

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

18375 REAL DECRETO 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

El Fondo de cohesión sanitaria, creado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español, así como la atención a ciudadanos desplazados procedentes de países de la Unión Europea o de países con los que España tenga suscritos convenios de asistencia sanitaria recíproca. Su gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad y Consumo.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en relación con la política de garantías de calidad para racionalizar la organización de los servicios e introducir eficiencia en el sistema, regula en su artículo 28 los servicios de referencia, estableciendo que se designarán en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con un enfoque de planificación de conjunto, y que la atención en ellos prestada se financiará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

La disposición adicional octava de la citada ley, en la redacción dada por la Ley 62/2003, de 30 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y del orden social, establece la consideración de las comunidades autónomas de Canarias y de las Illes Balears como estratégicas dentro del Sistema Nacional de Salud en relación con los criterios para el establecimiento de los servicios de referencia y financiada con cargo al Fondo de cohesión sanitaria la atención prestada en los que en ellas se ubiquen.

La II Conferencia de Presidentes Autonómicos reunida el día 10 de septiembre de 2005 y el Pleno 56 del Consejo de Política Fiscal y Financiera del día 13 de septiembre del mismo año incluyeron, entre las medidas aprobadas en relación con la financiación del bloque de competencias sanitarias, algunas que afectan directamente al Fondo de cohesión sanitaria y a la búsqueda de una mayor calidad de la asistencia sanitaria prestada por el Sistema Nacional de Salud. En particular, cabe destacar el incremento de la dotación presupuestaria del Fondo de cohesión sanitaria, que debe destinarse a actualizar los procesos recogidos en los anexos I y II del Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, así como a incrementar la compensación económica de dichos procesos, a compensar económicamente los procesos a atender en los servicios y unidades de referencia y a mejorar el funcionamiento de los servicios informáticos asociados a la facturación de la asistencia realizada a los desplazados temporales de la Unión Europea.

De todo lo anterior se desprende la necesidad de abordar una nueva regulación del Fondo de cohesión sanitaria que adapte su contenido a los nuevos planteamientos y que respete, al mismo tiempo, el papel de este fondo como mecanismo de financiación adicional destinado a compensar los costes de asistencia sanitaria generados por pacientes derivados entre comunidades autónomas, desplazados en estancia temporal en España con derecho a la asistencia a cargo de otro Estado y pacientes derivados a centros, servicios y unidades de referencia.

Sobre tales bases, este real decreto regula la gestión y distribución del Fondo de cohesión sanitaria establecido en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y se dicta de acuerdo con lo previsto en el artículo 149.1.16.^a y 17.^a de la Constitución Española, en el artículo 4.B.c) de la citada Ley 21/2001, de 27 de diciembre, y en el artículo 28 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

En su virtud, a propuesta de la Ministra de Sanidad y Consumo, previa aprobación del Ministro de Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros en su reunión del día 20 de octubre de 2006,

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto.

Este real decreto tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos para la adecuada gestión y distribución del Fondo de cohesión sanitaria, establecido en el artículo 4.B.c) de la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía.

Artículo 2. Actividades objeto de compensación por el Fondo de cohesión sanitaria.

1. Se compensará a las comunidades autónomas, con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, por la asistencia sanitaria prestada en los casos y por las cuantías que se determinan en este real decreto:

a) Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas.

b) Asistencia sanitaria a asegurados desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, que pertenezcan a países de la Unión Europea o a otros con los cuales España tenga firmados acuerdos bilaterales en esta materia.

c) Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

2. La financiación de la asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en otras comunidades autónomas, en los supuestos no contemplados en este real decreto, se efectuará conforme al sistema general previsto en la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía.

Artículo 3. Asistencia sanitaria.

La asistencia sanitaria a que se refiere este real decreto es la contemplada en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud definido en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Estas prestaciones se harán efectivas de acuerdo con el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

Artículo 4. Asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas.

1. Se compensará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria la asistencia sanitaria prestada a aquellos

pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual para ser atendidos por alguno de los procesos que figuran en el anexo I a este real decreto, referido a procesos que impliquen ingreso hospitalario, o en el anexo II para procedimientos de carácter ambulatorio, siempre que la atención haya sido solicitada por la comunidad autónoma de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados.

2. Queda excluida de la compensación por el Fondo de cohesión sanitaria, la atención urgente que se solicita por el propio paciente de forma espontánea durante un desplazamiento a una comunidad autónoma distinta a la suya de residencia. Esta atención estará garantizada, en todo caso, por los dispositivos asistenciales del Sistema Nacional de Salud.

3. La derivación del paciente debe hacerse mediante solicitud expresa de la comunidad autónoma de origen, y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción. El proceso de derivación y prestación de la asistencia será registrado y validado mediante el Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO) desarrollado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en colaboración con las comunidades autónomas.

4. El Ministerio de Sanidad y Consumo, en la medida en que la evidencia científica disponible lo aconseje, actualizará la lista de procesos contemplados en los anexos I y II e informará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud sobre los objetivos y los criterios que sirven de base a las modificaciones realizadas.

Artículo 5. *Asistencia sanitaria a asegurados desplazados temporalmente a España con derecho a la asistencia a cargo de otro Estado.*

Se compensará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria la atención sanitaria a ciudadanos desplazados temporalmente a España, respecto a los que, en virtud de la aplicación de los Reglamentos (CEE) n.º 1408/71 del Consejo, de 14 de junio de 1971, y n.º 574/72 del Consejo, de 21 de marzo de 1972, o de los convenios suscritos por España en materia de Seguridad Social, el derecho a la asistencia sanitaria sea por cuenta de una institución de otro Estado, siempre que dichos ciudadanos hayan entrado y permanezcan legalmente en España y la asistencia prestada esté cubierta por los citados convenios internacionales.

Artículo 6. *Asistencia sanitaria en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.*

1. El Fondo de cohesión sanitaria compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

2. En el caso de las comunidades autónomas de Canarias y las Illes Balears, la compensación incluirá también la atención a los procesos de los pacientes desplazados desde otras islas de su territorio diferentes a aquella en la que se ubique el centro, servicio o unidad de referencia designado.

3. Las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos aplicados o atendidos por los centros, servicios, y unidades de referencia que hayan de ser objeto de compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, serán incorporados como anexo a este real decreto. Asimismo, se recogerá la cuantía del coste financiado en cada caso.

Artículo 7. *Criterios de distribución a las comunidades autónomas del Fondo de cohesión sanitaria por la asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas.*

1. La compensación de cada comunidad autónoma será el saldo neto positivo por la asistencia sanitaria definida en el artículo 4.

Dicho saldo, entre el importe resultante de la atención prestada en cada una de las comunidades a pacientes de otras comunidades autónomas y el importe de la atención recibida por pacientes de la comunidad en otras comunidades autónomas, se establecerá de forma normalizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la base de:

a) El Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria sobre flujos de pacientes derivados entre comunidades autónomas, en lo que se refiere al volumen de la actividad objeto de compensación.

b) Los procesos e importes que figuran en los anexos I y II de este real decreto que recogen, respectivamente, los procesos con hospitalización, medidos en términos de grupos de diagnósticos relacionados (GDR), y las técnicas y procedimientos diagnósticos y terapéuticos ambulatorios objeto de financiación.

2. El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, actualizará anualmente los importes de los anexos I y II a euros del año corriente, a partir de la última estimación disponible del coste por proceso, informando al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de la Salud de los criterios utilizados.

A efectos de esta actualización al año en curso, el crecimiento anual de estos costes, en el periodo comprendido entre el último año disponible y el año corriente, no superará el del Índice de Precios de Consumo publicado por el Instituto Nacional de Estadística o, en su defecto, el del Deflactor del Consumo Final de los Hogares contemplado en las últimas previsiones macroeconómicas disponibles de los Presupuestos Generales del Estado.

Artículo 8. *Criterios de distribución de la compensación del Fondo a las comunidades autónomas por la asistencia sanitaria prestada a desplazados a España en estancia temporal.*

1. En el caso de la atención sanitaria contemplada en el artículo 5, la cuantía global de la compensación será igual al saldo neto positivo resultante, en el ámbito nacional, entre el importe recaudado por España por la prestación de asistencia sanitaria a ciudadanos asegurados de otros Estados y el pagado por la asistencia sanitaria dispensada, en otros Estados, a ciudadanos asegurados en España, al amparo de la normativa internacional.

2. La distribución entre comunidades autónomas del saldo neto determinado en el apartado anterior se realizará tomando como base la facturación que cada comunidad autónoma presente por dicho concepto al Instituto Nacional de la Seguridad Social y sea validada técnicamente por éste, y la que este organismo reciba de otros Estados por la asistencia sanitaria prestada a asegurados de la comunidad autónoma desplazados en el extranjero.

Esta facturación será transmitida y gestionada mediante los sistemas de información de facturación internacional del Instituto Nacional de la Seguridad Social puestos a disposición de las comunidades autónomas por el citado Instituto.

El reparto se realizará entre aquellas comunidades autónomas que presenten un saldo positivo entre las facturas emitidas a ciudadanos asegurados en otro Estado y las cargadas por otros países a asegurados de la comunidad autónoma desplazados en el extranjero y será pro-

porcional a los saldos netos de facturación registrados para cada comunidad autónoma.

3. El saldo neto global establecido en el apartado 1 de este artículo, correspondiente al último ejercicio cerrado, así como los datos necesarios para la determinación de su reparto, serán comunicados al Ministerio de Sanidad y Consumo por el Instituto Nacional de la Seguridad Social a lo largo del primer semestre de cada año.

Artículo 9. Criterios de distribución de la compensación del Fondo a las comunidades autónomas por asistencia sanitaria a pacientes en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud.

1. De acuerdo con lo establecido en el artículo 6, el Fondo de cohesión sanitaria financiará la asistencia derivada de las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos que se incorporen como anexo a este real decreto y de acuerdo con las cuantías que allí se determinen.

2. Las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos objeto de financiación por el Fondo de cohesión sanitaria habrán de ser revisados y actualizados con la periodicidad adecuada para recoger los atendidos en los centros, servicios y unidades de referencia que sean designados de acuerdo con sus normas reguladoras.

3. En la medida en que se vayan designando centros, servicios y unidades de referencia en los términos establecidos por la ley 16/ 2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud y en las normas que específicamente los regulen, se revisarán los procesos que puedan resultar afectados entre los que actualmente se contemplan en los anexos I y II de este real decreto.

4. El Ministerio de Sanidad y Consumo, previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, actualizará anualmente los importes a compensar e informará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de los criterios utilizados.

5. El Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria servirá de base para el cálculo de los importes compensables por este concepto, en los mismos términos del artículo 7.1.a).

Artículo 10. Procedimiento para la liquidación.

1. El Ministerio de Sanidad y Consumo, a lo largo del primer semestre de cada año, efectuará una liquidación provisional y separada para cada uno de los supuestos contemplados en este real decreto, tomando como período de referencia la actividad realizada en el año anterior o en el último ejercicio disponible y los costes actualizados al ejercicio corriente, en los términos señalados en el artículo 7.2.

2. Al final de ese primer semestre se efectuará por el Ministerio de Sanidad y Consumo la transferencia a las comunidades autónomas del 75 por ciento de la liquidación provisional, con cargo a la definitiva, que se realizará en el trimestre final de cada ejercicio sobre la base de los últimos datos reales disponibles. En el caso en que esta regularización diese como resultado una cantidad negativa a devolver por parte de la comunidad autónoma, en el siguiente año se compensará dicha cantidad en la liquidación provisional a efectuar.

Artículo 11. Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria.

1. La Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria, como Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, está integrada por representantes de todas las comunidades autónomas, del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Ministerio de Tra-

bajo y Asuntos Sociales y del Ministerio de Economía y Hacienda.

El Director General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección y el Subdirector General de Análisis Económico y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad y Consumo, ejercen, respectivamente, como Presidente y Secretario.

2. En su seno, podrán establecerse los grupos de trabajo precisos para la gestión eficiente del Fondo, que estarán integrados por los representantes que la propia Comisión determine.

3. Las funciones de la Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria son:

a) Informar la actualización de la lista de procesos contemplados en los anexos de este real decreto.

b) El seguimiento y actualización del Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria.

c) La coordinación entre el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las administraciones sanitarias de las comunidades autónomas para tratar las cuestiones referentes a la facturación por la asistencia sanitaria prestada en el supuesto contemplado en el artículo 5.

d) Todas aquellas cuestiones relacionadas con el Fondo de cohesión sanitaria que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud le encomiende.

Disposición adicional única. Competencia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en relación con Ceuta y Melilla.

Las referencias que en esta norma se realizan a las comunidades autónomas, se entenderán hechas al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en relación con las ciudades con Estatuto de Autonomía de Ceuta y Melilla.

Disposición transitoria primera. Sistema de información.

El Sistema de información del Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO), destinado a recoger los flujos de pacientes entre comunidades autónomas, deberá encontrarse operativo en un plazo de seis meses desde la entrada en vigor de este real decreto.

Hasta entonces, el cálculo de la distribución del Fondo de cohesión sanitaria entre comunidades autónomas para los desplazados residentes en España, tomará como referencia a los pacientes hospitalizados de acuerdo con los últimos datos disponibles en el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria (CMBD).

Disposición transitoria segunda. Aplicación retroactiva.

Las liquidaciones a efectuar en este ejercicio respecto de la actividad registrada en años anteriores se registrarán por lo establecido en este real decreto.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Queda derogado el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este real decreto.

Disposición final primera. Título competencial.

Este real decreto se dicta al amparo del artículo 149.1.16.^a y 17.^a de la Constitución Española.

Disposición final segunda. *Facultad de desarrollo.*

Se faculta al Ministro de Sanidad y Consumo para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de lo previsto en este real decreto y, específicamente, para incorporar como anexo las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en los centros, servicios y unidades de referencia, designados de acuerdo con sus normas reguladoras, que hayan de ser financiados con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

Disposición final tercera. *Entrada en vigor.*

El presente real decreto entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Dado en Madrid, el 20 de octubre de 2006.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Sanidad y Consumo,
ELENA SALGADO MÉNDEZ

ANEXO I

Procesos con hospitalización

Código GDR	GDR	Coste medio 2005	Coste compensable (80 %)
1	CRANEOTOMIA, EDAD ≥18, EXCEPTO POR TRAUMATISMO	12.029	9.623
2	CRANEOTOMIA POR TRAUMATISMO, EDAD ≥18	9.886	7.909
4	INTERVENCIONES ESPINALES	9.876	7.901
5	INTERVENCIONES VASCULARES EXTRACRANEALES	5.932	4.745
7	INTERV.SOBRE NERVIOS PERIFÉRICOS Y CRANEALES Y OTRAS INTERV.S.NERVIOSO, CON CC	6.782	5.426
8	INTERV.SOBRE NERVIOS PERIFÉRICOS Y CRANEALES Y OTRAS INTERV.S.NERVIOSO, SIN CC	3.517	2.814
9	HERIDAS Y TRASTORNOS ESPINALES	4.174	3.339
10	NEOPLASIAS DEL S.NERVIOSO, CON CC	4.385	3.508
11	NEOPLASIAS DEL S.NERVIOSO, SIN CC	3.468	2.775
37	INTERVENCIONES DE LA ÓRBITA	3.062	2.450
41	INTERV. EXTRAOCULARES EXCEPTO ÓRBITA, EDAD 0-17	1.427	1.142
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO, EDAD 0-17	1.761	1.409
49	INTERVENCIONES MAYORES DE CABEZA Y CUELLO EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	6.747	5.398
52	INTERVENCIONES REPARADORAS DE LABIO LEPORINO Y HENDIDURA PALATINA	2.660	2.128
63	OTRAS INTERVENCIONES SOBRE OÍDO, NARIZ, CAVIDAD ORAL Y GARGANTA	4.780	3.824
75	INTERVENCIONES TORÁCICAS MAYORES	8.158	6.527
76	PROCED. SOBRE SISTEMA RESPIRATORIO, EXCEPTO INTERV.TORACICAS MAYORES, CON CC	6.513	5.211
77	PROCED. SOBRE SISTEMA RESPIRATORIO, EXCEPTO INTERV.TORACICAS MAYORES, SIN CC	4.066	3.253
103	TRASPLANTE CARDIACO	60.362	48.290
104	INTERVENC. S. VÁLV. CARDIACAS Y OT. PROC. CARDIOTORÁCICOS MY., C. CATETERISMO	16.910	13.528
105	INTERVENC. S. VÁLV. CARDIACAS Y OT. PROC. CARDIOTORÁCICOS MY., S. CATETERISMO	14.625	11.700
106	BYPASS CORONARIO CON ACPT	17.885	14.308
107	BYPASS CORONARIO SIN ACPT CON CATETERISMO CARDIACO	13.431	10.745
108	OTRAS INTERVENCIONES CARDIOTORÁCICAS SIN DIAGNÓSTICO PRAL ANOMALIA CONGENITA	8.579	6.863
109	BYPASS CORONARIO SIN ACPT SIN CATETERISMO CARDIACO	10.989	8.791
110	INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES MAYORES, CON CC	10.825	8.660
111	INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES MAYORES, SIN CC	7.758	6.206
112	PROCED. CARDIOVAS. PERCUT. SIN INFARTO AGUDO MIOCARDIO, INSUFIC. CARDIACA O SHOCK ..	5.405	4.324
115	IMPLANTACIÓN MARCAPASO CAR.PER. CON IAM, INSUF.CARD. O SHOCK O E440 O PR.GRAL	17.220	13.776
120	OTRAS INTERVENCIONES SOBRE EL APARATO CIRCULATORIO	6.662	5.329
121	TRAST. CIRCULAT. CON INFAR. AGUDO MIOCARDIO Y COMPLIC. CARDIOVASC. ALTA CON VIDA	4.998	3.998
124	TRAST. CIRCULAT. EXCP. INFAR AGUDO DE MIOCARDIO CON CATET.Y DIAGNÓSTICO COMPLEJO	4.355	3.484
137	PATOL.CARDIACA CONGÉNITA Y TRASTORNOS VALVULARES, EDAD 0-17	1.744	1.395
156	INTERV. SOBRE ESÓFAGO, ESTÓMAGO Y DUODENO, EDAD 0-17	4.969	3.975
168	INTERVENCIONES DE LA CAVIDAD ORAL, CON CC	3.795	3.036
169	INTERVENCIONES DE LA CAVIDAD ORAL, SIN CC	2.539	2.031
191	INTERVENCIONES DE PÁNCREAS, HÍGADO Y SHUNT, CON CC	9.482	7.586
192	INTERVENCIONES DE PÁNCREAS, HÍGADO Y SHUNT, SIN CC	6.748	5.399
199	PROCED. QUIRÚRGICOS DIAGNÓSTICOS HEPATOBILIARES POR NEOPLASIA MALIGNA	7.727	6.181
200	PROCED. QUIRÚRGICOS DIAGNÓSTICOS HEPATOBILIARES EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	6.360	5.088
212	INTERV.CADERA Y FÉMUR, EXCEPTO ARTICULARES MAYORES, EDAD 0-17	5.782	4.626
213	AMPUTACIÓN POR ENFERMEDADES DEL SIST.MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	7.826	6.261
216	BIOPSIAS DEL SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	4.755	3.804
233	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE S.MUSCULOESQUELÉTICO Y T.CONECTIVO CON CC	7.729	6.183
234	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE S.MUSCULOESQUELÉTICO Y T.CONECTIVO SIN CC	4.284	3.427
265	INJERTO/DESBRIDAMIENTO DE PIEL EXCEPTO EN ÚLCERAS DE PIEL O CELULITIS, CON CC	5.369	4.295
266	INJERTO/DESBRIDAMIENTO DE PIEL EXCEPTO EN ÚLCERAS DE PIEL O CELULITIS, SIN CC	3.511	2.809
286	INTERVENCIONES ADRENALES Y PITUITARIAS	7.689	6.151
288	PROCED. QUIRÚR. PARA OBESIDAD	4.629	3.704
289	INTERVENCIONES DE PARATIROIDES	2.740	2.192
292	OTRAS INTERV. POR ENFERMEDAD ENDOCRINA, NUTRICIONAL Y METABÓLICA, CON CC	7.498	5.998
293	OTRAS INTERV. POR ENFERMEDAD ENDOCRINA, NUTRICIONAL Y METABÓLICA, SIN CC	4.203	3.362

Código GDR	GDR	Coste medio 2005	Coste compensable (80 %)
299	ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO	2.440	1.952
302	TRASPLANTE RENAL	28.603	22.882
304	INTERV. DE RIÑÓN, URÉTER Y MAYORES DE VEJIGA POR ENFNO NEOPLÁSICAS CON CC	5.960	4.768
305	INTERV. DE RIÑÓN, URÉTER Y MAYORES DE VEJIGA POR ENFNO NEOPLÁSICAS SIN CC	4.733	3.787
314	INTERVENCIONES URETRALES, EDAD 0-17	2.814	2.251
330	ESTENOSIS URETRAL, EDAD 0-17	1.146	917
333	OTROS DIAGNÓSTICOS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO, EDAD 0-17	2.663	2.130
344	OTRAS INTERV. DEL APARATO REPRODUCTOR MASCULINO POR NEOPLASIA MALIGNA	6.648	5.318
357	INTERVENCIONES DE ÚTERO Y ANEXOS POR NEOPLASIA MALIGNA OVÁRICA O ANEXIAL	6.070	4.856
393	ESPLENECTOMÍA, EDAD 0-17	4.797	3.838
400	LEUCEMIA O LINFOMA CON INTERVENCIÓN MAYOR	6.052	4.841
401	LEUCEMIA NO AGUDA O LINFOMA CON INTERVENCIÓN MENOR, CON CC	7.581	6.065
402	LEUCEMIA NO AGUDA O LINFOMA CON INTERVENCIÓN MENOR, SIN CC	4.396	3.517
403	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	7.644	6.115
404	LINFOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	3.683	2.946
406	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEOPLASIA MAL DIFERENCIADA CON INTERV.MAYOR, CON CC	7.583	6.066
407	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEOPLASIA MAL DIFERENCIADA CON INTERV.MAYOR, SIN CC	5.435	4.348
409	RADIOTERAPIA	2.991	2.393
410	QUIMIOTERAPIA	3.432	2.746
424	INTERVENCIÓN CON DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL	7.164	5.731
439	INJERTOS DE PIEL POR LESIONES	6.076	4.861
471	PROC.MAYORES SOBRE ARTICULACION M.INFERIOR, BILATERAL O MULT	14.394	11.515
475	DIAGNÓSTICOS DEL SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA	10.155	8.124
478	OTROS PROCED. VASCULARES CON CC	7.145	5.716
479	OTROS PROCED. VASCULARES SIN CC	5.435	4.348
480	TRASPLANTE DE HÍGADO	49.787	39.830
482	TRAQUEOSTOMÍA POR DIAGNÓSTICOS DE CARA, BOCA Y CUELLO	12.653	10.123
483	TRAQUEOSTOMÍA EXCEPTO POR DIAGNÓSTICOS DE CARA, BOCA Y CUELLO	48.796	39.037
491	PROCEDMIENTOS MAYORES REEMPLANTACIÓN ARTICULACIÓN Y MIEMBRO	5.814	4.651
530	CRANEOTOMÍA CON CC MAYOR	23.190	18.552
531	INTERVENCIONES SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMÍA, CON CC MAYORES	13.709	10.967
536	INTERV.DE OIDO,NARIZ,GARGY CAV.ORAL EXCEPTO INTERV.MAYOR CABEZ/CUELLO,c/CCMYR	6.956	5.565
538	INTERVENCIONES TORÁCICAS MAYORES CON CC MAYORES	15.418	12.334
539	INTERVENCIONES S.RESPIRATORIO EXCEPTO INTERVENCIONES TORÁCICAS MYR c/CC MYR	11.854	9.483
540	INFECCIONES E INFLAMACIONES RESPIRATORIAS CON CC MAYOR	6.185	4.948
541	TRAST. RESPIRATORIOS EXCEPTO INFECCIONES, BRONQUITIS, ASMA CON CC MAYOR	4.367	3.493
545	INTERVENCIONES DE VÁLVULAS CARDIACAS CON COMPLICACIONES MAYORES	28.598	22.879
546	BYPASS CORONARIO CON COMPLICACIONES MAYORES	20.612	16.490
547	OTRAS INTERVENCIONES CARDIOTORÁCICAS CON COMPLICACIONES MAYORES	20.472	16.377
548	IMPLANTACIÓN O REVISIÓN DE MARCAPASOS CARDIACO CON CC MAYOR	12.462	9.970
549	INTERVENCIONES CARDIOVASCULARES MAYORES CON COMPLICACIONES MAYORES	18.017	14.414
555	INTERV. PÁNCREAS,HÍGADO Y OTRAS TRAC.BILIAR,EXCEPTO TRASPL HIGADO, CON CC MYR	17.553	14.042
556	COLECISTECTOMÍA Y OTROS PROCED. HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	8.964	7.171
561	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SÉPTICA Y ENFERMEDADES DE TEJIDO CONECTIVO CON CC MAYORES	8.130	6.504
565	INTERV.POR ENF ENDOCRINA,NUTRICIONAL Y MATABÓLICA EXCEPTO AMPUT E.I.,c/CC MYR	9.969	7.976
567	INTERV. DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL, CON CC MYR	10.598	8.479
575	INTERV. DE LA SANGRE, ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS E INMUNOLÓGICOS CON CC MAYORES	30.924	24.739
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYORES	16.139	12.911
577	TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS Y NEOPLASIAS MAL DIFERENCIADAS CON CC MAYORES	13.534	10.827
578	LEUCEMIA NO AGUDA Y LINFOMA CON CC MAYORES	7.992	6.393
579	INTERV. POR LINFOMA, LEUCEMIA Y TRAST. MIELOPROLIFERATIVOS CON CC MAYORES	16.651	13.321
581	INTERV. POR TRASTORNOS SISTÉMICOS INFECCIOSOS Y PARASITARIOS, CON CC MAYORES	14.015	11.212
583	INTERV. POR HERIDAS EXCEPTO TRAUMATISMO MÚLTIPLE CON CC MAYORES	10.350	8.280
585	PROCED. MAYOR ESTÓM, ESÓF, DUODENO, INTESTINO DELG. Y GRUESO CON CC MAYOR	13.692	10.954
587	TRASTORNOS DE OIDO,NARIZ,GARGANTA Y CAVIDAD ORAL CON COMPL. MAYORES, EDAD ≥18	4.799	3.839
602	NEONATO,PESO NACIMIENTO <750g,SIN DEFUNCIÓN	52.298	41.839
603	NEONATO CON PESO NACIMIENTO <750 gr, DEFUNCIÓN	12.513	10.010
604	NEONATO CON PESO NACIMIENTO 750-999 gr, SIN DEFUNCIÓN	40.414	32.331
605	NEONATO CON PESO NACIMIENTO 750-999 gr, DEFUNCIÓN	18.550	14.840
606	NEONATO,PESO NACIMIENTO 1-1,5 Kg CON INTERV. SIGNIFICATIVAS, NO DEFUNCIÓN	48.071	38.457
607	NEONATO,PESO NACIMIENTO 1-1,5 Kg SIN INTERV. SIGNIFICATIVAS, NO DEFUNCIÓN	19.094	15.275
608	NEONATO,PESO NACIMIENTO 1-1,5 Kg, DEFUNCIÓN	8.522	6.818
609	NEONATO,PESO NACIMIENTO 1,5-2Kg CON INTERV.SIGNIFICATIVA Y PROBLEMA MULT MAYOR	29.000	23.200
610	NEONATO,PESO NACIMIENTO 1,5-2Kg CON INTERV.SIGNIFICATIVA SIN PROBLEMA MULT MYR	10.138	8.111
611	NEONATO,PESO NACIMIENTO 1,5-2Kg SIN INTERV.SIGNIFICATIVA CON PROBLEMA MULT MYR	12.405	9.924
612	NEONATO,PESO NACIMIENTO 1,5-2Kg SIN INTERV.SIGNIFICATIVA CON PROBLEMA MAYOR	9.014	7.211
613	NEONATO,PESO NACIMIENTO 1,5-2Kg SIN INTERV.SIGNIFICATIVA CON PROBLEMAS MENORES	8.567	6.854
615	NEONATO,PESO NACIMIENTO 2-2,5Kg CON INTERV.SIGNIFICATIVA Y PROBLEMA MULT MAYOR	25.983	20.786

Código GDR	GDR	Coste medio 2005	Coste compensable (80 %)
616	NEONATO,PESO NACIMIENTO 2-2,5Kg CON INTERV.SIGNIFICATIVA SIN PROBLEMA MULT MYR	15.488	12.390
617	NEONATO,PESO NACIMIENTO 2-2,5Kg SIN INTERV.SIGNIFICATIVA CON PROBLEMA MULT MYR	7.900	6.320
618	NEONATO,PESO NACIMIENTO 2-2,5Kg SIN INTERV.SIGNIFICATIVA CON PROBLEMA MAYOR	4.456	3.565
619	NEONATO,PESO NACIMIENTO 2-2,5Kg SIN INTERV.SIGNIFICATIVA CON PROBLEMAS MENORES	4.537	3.630
622	NEONATO,PESO NACIMIENTO >2,5Kg CON INTERV.SIGNIFICATIVAY PROBLEMA MULT MAYOR	23.087	18.470
623	NEONATO,PESO NACIMIENTO >2,5Kg CON INTERV.SIGNIFICATIVA SIN PROBLEMA MULT MYR	7.435	5.948
624	NEONATO,PESO NACIMIENTO >2,5Kg CON INTERVENCIONES MENORES ABDOMINALES	2.563	2.051
626	NEONATO,PESO NACIMIENTO >2,5Kg SIN INTERV.SIGNIFICATIVA CON PROBLEMA MULT MYR	5.570	4.456
631	DISPLASIA BRONCOPULMONARY OTRAS ENFERM.CRÓNICAS SIST RESPIR ORIGEN PERINATAL	3.056	2.445
633	OTRAS E INESPECIFICADAS ANOMALIAS CONGENITAS MULTIPLES CON CC	2.134	1.707
634	OTRAS E INESPECIFICADAS ANOMALIAS CONGÉNITAS MÚLTIPLES SIN CC	3.680	2.944
641	NEONATO, PESO NACIMIENTO ≥2,5Kg, CON OXIGENACIÓN EXTRACORPÓREA DE MEMBRANA	25.484	20.387
701	HIV CON INTERVENCIÓN Y VENTILACIÓN/NUTRICIÓN ASISTIDA	34.337	27.470
703	HIV CON INTERVENCIÓN, CON DIAGNÓSTICO MAYOR RELACIONADO	15.285	12.228
704	HIV CON INTERVENCIÓN, SIN DIAGNÓSTICO MAYOR RELACIONADO	7.083	5.666
707	HIV CON VENTILACIÓN/NUTRICIÓN ASISTIDA	13.897	11.118
709	HIV CON DIAGN MAYOR RELACIONADO, CON MÚLTIPLES DIAGN MAYORES/SIGNIF, CONTBC	10.091	8.073
710	HIV CON DIAGN MAYOR RELACIONADO, CON MÚLTIPLES DIAGN MAYORES/SIGNIF, SINTBC	6.651	5.320
730	CRANEOTOMÍA POR TRAUMATISMO SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE	34.929	27.943
731	INTERVENCIÓN COLUMNA,CADERA,FÉMURY EXTREM POR TRAUMATISMO SIGNIFICATIVO MULT	15.679	12.543
732	OTRAS INTERVENCIONES POR TRAUMATISMO MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	10.644	8.516
733	DIAGNÓST.CABEZA,TÓRAXY EXTREM. INFERIORES POR TRAUMATISMO SIGNIF. MÚLTIPLE	5.025	4.020
737	REVISIÓN SHUNT VENTRICULAR, EDAD <18	4.516	3.613
738	CRANEOTOMÍA, EDAD <18 CON CC	10.851	8.681
739	CRANEOTOMÍA, EDAD <18 SIN CC	7.215	5.772
740	FIBROSIS QUISTICA	6.184	4.947
753	REHABILITACIÓN DE TRASTORNOS COMPULSIVOS DE LA NUTRICIÓN	9.552	7.642
755	FUSIÓN VERTEBRAL CON CC	11.929	9.543
756	FUSIÓN VERTEBRAL SIN CC	6.537	5.230
759	IMPLANTACIÓN COCLEAR DE CANAL MÚLTIPLE	17.177	13.741
760	HEMOFILIA, FACTORES VIII Y IX	2.596	2.077
761	ESTUPOR Y COMA DE ORIGEN TRAUMÁTICO, COMA >1 HORA	4.465	3.572
780	LEUCEMIA AGUDA SIN INTERVENCIONES MAYORES EDAD <18 CON CC	8.227	6.582
781	LEUCEMIA AGUDA SIN INTERVENCIONES MAYORES EDAD <18 SIN CC	4.493	3.594
782	LEUCEMIA AGUDA SIN INTERVENCIONES MAYORES EDAD >17 CON CC	7.273	5.818
783	LEUCEMIA AGUDA SIN INTERVENCIONES MAYORES EDAD >17 SIN CC	4.260	3.408
785	OTROSTRASTORNOS DE LA SERIE ROJA, EDAD <18	2.802	2.242
786	PROCED. MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	9.792	7.833
792	CRANEOTOMÍA POR TRAUMATISMO SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE CON CC MAYOR NOTRAUMÁTICA	30.932	24.746
793	INTERV.POR TRAUMA SIGNIF.MÚLTIPLE,EXC.CRANEOTOMÍA,CON CC MAYOR NOTRAUMÁTICA	25.057	20.045
794	DIAGNÓSTICOS POR TRAUMATISMO SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE CON CC MAYOR NOTRAUMÁTICA	9.743	7.795
795	TRASPLANTE DE PULMÓN	70.199	56.159
796	REVASCULARIZACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR CON CC	10.262	8.210
797	REVASCULARIZACIÓN DE EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC	7.858	6.286
798	TUBERCULOSIS CON INTERVENCIÓN	13.220	10.576
803	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	50.664	40.531
804	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA	25.651	20.521
805	TRASPLANTE SIMULTÁNEO RENAL Y PANCREÁTICO	30.203	24.162
806	FUSIÓN ESPINAL COMBINADA ANTERIOR/POSTERIOR CON CC	16.192	12.953
807	FUSIÓN ESPINAL COMBINADA ANTERIOR/POSTERIOR SIN CC	12.940	10.352
808	PROCED. CARD-VASC. PERCUTÁNEO CON INFAR-AGUDO MIOCARDIO, FALLO CARDÍACO O SHOCK	7.496	5.997
809	OTRAS INTERVENCIONES CARDIOTORÁCICAS CON DIAGNÓSTICO PRAL ANOMALIA CONGENITA	12.004	9.603
811	DEFIBRILADOR CARDIACO Y SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA IMPLANTABLE	20.453	16.362
812	MALFUNCION, REACCION Y COMPLICACION DISPOSITIVO O PROC. CARDIACO O VASCULAR	3.489	2.791
819	CREACION, REVISION O RETIRADA DE DISPOSITIVO DE ACCESO RENAL	5.062	4.050
821	QUEMADURAS DE TERCER GRADO EXTENSAS CON INJERTO CUTANEO	65.480	52.384
822	QUEMADURAS DE TERCER GRADO EXTENSAS SIN INJERTO CUTANEO	6.066	4.853
823	QUEMADURAS PROFUNDAS C.INJERTO CUTANEO O LESION X INHAL., C.CC O TRAUMA.SIGNIF	19.122	15.298
824	QUEMADURAS PROFUNDAS C.INJERTO CUTANEO O LESION X INHAL., S.CC O TRAUMA.SIGNIF	9.649	7.720
825	QUEMADURAS PROFUNDAS S.INJERTO CUTANEO O LESION X INHAL., C.CC O TRAUMA.SIGNIF	4.513	3.611
826	QUEMADURAS PROFUNDAS S.INJERTO CUTANEO O LESION X INHAL., S.CC O TRAUMA.SIGNIF	3.423	2.738
827	QUEMADURAS NO EXTENSAS C.LESION POR INHALACION, CON CC O TRAUMA.SIGNIFICATIVO	5.322	4.258
828	QUEMADURAS NO EXTENSAS C.LESION POR INHALACION, SIN CC O TRAUMA.SIGNIFICATIVO	3.906	3.124

ANEXO II

Procedimientos ambulatorios

	Procedimiento	Coste medio	Coste compensable (80 %)
1	Ablación cardiaca	5.400	4.320
2	Biopsia cerebral	150	120
3	Diagnóstico prenatal con amniocentesis o biopsia corial	410	328
4	Braquiterapia oftálmica	8.250	6.600
5	Braquiterapia prostática	11.850	9.480
6	Braquiterapia en otras localizaciones	650	520
7	Cápsuloendoscopia	950	760
8	Cateterismo hepático diagnóstico y terapéutico	2.050	1.640
9	Embolización	4.500	3.600
10	Estudios genéticos	290	232
11	Fecundación in vitro (ciclos completos)	3.100	2.480
12	Gammagrafía y estudios isotópicos funcionales	250	200
13	Inseminación artificial	700	560
14	Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)	1.200	960
15	Litotricia renal extracorpórea	900	720
16	Nefrolitotomía percutánea	330	264
17	PET en indicaciones oncológicas	700	560
18	Polisomnografía	400	320
19	Hemodinamia cardiaca diagnóstica y terapéutica	3.300	2.640
20	Hospital de Día Oncológico	1.400	1.120
21	Radiocirugía estereotáxica para tumores cerebrales y neuralgia del trigémino	7.450	5.960
22	Radiocirugía estereotáxica de malformaciones arteriovenosas	9.200	7.360
23	Radiología vascular e intervencionista diagnóstica y terapéutica	1.100	880
24	Radioterapia (tratamiento completo)	2.150	1.720
25	Terapia fotodinámica	1.730	1.384
26	Tratamiento cámara hiperbárica	2.200	1.760
27	Angiografía diagnóstica	900	720
28	Laserterapia en malformaciones vasculares congénitas	160	128
29	Manometría rectal	50	40
30	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con inserción de stent	650	520
31	Diálisis	155	124