consulta externa o para la realización de una prueba diagnóstico/terapéutica en Atención Especializada solicitada por un médico autorizado por la institución, teniendo documentada tal petición
- b) Se define como **fecha de entrada** en el Registro, la fecha de indicación de la consulta o prueba por el médico peticionario.
- c) Se considera **cita a primera fecha disponible** aquella solicitud que tiene consignada una preferencia ordinaria y por tanto, no conlleva una priorización específica. Cuando por razones organizativas no pueda asignársele al paciente cita a la primera fecha disponible, la petición pasará a la agenda de reserva de pacientes no citados.
- d) Se define como **primera consulta** a la efectuada a un paciente por primera vez, en una especialidad concreta y por un problema de salud nuevo, según criterio del médico prescriptor. Quedan expresamente excluidos de inclusión en este Registro de primeras visitas las revisiones periódicas de tipo preventivo y cualquier otro tipo de revisión. En ningún momento se consideran primera visita aquellas solicitudes que no estén ajustadas a lo aquí expuesto.
- e) Se define como prueba diagnóstica/terapéutica toda prueba o exploración complementaria realizada en una consulta o sala especial que no está englobada en la anamnesis y exploración física básica que se realiza al paciente y que requiere la asignación de un tiempo distinto al de la propia consulta.

#### II. CLASIFICACIÓN DE LOS PACIENTES

Los pacientes incluidos en el Registro se clasifican como:

1. Pacientes en **espera estructural**: incluye los pacientes que, en un momento dado, se encuentran pendientes de ser vistos en consulta de asistencia especializada para una primera visita o para la realización de una prueba diagnóstica terapéutica y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles, y con independencia de que se encuentren ya citados o pendientes de citar.
2. Pacientes en **espera no estructural**: pacientes incluidos en el Registro, en un momento dado, pero cuya espera no es

atribuible a la organización y a los recursos disponibles, sino a circunstancias especiales de la solicitud de la cita.

- Pacientes con demora atribuible a la propia voluntad del paciente (pacientes en espera voluntaria por motivos personales, laborales o por libre elección de médico).
- Resto de pacientes incluidos en el Registro cuya cita se ha establecido sobre una fecha solicitada por el médico petionario.

### III. PRIORIZACIÓN DE PACIENTES

Priorización de pacientes para consulta externa y prueba diagnóstica. La inclusión de pacientes en el Registro sólo presentará dos tipos de prioridades:

- **Prioridad 1:** solicitud **preferente**, será aquella solicitud que debe realizarse en un periodo máximo de 15 días.
- **Prioridad 2:** solicitud **ordinaria**, es la solicitud de consulta y prueba complementaria en la que no concurre ningún elemento de prioridad.

### IV. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS EN EL REGISTRO DE LISTA DE ESPERA DE CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Conjunto mínimo de datos de consultas externas (1ª visitas) y pruebas diagnósticas terapéuticas que se deberán introducir.

- Identificación del paciente, dirección y teléfono actualizado para posible localización.
- Fecha de entrada en el registro: la fecha de indicación de la consulta o prueba por el médico petionario.
- Petionario : Datos identificativos del médico solicitante de:
  - Atención Primaria
  - Asistencia Especializada
  - Hospital, áreas de referencia
  - Otras instancias autorizadas
- Especialidad, subespecialidad, prueba diagnóstica terapéutica solicitada.
- Prioridad del paciente:
  - Solicitud preferente
  - Solicitud ordinaria

- Fecha de cita solicitada: coincidirá con la fecha de entrada en el Registro, salvo en los casos en que exista una fecha expresamente indicada como conveniente por el médico peticionario, en cuyo caso será esta.
- Fecha de cita asignada: fecha en la que el paciente es citado.
- Motivo de baja del Registro: Tipo conclusión del episodio.
- Fecha de baja.

## **V. ENTRADAS EN EL REGISTRO DE CONSULTAS EXTERNAS Y PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS**

La entrada en el Registro de lista de espera de los pacientes pendientes de consulta externa y pruebas diagnósticas o terapéuticas se hará cuando éstas sean solicitadas por un médico habilitado para ello por el SNS-O.

La inscripción en el Registro se formalizará por la unidad de admisión del Centro sanitario asistencial o de Atención Primaria que corresponda, cuando reciba el documento de solicitud de consulta o prueba que deberá ir firmada y/o validada por el facultativo que efectúa la indicación. La fecha de entrada en el Registro será la que conste como fecha de la indicación de la consulta o prueba por el médico peticionario en el documento de solicitud.

Una vez efectuada la inscripción y asignada la fecha de atención, se entregará al paciente o, en su caso, al representante del mismo, una copia de la cita, donde constan la fecha de entrada en el Registro y la de la atención, cuando esta se haya podido determinar.

## **4. REGISTRO DE PACIENTES PENDIENTES DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA PROGRAMADA**

### **I. DEFINICIONES Y CRITERIOS**

Se define como Registro de Pacientes pendientes de intervención quirúrgica programada, al registro que incluye a todos los pacientes con prescripción no urgente de un procedimiento diagnóstico y terapéutico establecido por un médico especialista quirúrgico habilitado por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, aceptada por el paciente y para cuya realización el hospital tiene prevista la utilización de quirófano.

No se incluirán en el Registro los pacientes cuya intervención sea programada durante el episodio de hospitalización en el que se establece la intervención quirúrgica, o aquellos pacientes en espera de la realización de cualquier tipo de trasplante de órganos.

Se considera **fecha de entrada en el Registro**, la fecha en que se cumplimenta por el médico especialista quirúrgico la solicitud de inscripción del paciente en el Registro de lista de espera quirúrgica.

Se define como **fecha de salida del Registro**, la fecha en la que el paciente es dado de baja en este. Toda salida del registro debe quedar documentada, figurando el motivo específico de aquella.

Para la inclusión en el Registro, es necesario y condición previa, que el paciente manifieste su conformidad con la intervención quirúrgica, mediante la firma del documento de solicitud de inclusión en la lista de espera.

Una vez cumplimentada la solicitud de inclusión en lista de espera, el personal sanitario, la trasladará al Servicio de Admisión del hospital, para que desde ahí se proceda a su anotación en el Registro, tras verificar que reúne los requisitos previstos.

Una vez efectuada la inscripción, el Servicio de Admisión informará por escrito al paciente o, en su caso, a su representante, sobre la entrada en el Registro, algunos aspectos relacionados con el funcionamiento del mismo y algunas cuestiones de especial interés para el paciente relacionadas con los derechos y deberes del mismo.

Si el paciente no muestra su conformidad a la inclusión en el Registro, se dejará constancia en la historia clínica de la indicación, así como de la voluntad del paciente de no suscribir la solicitud en ese momento, sin perjuicio de la posibilidad de dar su conformidad en un momento posterior.

## II. CLASIFICACIÓN DE PACIENTES

La clasificación de pacientes incluidos en el Registro, en función del tipo de espera es la siguiente:

- a) **Pacientes en espera estructural:** son aquellos pacientes que, en un momento dado, se encuentran en situación de ser intervenidos quirúrgicamente y cuya espera es atribuible a la organización y recursos disponibles.
- b) **Pacientes en espera tras rechazo a la propuesta de intervención en un centro alternativo:** son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya espera es motivada por la libre elección del ciudadano.
- c) **Pacientes transitoriamente no programables:** son aquellos pacientes pendientes de una intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado por alguno de los siguientes motivos:
  - Pacientes en espera médica por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención.
  - Pacientes en espera, por solicitud de aplazamiento de la intervención (motivos personales/laborales)



### III. PRIORIZACIÓN DE PACIENTES

Las prioridades para una indicación quirúrgica son:

1. **Prioridad 1:** pacientes cuyo tratamiento quirúrgico, siendo programable, no admite una demora superior a 30 días.
2. **Prioridad 2:** pacientes cuya situación clínica o social admite una demora relativa, siendo recomendable la intervención en un plazo inferior a 90 días.
3. **Prioridad 3:** pacientes cuya patología permite la demora de tratamiento, ya que aquella no produce secuelas importes.

### IV. CONJUNTO MÍNIMO DE DATOS EN EL REGISTRO DE LISTA DE ESPERA QUIRÚRGICA

Los datos mínimos que se deben recoger en el Registro son:

- Identificación del paciente, dirección y teléfono actualizado para posible localización.
- Fecha de entrada del paciente en el Registro.
- Servicio quirúrgico y facultativo que indica la inclusión en lista de espera quirúrgica.
- Prioridad del paciente.
- Diagnóstico de inclusión.
- Procedimiento quirúrgico previsto.
- Situación del paciente (tipo de espera)
  1. Estructural.
  2. Paciente en espera tras rechazo de centro alternativo.
  3. Paciente transitoriamente no programable.
- Motivo de salida:
  1. Por intervención
  2. Por otros motivos
- Fecha de salida.

## **5. SALIDAS DE PACIENTES DEL REGISTRO GENERAL DE LISTAS DE ESPERA**

Serán causa de salida y de baja en los Registros de pacientes en lista de espera, con independencia de las circunstancias que han motivado la entrada, las siguientes:

- a) La realización de la prestación solicitada, intervención quirúrgica, consulta externa y/o prueba diagnóstica.
- b) La renuncia expresa del paciente a figurar en el Registro comunicada por escrito.
- c) La existencia de contraindicación o la desaparición de la atención sanitaria que inicialmente motivó su inclusión en lista de espera, según informe médico.
- d) El fallecimiento del paciente.
- e) Expedición del documento acreditativo de la garantía, cuando superado el tiempo máximo de la misma, sea solicitado por el paciente, y ejerza la opción de ser atendido en un centro de su elección, y que no pertenezca al Sistema Sanitario Público.
- f) La falta de asistencia o no presentación a la citación de la intervención quirúrgica, consulta externa o prueba complementaria en el centro del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea o centro alternativo ofrecido por el mismo, no justificado por algunas de las circunstancias justificativas.
- g) Cuando el paciente retrase o demore la atención sin causa justificada.
- h) En el Registro de Listas de Espera Quirúrgicas no poder contactar con el paciente tras haberlo intentado mediante tres llamadas telefónicas en días y en horas diferentes en los casos en que el aviso de atención se realiza por teléfono. Si no se ha localizado de esta forma, deberá notificarse mediante carta con aviso de recibo, que se producirá la salida del Registro de no ponerse en contacto con el centro hospitalario en el plazo de siete días naturales, contados desde el siguiente al de su recepción.

Toda salida del Registro deberá quedar documentada figurando el motivo de ella y la fecha de salida será la establecida en el Real Decreto 605/2003 de 23 de mayo.

## **6. CIRCUNSTANCIAS JUSTIFICATIVAS DE LA FALTA DE ASISTENCIA Y/O RETRASO A LA ATENCIÓN PROGRAMADA**

Se considera causa justificativa de la falta de asistencia y/o retraso de la atención programada, la concurrencia en esa fecha de alguna de las siguientes circunstancias:

- a) Matrimonio.
- b) Nacimiento de hijo, adopción o acogimiento de menor.
- c) Fallecimiento o enfermedad grave de familiar por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado inclusive.
- d) Cumplimiento de un deber inexcusable de carácter personal.
- e) Exámenes por estudios oficiales.
- f) Fuerza mayor o todo hecho determinante del incumplimiento de la obligación ajeno a la voluntad del paciente e imprevisible o que, aunque pudiera preverse, resulte inevitable.

La falta de asistencia a la cita programada por alguna de las circunstancias previstas en el apartado anterior, no determinará la salida del Registro, ni alteración alguna en el lugar que ocupe en la lista de espera, siempre que se acredite adecuadamente, pero quedarán suspendidos los tiempos máximos de garantías de espera.

## **7. CAUSAS DE SUSPENSIÓN Y PÉRDIDA DE LAS GARANTÍAS DE PLAZOS MÁXIMOS DE ESPERA EN ASISTENCIA ESPECIALIZADA DE CARÁCTER PROGRAMADO**

De acuerdo con lo establecido en la normativa en vigor en relación con la garantía de plazos máximos de espera, se determinan las siguientes circunstancias para la suspensión y pérdida de las garantías.

### **1.- SUSPENSIÓN**

Los tiempos máximos de respuesta, se suspenderán cuando concurren los siguientes supuestos:

- a) A petición del paciente, que alegando los motivos justificativos (expresados en el apartado 6) y sin renuncia a la atención sanitaria que se le oferte, solicite el aplazamiento de la atención garantizada (intervención

quirúrgica, consulta o prueba diagnóstica) durante un tiempo determinado.

- b) Cuando concorra causa clínica que justifique y aconseje el aplazamiento del proceso de atención.
- c) En caso de acontecimiento catastrófico, epidemias, huelgas o disfunciones y graves emergencias que afecten a uno o más centros o servicios sanitarios.

Cuando concurren las causas de interrupción del apartado anterior, el paciente pasará a espera no estructural si se trata de consulta externa o prueba diagnóstica, a la espera para pacientes transitoriamente no programables en caso de intervención quirúrgica en tanto no desaparezcan estas causas. Una vez desaparecidas las causas volverá a la situación de espera estructural.

El cómputo del tiempo máximo de respuesta se reanudará una vez desaparezcan las circunstancias que hubieran motivado la interrupción del plazo.

## **2.- PÉRDIDA DE LA GARANTÍA**

La garantía de tiempo máximo de acceso establecida normativamente, quedará sin efecto cuando el usuario:

- a) Deje de tener la indicación que justificaba la atención garantizada.
- b) Renuncie voluntariamente a la atención garantizada.
- c) No hubiera optado, en el plazo establecido al efecto, por algunas de las alternativas ofertadas por el SNS-O, o hubiera rechazado el/los centro/s alternativo/s ofertado/s para la realización de la asistencia.
- d) No se presente, sin motivo justificado, a la citación correspondiente en el centro que le ofrezca el SNS-O.
- e) Retrase la atención sin causa justificada.
- f) Cuando el paciente, en virtud de la libre elección de especialista, elige un facultativo que por cualquier causa no pueda garantizar un tiempo máximo de respuesta.
- g) Incumpla alguna de las obligaciones señaladas en los apartados a, b y d, del artículo donde se recogen los distintas obligaciones del usuario del punto específicamente están establecidas.

En los supuestos a, b, d y e el paciente será dado de baja en el Registro.

En los demás apartados, aunque se pierda la garantía respecto a la atención, el paciente continuará en el Registro de lista de espera, en la situación de espera no estructural.

## **8. OBLIGACIONES DE LOS USUARIOS**

Para que pueda ser efectiva la garantía de tiempo máximo de acceso previsto, los usuarios inscritos en el Registro de espera están obligados a:

- a) Mantener actualizados los datos sobre su teléfono, domicilio o correo electrónico a efectos de llamamiento.
- b) Justificar cuando concurren motivos personales y mediante el procedimiento que el SNS-O a tal efecto determine la solicitud de aplazamiento de la atención garantizada.
- c) Comunicar con antelación suficiente, siempre que ello sea posible, la decisión de no presentarse a una citación.
- d) Facilitar al SNS-O la información necesaria que le sea requerida a efecto de poder asignarle la alternativa más adecuada para la realización de la atención garantizada.
- e) Poner en conocimiento de los responsables de las instituciones sanitarias las irregularidades que observen en el ejercicio del derecho de la garantía de tiempo máximo de acceso mediante el procedimiento que el SNS-O establezca a tal efecto.

## **9. SISTEMA DE GARANTÍAS. AUTORIZACIÓN DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO EN EL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA**

De acuerdo con el artículo 5 de la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio y con el Capítulo III, artículo 9 del Decreto Foral 21/2010 de 26 de abril, donde se recogen las garantías derivadas incumplimiento del plazo máximo, el paciente, en el caso de que se superen estos máximos de espera fijados en la normativa en vigor, podrá requerir al SNS-O, la atención sanitaria para lo que solicitará el “Documento Acreditativo de la Garantía de Tiempos Máximos de respuesta en la Atención Sanitaria Especializada”, que será emitido por la Dirección de Atención al Paciente a través del Servicio de Prestaciones y Conciertos, en un plazo máximo de cinco días, tras la presentación por el paciente o su representante legal, del documento de solicitud y una vez comprobado en el Registro de pacientes de listas de espera de Navarra que cumple con los requisitos reglamentariamente establecidos.

La presentación de la solicitud del documento acreditativo podrá llevarse a cabo en las Unidades de Atención al Paciente del SNS-O.

**A) CONTENIDOS DEL DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA GARANTÍA**

El documento acreditativo de la garantía deberá contener, al menos, los siguientes elementos:

1. Datos personales, DNI, domicilio y teléfonos de contacto del paciente.
2. Nombre, apellidos y DNI, en caso de ser el representante legal del solicitante.
3. Fecha de inscripción acreditada en la lista de espera.
4. La prestación sanitaria objeto de garantía expresamente referenciada.
5. El servicio, sección, área clínica del centro sanitario del SNS-O donde se indicó la prestación sanitaria.
6. La cuantía económica que el SNS-O se compromete a satisfacer como máximo, al centro sanitario concertado elegido por el paciente, por los gastos derivados de la asistencia que se vaya a prestar incluidos, si se tiene derecho a ellos con la normativa en vigor, los gastos de dietas y desplazamientos.
7. Se deberá dejar constancia que la expedición de este documento supone la salida del Registro de pacientes en lista de espera y que la responsabilidad de la asistencia prestada corresponderá al centro elegido por el paciente.
8. La información sobre los documentos que se tienen que presentar para que se haga efectivo el pago.
9. El periodo de validez del documento que será de tres meses desde su expedición.

**B) REQUISITOS PARA EL PAGO DE LA ASISTENCIA**

Cuando la atención sanitaria se vaya a llevar a cabo en un **centro concertado a elección del paciente**, el Servicio de Prestaciones y Conciertos procederá a la asignación del paciente al centro concertado elegido para la realización de la prestación y será el encargado de la gestión de la derivación del paciente, asegurando la transmisión de la información clínica que sea necesaria para llevar a cabo la atención. Realizada la derivación y la atención solicitada, la tramitación del pago o abono del coste de la prestación se hará en las condiciones que se tengan establecidas en el concierto vigente con el centro hospitalario.

**C) SUPUESTOS DE EXCLUSIÓN DE LA OBLIGACIÓN DE PAGO**

No existirá obligación del pago de los gastos derivados de la atención prestada cuando:

- Se trate de prestaciones distintas a las que se originaron en su inscripción en el Registro de pacientes en lista de espera, excepto cuando, en el caso de intervenciones quirúrgicas, se detecte una situación que la buena praxis establezca que deba ser resuelta en el mismo acto quirúrgico.
- Transcurra un periodo superior a tres meses desde que se haya expedido el documento acreditativo hasta la realización de la prestación objeto de la garantía.
- Cuando la consulta, prueba diagnóstica o acto quirúrgico sean realizados por personal al servicio de la Administración Sanitaria de Navarra.
- Las actividades sanitarias no contempladas en la legislación vigente como prestaciones básicas y comunes del Sistema Nacional de Salud.
- Se incumpla alguno de los requisitos o previsiones establecidos en la normativa foral aplicable.

#### **D) ABONO DE GASTOS**

Las cantidades a abonar por el SNS-O en concepto de asistencia prestada, una vez superados los plazos máximos de espera, serán los que en la factura que se presenten a tal efecto, hasta la cuantía máxima de las cantidades previstas para las condiciones económicas aplicables a los servicios de asistencia sanitaria concertada de la Comunidad Foral de Navarra. Si en la factura consta una cantidad superior a dicha cuantía, la diferencia correrá a cargo del paciente.

Los gastos de desplazamiento y dietas del paciente y, en su caso, del acompañante, cuando tengan que desplazarse para recibir asistencia sanitaria objeto de garantía, se abonarán de acuerdo con la cuantía y condiciones recogidas para el abono de estos gastos en la normativa vigente para los usuarios de la sanidad navarra.

No se tendrá derecho al reintegro de gastos de desplazamiento, si el paciente o sus familiares, eligen un centro sanitario fuera del ámbito de la Comunidad Foral, salvo que dicho procedimiento no pueda ser realizado en un centro ubicado en Navarra y, que por este motivo, el desplazamiento haya sido autorizado previamente por el Servicio de Prestaciones y Conciertos, y siempre que sea dentro del territorio nacional.

#### **E) RENUNCIA AL DOCUMENTO ACREDITATIVO DE LA GARANTÍA**

La solicitud de renuncia a la garantía, una vez que se dispone del documento acreditativo y que no se ha utilizado, se realizará mediante la presentación por parte del paciente o su representante legal del "Documento

Acreditativo de Garantía” y la cumplimentación del correspondiente apartado de renuncia.

Una vez registrada la renuncia, el documento acreditativo quedará anulado y el paciente continuará en el Registro de listas de espera en situación de estructuralidad.



## ANEXOS

- ✓ **DOCUMENTO I:** Solicitud de inclusión en el Registro de Pacientes de Lista de Espera de Navarra.
  
- ✓ **DOCUMENTO II:** Documento informativo a entregar al paciente cuando es incluido en el Registro de listas de espera quirúrgica.
  
- ✓ **DOCUMENTO III:** Documento informativo a entregar al paciente cuando es incluido en el Registro de listas de espera de consultas externas (primera visita).
  
- ✓ **DOCUMENTO IV:** Solicitud de baja o aplazamiento en el Registro de Pacientes de Lista de Espera de Navarra.
  
- ✓ **DOCUMENTO V:** Aceptación/Rechazo de derivación a centro alternativo.
  
- ✓ **DOCUMENTO VI:** Resolución de suspensión de los tiempos máximos de respuesta en Asistencia Especializada.
  
- ✓ **DOCUMENTO VII:** Resolución de pérdida de derecho a la garantía de tiempos máximos de respuesta en Asistencia Especializada.
  
- ✓ **DOCUMENTO VIII:** Resolución de baja del Registro de Pacientes de Lista de Espera de Navarra.
  
- ✓ **DOCUMENTO IX:** Solicitud del documento acreditativo de garantías de respuesta de tiempos máximos de espera en asistencia especializada del sistema sanitario público de Navarra.
  
- ✓ **DOCUMENTO X:** Certificado de garantías de tiempos máximos de respuesta en la asistencia especializada y compromiso de abono de prestación.
  
- ✓ **DOCUMENTO XI:** Documento de denegación de acogimiento a la ley de garantías de tiempos máximos de respuesta en la atención sanitaria especializada del sistema sanitario público de Navarra.