

PROYECTO DE REAL DECRETO XXXX/2015 de XX de XXXXX, por el que se regula la gestión del Fondo de Garantía Asistencial y se modifica el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

El Fondo de Garantía Asistencial creado, con carácter extrapresupuestario, por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, tiene por objeto garantizar la cohesión y equidad, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el Sistema Nacional de Salud.

Este Fondo está destinado a la compensación entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gocen de dicha condición de asegurado en sus desplazamientos temporales.

La distribución del Fondo de Garantía Asistencial se ha de articular de acuerdo con su regulación específica, correspondiendo al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecer el procedimiento de compensación entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla.

Así mismo, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, contempla que dicho Fondo compensará la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas; 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; pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud; y pacientes residentes en España, de acuerdo con lo previsto en el artículo 3.1 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, como consecuencia de la aplicación de las técnicas, tecnologías y procedimientos cuyo uso tutelado sea autorizado en desarrollo de lo previsto por el artículo 22 de esa misma Ley.

Las medidas adoptadas por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, con la creación del Fondo de Garantía Asistencial; las sucesivas leyes de Presupuestos Generales del Estado que desde 2013, vienen otorgando carácter extrapresupuestario al Fondo de cohesión sanitaria, y la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española, que establece un régimen basado en que los valores monetarios no sean modificados en virtud de índices de precios o fórmulas que lo contengan, han afectado tanto a la concepción, los objetivos y los mecanismos de este Fondo, así como a los derechos de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el Sistema Nacional de Salud.

Para adecuar la finalidad del Fondo de cohesión sanitaria a los objetivos de garantía de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y el acceso a sus

prestaciones, se hace necesario recoger estos cambios en la estructura de los anexos I (procesos con hospitalización) y II (procedimientos ambulatorios) del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, Por otra parte, los cambios permitirán adaptar dichos anexos I y II a la necesidad expresada por las comunidades autónomas de buscar una mayor eficiencia en la prestación de servicios sanitarios en todo el territorio nacional.

Además, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, creó, en el artículo 11, la Comisión de Seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. El tiempo transcurrido desde su creación, los cambios ocurridos tanto en la estructura del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como los introducidos con la publicación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, que crea el Fondo de Garantía Asistencial, hacen necesario actualizar la denominación, composición y funciones de dicha Comisión para adaptarla a la normativa vigente y unificar en una sola Comisión el seguimiento de todos los mecanismos de compensación de los desplazamientos entre comunidades autónomas e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, del Fondo de Garantía Asistencial y del Fondo de cohesión sanitaria.

Por último, se deben adaptar los sistemas informáticos existentes en el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, para que permitan la recogida de la información de la actividad asistencial necesaria para poder llevar a cabo la compensación.

Este real decreto ha sido informado por el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo han sido oídos los distintos sectores afectados, consultadas las comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Este real decreto se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16ª y 17ª de la Constitución, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, así como la legislación básica y régimen económico de la seguridad social.

En su virtud, a propuesta del Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, con la aprobación previa del Ministro de Hacienda y Administraciones Públicas, de acuerdo con el Consejo de Estado y previa deliberación del Consejo de Ministros, en su reunión del día....

DISPONGO:

Artículo 1. Objeto.

Este real decreto tiene como objeto:

1. Establecer los criterios y procedimientos para la adecuada gestión y distribución del Fondo de Garantía Asistencial creado por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

2. Modificar el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria para adaptarlo a las medidas adoptadas en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, las leyes de Presupuestos Generales del Estado desde 2013 y la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española.

Artículo 2. Asistencia sanitaria objeto de compensación por el Fondo de Garantía Asistencial.

1. La asistencia sanitaria a que se refiere el Fondo de Garantía Asistencial es la contemplada en 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, en lo relativo a la cartera común básica de servicios asistenciales y la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud definidas en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril.

2. Queda excluida de compensación por el Fondo de Garantía Asistencial la asistencia sanitaria contemplada en la cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud y en la cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas.

3. El Fondo de Garantía Asistencial está destinado a la compensación entre las comunidades autónomas y las ciudades con Estatuto de Autonomía de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a pacientes residentes en España con derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, en sus desplazamientos temporales a una comunidad autónoma distinta a aquella que ha expedido la tarjeta sanitaria individual que acredita su condición de asegurado o beneficiario, en los siguientes supuestos:

a) Asistencia sanitaria de atención primaria prestada a pacientes en sus desplazamientos de corta duración, por tiempo inferior a treinta días.

b) Cartera común suplementaria a pacientes en sus desplazamientos de corta duración, por tiempo inferior a treinta días.

c) Asistencia sanitaria incluida en la cartera común básica de servicios asistenciales, ya sea de atención primaria o de atención especializada, prestada a pacientes en sus desplazamientos de larga duración, por tiempo igual o superior a treinta días. A efectos de este real decreto se equiparán a los desplazamientos de larga duración, los traslados que sin asociar cambio de residencia realicen, habitualmente y con fines de asistencia sanitaria, los asegurados o sus beneficiarios a otra comunidad autónoma diferente a aquella que ha expedido la tarjeta sanitaria individual que acredita su condición de asegurado o beneficiario.

4. La condición de asegurado vendrá determinada por lo establecido en el Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, modificado por el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, por el que se establecen los requisitos básicos del convenio especial de prestación de asistencia sanitaria a personas que no tengan la condición de aseguradas ni de beneficiarios del Sistema Nacional de Salud.

5. La financiación de la asistencia sanitaria prestada a pacientes asegurados en otras comunidades autónomas no contemplados en este real decreto se efectuará conforme al sistema general previsto en la Ley 22/2009, de 18 de diciembre, por la que se regula el sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con estatuto de autonomía y se modifican determinadas normas tributarias.

Artículo 3. Criterios de compensación y distribución entre comunidades autónomas del Fondo de Garantía Asistencial por la asistencia prestada a desplazados de corta o larga duración a otra Comunidad Autónoma.

1. La compensación entre comunidades autónomas se calculará sobre la base de los saldos negativos y positivos que cada una de ellas presente por cada uno de los supuestos definidos en el artículo 2 de este real decreto.

2. Dichos saldos, entre el importe resultante de la atención prestada en cada una de las comunidades a pacientes de otras comunidades autónomas o las ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y el importe de la atención recibida por pacientes de la comunidad en otras comunidades autónomas, se establecerán de forma normalizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad considerando:

a) Los sistemas de información que recogen los flujos de pacientes identificados como desplazados de corta o larga duración desarrollados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

b) Los procedimientos de asistencia sanitaria de atención primaria y sus costes compensables que figuran en el anexo I de este real decreto.

c) El gasto incurrido por las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria por la prestación de cartera común de servicios suplementaria.

d) Las posibilidades de aplicación de las cápitas mensuales y sus respectivos importes, que figuran en el anexo II de este real decreto.

Artículo 4. Sistema de Información

1. El proceso de prestación de la asistencia será registrado y validado mediante el Sistema de Información de Gestión de Fondos (SIFOS) desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en colaboración con las comunidades autónomas, desde el 1 de Enero de 2014 y cuya finalidad es recoger la información necesaria respecto al flujo de pacientes entre comunidades autónomas, a los procedimientos de Atención Primaria, y a las prestaciones de cartera suplementaria susceptibles de compensación para poder proceder a la compensación de los conceptos acordados por el Consejo Interterritorial.

2. El reconocimiento de la situación y duración del desplazamiento se llevará a cabo a través del sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Artículo 5. Procedimiento para la liquidación del Fondo de Garantía Asistencial.

1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, efectuará en el primer semestre de cada año, una liquidación separada para cada uno de los supuestos contemplados en el artículo 2 de este real decreto, y sus costes compensables, tomando como periodo de referencia la actividad realizada en el año anterior.
2. El total de los importes negativos y positivos resultantes de esta liquidación se tomará como base de la compensación entre comunidades autónomas e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
3. A lo largo de ese primer semestre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, remitirá al Instituto Nacional de la Seguridad Social la información sobre los saldos negativos resultantes de la liquidación del Fondo de Garantía Asistencial para que sean compensados, deducidos o retenidos, según proceda, de los pagos que el Instituto Nacional de Seguridad Social deba efectuar a las comunidades autónomas o al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en concepto de saldo neto positivo por gasto real o por cuota global por la cobertura de la asistencia sanitaria a que se refiere la disposición adicional quincuagésima octava de la Ley 30/2005, de 29 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2006.
4. Una vez realizadas estas deducciones, el Instituto Nacional de la Seguridad Social comunicará al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad por una parte los importes descontados a las comunidades autónomas o al Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y por otra parte los saldos netos negativos por gasto real que no hayan podido ser descontados de los saldos netos positivos por cuota global, cantidades que ingresará en una cuenta extrapresupuestaria gestionada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
5. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad distribuirá la cantidad ingresada en la mencionada cuenta extrapresupuestaria, entre las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria que presenten saldos netos positivos en la liquidación conjunta por Fondo de Garantía Asistencial y Fondo de cohesión sanitaria, una vez descontados los saldos netos negativos por gasto real que no hayan podido ser deducidos de los saldos netos positivos por cuota global.
6. Los saldos netos negativos por asistencia sanitaria prestada por Fondo de Garantía Asistencial, Fondo de cohesión sanitaria y por gasto real que resten, se deducirán de la liquidación a efectuar en el ejercicio siguiente.

Artículo 6. Comisión de seguimiento de los fondos de compensación para traslados entre comunidades autónomas

1. Se crea la Comisión de seguimiento de los fondos de compensación para traslados entre comunidades autónomas, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, integrada por un representante de cada una de las comunidades y ciudades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, del Ministerio de Empleo y Seguridad Social y del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas.

El Director General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia y el Subdirector General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondo de Cohesión del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, ejercerán, respectivamente, como Presidente y Secretario.

2. En su seno podrán establecerse los grupos de trabajo precisos para la gestión eficiente de los mecanismos de compensación entre comunidades autónomas, que estarán integrados por los representantes que la propia Comisión determine.

3. Las funciones de esta Comisión serán las siguientes:

a) Informar la actualización de los anexos de los reales decretos que regulan respectivamente el Fondo de Garantía Asistencial y el Fondo de cohesión sanitaria.

b) Seguimiento y actualización de los Sistemas de Información del Fondo de Garantía Asistencial y del Fondo de cohesión sanitaria.

c) Seguimiento de las liquidaciones de los Fondos de Garantía Asistencial y de cohesión sanitaria.

d) La coordinación entre el Ministerio de Empleo y Seguridad Social 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 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

e) Todas aquellas otras cuestiones relacionadas con los Fondos de cohesión sanitaria y de Garantía Asistencial que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud le encomiende.

Artículo 7. Modificación del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, queda modificado como sigue:

Uno. **El apartado 1 del Artículo 4**, queda redactado de la siguiente forma:

“1. Se compensará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España, con derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella que ha emitido su tarjeta sanitaria individual para ser atendidos por:

a) Los procesos con hospitalización que no corresponden a una de las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos atendidos en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud recogidas en el Anexo III.A, y que figuran en el anexo I de este real decreto.

b) Los procedimientos ambulatorios que figuran en el anexo II de este real decreto.

En ambos casos la atención será compensada siempre que haya sido solicitada por la comunidad autónoma que haya emitido la tarjeta sanitaria individual cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados.”

Dos. **El apartado 4 del Artículo 4** queda redactado de la siguiente forma:

“4. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en la medida en que lo aconseje la evidencia científica disponible y la mejora en la optimización y el acceso a los servicios sanitarios, actualizará el listado de procesos y procedimientos contemplados en los anexos I y II de este real decreto, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud,”

Tres. El **apartado 1 del Artículo 6**, queda redactado de la siguiente forma:

“1. El Fondo de cohesión sanitaria compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España, con derecho a la asistencia sanitaria del Sistema Nacional de Salud, que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella que haya emitido la tarjeta sanitaria individual para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.”

Cuatro. El **apartado 2 del Artículo 7**, queda redactado de la siguiente forma:

“2. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, actualizará en el primer semestre de cada año y mediante resolución del Titular del Departamento, la cuantía de los costes compensables reflejados en los anexos I y II de este real decreto.”

Cinco. El **artículo 10** queda redactado de la siguiente forma:

“Artículo 10. Procedimiento para la liquidación

1. El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, a lo largo del primer semestre de cada año, efectuará una liquidación separada para cada uno de los supuestos contemplados en este real decreto, tomando como referencia la actividad realizada en el año anterior y los costes actualizados en los términos señalados en el artículo 7.2.”

Seis. Los **anexos I, II y III** del RD 1207/2006, de 20 de octubre, quedan sustituidos, respectivamente, por el contenido de los anexos III, IV y V de este real decreto.

Disposición adicional primera. Convenios Especiales de Asistencia Sanitaria

La compensación de la atención prestada a pacientes que hayan suscrito un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria al amparo de lo dispuesto en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, en sus desplazamientos de corta duración entre comunidades autónomas se basará en las cuantías establecidas como costes compensables nacionales en concepto de atención sanitaria de atención primaria.

Disposición adicional segunda. Compensación por desplazamientos de larga duración.

La compensación por Fondo de Garantía Asistencial, de la atención prestada a pacientes que se desplacen por 30 días o más no se hará efectiva hasta tanto no lo permita la adecuación de cada uno de los sistemas informáticos, que se precisan para la citada compensación, de todas las comunidades y ciudades con estatuto de autonomía de Ceuta y Melilla y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Disposición transitoria única. Sistema de Información de tarjeta sanitaria individual

La funcionalidad de identificación de la temporalidad del sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud se encuentra habilitada en todas las comunidades y ciudades autónomas y en el Instituto Nacional de Gestión

Sanitaria, no obstante en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de este real decreto todas las Administraciones Sanitarias competentes deberán tenerla operativa.

Disposición derogatoria única. Derogación normativa.

Queda derogado el artículo 11 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la Comisión de seguimiento 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 de lo dispuesto en el artículo 149.1.16ª y 17ª de la Constitución, que atribuye al Estado, respectivamente, la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, así como la legislación básica y régimen económico de la seguridad social.

Disposición final segunda. Actualización de resoluciones y disposiciones

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad actualizará previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y con el informe favorable del Ministerio de Hacienda y de Administraciones Públicas, por resolución del Titular del Departamento, durante el primer cuatrimestre de cada año.

1 El listado de procedimientos de atención primaria y las cápitas de atención sanitaria contemplados en el anexo I y II de este real decreto así como las correspondientes cuantías de los importes de compensación, conforme a los acuerdos a que se llegue en la Comisión de seguimiento de los fondos de compensación para traslados entre comunidades autónomas y de la última información disponible de las estadísticas del gasto sanitario.

2. El listado de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos a que hacen referencia los anexos III, IV y V de este real decreto así como las cuantías de los importes de compensación de los mismos, conforme a la información disponible e, informando a la Comisión de seguimiento de los Fondos de Compensación del Sistema Nacional de Salud de los criterios utilizados.

Disposición final tercera. Facultad de desarrollo.

Se faculta al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para dictar las resoluciones y disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de lo previsto en este real decreto.

Disposición final cuarta. 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, elde de 2015

El Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad,

ANEXO I

**Procedimientos de atención primaria y cuantías compensables por Fondo de
Garantía Asistencial en desplazamientos de corta duración**

(En Euros)

COD PROC	DESCRIPCIÓN PROCEDIMIENTO	COSTE MEDIO 2015	COSTE COMPENSABLE FOGA-AP (60%)
AP 1	Consulta médica de atención primaria en el centro en horario ordinario	54,23	32,54
AP 2	Consulta médica de atención primaria en el centro en horario de atención continuada	68,53	41,12
AP 3	Visita médica de atención primaria a domicilio en horario ordinario	72,26	43,36
AP 4	Visita médica de atención primaria a domicilio en horario de atención continuada	88,72	53,23
AP 5	Consulta de enfermería de atención primaria en el centro en horario ordinario	24,14	14,48
AP 6	Consulta de enfermería de atención primaria en el centro en horario de atención continuada	31,18	18,71
AP 7	Visita de enfermería de atención primaria a domicilio en horario ordinario	39,29	23,58
AP 8	Visita de enfermería de atención primaria a domicilio en horario de atención continuada	47,90	28,74
AP 9	Procedimiento de enfermería en el centro de atención primaria	20,28	12,17
AP 10	Procedimiento de enfermería a domicilio	31,20	18,72
AP 11	Consulta de matrona	29,53	17,72
AP 12	Sesión de preparación al parto	45,37	27,22
AP 13	Sesión de rehabilitación básica	19,54	11,73
AP 14	Intervención de cirugía menor ambulatoria, infiltración u otro tratamiento en el ámbito de los equipos de atención primaria	116,86	70,12
AP 15	Prueba de radiología simple	19,57	11,74
AP 16	Analítica básica de orina	25,43	15,26
AP 17	Analítica básica de sangre	40,44	24,26

ANEXO II

Tipos de cápitras y cuantías compensables por Fondo de Garantía Asistencial en desplazamientos de larga duración

CÁPITA MENSUAL - 2015	Cantidad compensable a <65 años (en euros)	Cantidad compensable a ≥65 años (en euros)
Cápita completa *	58,91	192,77
Cápita parcial referida a asistencia en nivel primario *	14,47	24,30
Cápita parcial referida a asistencia en nivel especializado *	44,44	168,47

* Cantidades acordadas, calculadas en base a la información de la EGSP del año 2013, sobre la base del reparto porcentual del sistema de cuentas de salud

ANEXO III

ANEXO I del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre Procesos con hospitalización y costes compensables

(En Euros)

COD GRD APv27.0	DESCRIPCIÓN	coste medio 2015	Coste compensable 2015 (80%)
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 CON CC	15.113	12.090
2	CRANEOTOMIA EDAD>17 SIN CC	10.834	8.667
6	LIBERACION DE TUNEL CARPIANO	1.405	1.124
7	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO CON CC	5.510	4.408
8	PROCED. SOBRE N.CRANEALES & PERIFERICOS & OTROS PQ S.NERVIOSO SIN CC	3.887	3.110
9	TRASTORNOS & LESIONES ESPINALES	4.345	3.476
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC	7.009	5.607
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC	4.747	3.798
12	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO	3.523	2.818
13	ESCLEROSIS MULTIPLE & ATAXIA CEREBELOSA	3.213	2.570
14	ICTUS CON INFARTO	3.518	2.814
15	ACCIDENTE CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICO & OCLUSION PRECEREBRAL SIN INFARTO	3.177	2.542
16	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS CON CC	5.622	4.498
17	TRASTORNOS CEREBROVASCULARES NO ESPECIFICOS SIN CC	3.234	2.587
18	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS CON CC	4.341	3.473
19	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES & PERIFERICOS SIN CC	2.939	2.351
21	MENINGITIS VIRICA	3.029	2.423
22	ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	4.037	3.230
23	ESTUPOR & COMA NO TRAUMATICOS	2.619	2.095
34	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO CON CC	4.922	3.938
35	OTROS TRASTORNOS DEL SISTEMA NERVIOSO SIN CC	2.608	2.086
36	PROCEDIMIENTOS SOBRE RETINA	5.606	4.485

37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA	8.546	6.837
38	PROCEDIMIENTOS PRIMARIOS SOBRE IRIS	4.189	3.351
39	PROCEDIMIENTOS SOBRE CRISTALINO CON O SIN VITRECTOMIA	3.550	2.840
40	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD>17	4.062	3.250
41	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18	4.329	3.463
42	PROCEDIMIENTOS INTRAOCULARES EXCEPTO RETINA, IRIS & CRISTALINO	6.122	4.898
43	HIPEMA	6.518	5.214
44	INFECCIONES AGUDAS MAYORES DE OJO	7.024	5.619
45	TRASTORNOS NEUROLOGICOS DEL OJO	3.348	2.678
46	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 CON CC	3.839	3.071
47	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD>17 SIN CC	3.178	2.542
48	OTROS TRASTORNOS DEL OJO EDAD<18	3.372	2.698
49	PROCED. MAYORES DE CABEZA & CUELLO EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	15.372	12.298
50	SIALOADENECTOMIA	3.936	3.149
51	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLANDULAS SALIVARES EXCEPTO SIALOADENECTOMIA	2.860	2.288
52	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL & PALADAR	4.871	3.897
53	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD>17	3.182	2.546
54	PROCEDIMIENTOS SOBRE SENOS & MASTOIDES EDAD<18	4.372	3.498
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	2.630	2.104
56	RINOPLASTIA	2.746	2.197
57	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	2.378	1.902
58	PROCED. S. A&VA EXCEPTO AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	2.396	1.917
59	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD>17	2.167	1.734
60	AMIGDALECTOMIA &/O ADENOIDECTOMIA SOLO, EDAD<18	2.246	1.797
61	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD>17	2.350	1.880
62	MIRINGOTOMIA CON INSERCIÓN DE TUBO EDAD<18	2.533	2.026
63	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	4.299	3.439
64	NEOPLASIA MALIGNA DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	4.363	3.490
65	ALTERACIONES DEL EQUILIBRIO	2.298	1.838
66	EPISTAXIS	2.881	2.305
67	EPIGLOTITIS	2.963	2.370
68	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 CON CC	2.181	1.745
69	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD>17 SIN CC	1.800	1.440
70	OTITIS MEDIA & ITRS EDAD<18	2.439	1.951
71	LARINGOTRAQUEITIS	2.482	1.986
72	TRAUMATISMO & DEFORMIDAD NASAL	1.866	1.493
73	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD>17	1.584	1.267
74	OTROS DIAGNOSTICOS DE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA EDAD<18	1.589	1.271
75	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES	7.766	6.213
76	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	5.969	4.775
77	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	3.776	3.021
78	EMBOLISMO PULMONAR	3.649	2.919
79	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE EDAD>17 CON CC	4.309	3.447
80	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE EDAD>17 SIN CC	3.299	2.639
82	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	4.107	3.286
83	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR CON CC	3.470	2.776

84	TRAUMATISMO TORACICO MAYOR SIN CC	2.183	1.746
85	DERRAME PLEURAL CON CC	4.508	3.606
86	DERRAME PLEURAL SIN CC	3.828	3.062
87	EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	3.223	2.578
88	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	2.636	2.109
89	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 CON CC	3.251	2.601
90	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD>17 SIN CC	2.477	1.982
92	NEUMOPATIA INTERSTICIAL CON CC	3.833	3.066
93	NEUMOPATIA INTERSTICIAL SIN CC	3.148	2.518
94	NEUMOTORAX CON CC	3.834	3.067
95	NEUMOTORAX SIN CC	2.502	2.002
96	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 CON CC	2.490	1.992
97	BRONQUITIS & ASMA EDAD>17 SIN CC	2.134	1.707
99	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS CON CC	2.927	2.342
100	SIGNOS & SINTOMAS RESPIRATORIOS SIN CC	1.872	1.498
101	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	3.176	2.541
102	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO SIN CC	2.418	1.934
103	TRASPLANTE CARDIACO O IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA	57.388	45.910
104	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS MAYORES CON CAT. CARDIACO	25.414	20.331
105	PROC. SOBRE VALV. CARDIACAS & OTROS PROC. CARDIOTORACICOS MAYORES SIN CAT. CARDIACO	20.083	16.066
106	BYPASS CORONARIO CON ACTP	35.637	28.510
107	BYPASS CORONARIO SIN ACTP Y CON CATETERISMO CARDIACO	19.850	15.880
108	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	15.889	12.711
109	BYPASS CORONARIO SIN ACTP SIN CATETERISMO CARDIACO	14.224	11.379
110	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC	15.166	12.133
111	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES SIN CC	11.242	8.994
112	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES PERCUTANEOS, SIN IAM, INSUFICIENCIA CARDIACA O SHOCK	3.348	2.678
113	AMPUTACION POR TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO M.SUPERIOR Y DEDOS DEL PIE	12.960	10.368
114	AMPUTACION DE M.SUPERIOR & DEDOS DEL PIE POR TRASTORNOS CIRCULATORIOS	6.722	5.378
115	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. CON IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR	11.378	9.102
116	OTRAS IMPLANTACIONES DE MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE	6.657	5.326
117	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCION DE GENERADOR	5.331	4.265
118	REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO SUSTITUCION DE GENERADOR	5.312	4.250
119	LIGADURA & STRIPPING DE VENAS	1.682	1.346
120	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	9.550	7.640
121	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM & COMPL.MAYORES, ALTA CON VIDA	5.226	4.181
122	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM SIN COMPL. MAYORES ALTA CON VIDA	4.390	3.512
123	TRAST.CIRCULATORIOS CON IAM, EXITUS	4.405	3.524
124	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. COMPLEJO	4.978	3.982
125	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO SIN DIAG. COMPLEJO	2.562	2.050
126	ENDOCARDITIS AGUDA & SUBAGUDA	10.679	8.543
127	INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	3.198	2.558
128	TROMBOFLEBITIS DE VENAS PROFUNDAS	2.709	2.167
129	PARADA CARDIACA, CAUSA DESCONOCIDA	4.540	3.632
130	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS CON CC	3.503	2.802

131	TRASTORNOS VASCULARES PERIFERICOS SIN CC	2.743	2.194
132	ATEROSCLEROSIS CON CC	4.486	3.589
133	ATEROSCLEROSIS SIN CC	3.730	2.984
134	HIPERTENSION	2.576	2.061
135	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 CON CC	3.132	2.506
136	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD>17 SIN CC	2.583	2.066
137	TRASTORNOS CARDIACOS CONGENITOS & VALVULARES EDAD<18	2.984	2.387
138	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION CON CC	2.855	2.284
139	ARRITMIAS CARDIACAS & TRASTORNOS DE CONDUCCION SIN CC	2.351	1.881
140	ANGINA DE PECHO	2.163	1.730
141	SINCOPE & COLAPSO CON CC	2.791	2.233
142	SINCOPE & COLAPSO SIN CC	2.454	1.963
143	DOLOR TORACICO	2.123	1.698
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	4.230	3.384
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	3.362	2.690
146	RESECCION RECTAL CON CC	12.362	9.890
147	RESECCION RECTAL SIN CC	8.795	7.036
148	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	11.464	9.171
149	PROCEDIMIENTOS MAYORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	7.721	6.177
150	ADHESIOLISIS PERITONEAL CON CC	8.879	7.103
151	ADHESIOLISIS PERITONEAL SIN CC	5.845	4.676
152	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO CON CC	8.602	6.882
153	PROCEDIMIENTOS MENORES DE INTESTINO DELGADO & GRUESO SIN CC	5.793	4.634
154	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 CON CC	12.071	9.657
155	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD>17 SIN CC	6.035	4.828
156	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD<18	6.575	5.260
157	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA CON CC	3.562	2.850
158	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	1.874	1.499
159	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	4.274	3.419
160	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	2.943	2.354
161	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 CON CC	2.734	2.187
162	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL & FEMORAL EDAD>17 SIN CC	2.048	1.638
163	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EDAD<18	2.617	2.094
164	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	8.075	6.460
165	APENDICECTOMIA CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	5.097	4.078
166	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO CON CC	5.546	4.437
167	APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	3.239	2.591
168	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA CON CC	3.534	2.827
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC	2.810	2.248
170	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO CON CC	8.736	6.989
171	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO SIN CC	6.399	5.119
172	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA CON CC	4.652	3.722
173	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA SIN CC	3.535	2.828
174	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL CON CC	3.498	2.798
175	HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL SIN CC	2.524	2.019
176	ULCERA PEPTICA COMPLICADA	3.234	2.587
177	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA CON CC	4.259	3.407

178	ULCERA PEPTICA NO COMPLICADA SIN CC	3.151	2.521
179	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	3.942	3.154
180	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL CON CC	3.319	2.655
181	OBSTRUCCION GASTROINTESTINAL SIN CC	2.457	1.966
182	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	3.263	2.610
183	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGEST. MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	2.575	2.060
185	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD>17	2.638	2.110
186	TRAST. DENTALES & BUCALES EXCEPTO EXTRACCIONES & REPOSICIONES EDAD<18	2.781	2.225
187	EXTRACCIONES & REPOSICIONES DENTALES	2.158	1.726
188	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 CON CC	3.188	2.550
189	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD>17 SIN CC	2.311	1.849
191	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON CC	10.445	8.356
192	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN CC	9.558	7.646
193	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB CON CC	11.589	9.271
194	PROC.S. VIA BILIAR EXCEPTO COLECISTECTOMIA SOLO, CON O SIN ECB SIN CC	8.279	6.623
195	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	11.365	9.092
196	COLECISTECTOMIA CON EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	10.039	8.031
197	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR CON CC	8.734	6.987
198	COLECISTECTOMIA SIN EXPLORACION VIA BILIAR SIN CC	5.226	4.181
199	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA	7.475	5.980
200	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	6.314	5.051
201	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS HEPATOBILIARES O DE PANCREAS	9.583	7.666
202	CIRROSIS & HEPATITIS ALCOHOLICA	3.661	2.929
203	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PANCREAS	4.252	3.402
204	TRASTORNOS DE PANCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	3.292	2.634
205	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA CON CC	3.060	2.448
206	TRASTORNOS DE HIGADO EXC. N.MALIGNA, CIRROSIS, HEPATITIS ALCOHOLICA SIN CC	1.849	1.479
207	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR CON CC	4.378	3.502
208	TRASTORNOS DEL TRACTO BILIAR SIN CC	2.977	2.382
209	SUSTITUCION ARTICULACION MAYOR EXCEPTO CADERA & REIMPLANTE MIEMBRO INFERIOR, EXCEPTO POR CC	8.880	7.104
210	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 CON CC	9.078	7.262
211	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD>17 SIN CC	7.048	5.638
212	PROC. DE CADERA & FEMUR EXCEPTO ARTICULACION MAYOR EDAD<18	7.317	5.854
213	AMPUTACION POR TRASTORNOS MUSCULOESQUELETICOS & TEJIDO CONECTIVO	12.932	10.346
216	BIOPSIAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	6.098	4.878
217	DESBRID.HER.& INJ.PIEL EXC.HER.ABIERTA POR TRAST.MUS.ESQ.& T.CONEC.EXC.MANO	11.105	8.884
218	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 CON CC	7.799	6.239
219	PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	5.079	4.063
220	PROCEDIMIENTOS EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD<18	3.733	2.986
221	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA CON CC	3.871	3.097
222	PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	3.230	2.584
223	PROC. MAYORES HOMBRO/CODO, U OTROS PROCEDIMIENTOS EXTR.SUPERIOR CON CC	3.508	2.806
224	PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC.MAYOR DE ARTICULACION SIN CC	3.636	2.909
225	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	2.872	2.298
226	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS CON CC	4.993	3.994

227	PROCEDIMIENTOS SOBRE TEJIDOS BLANDOS SIN CC	3.216	2.573
228	PROC.MAYOR SOBRE PULGAR O ARTICULACION, U OTROS PROC.S.MANO O MUÑECA CON CC	3.389	2.711
229	PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	2.808	2.246
230	EXCISION LOCAL & ELIMINACION DISP. FIJACION INTERNA DE CADERA & FEMUR	3.161	2.529
232	ARTROSCOPIA	2.693	2.154
233	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO CON CC	11.447	9.158
234	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE S.MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO SIN CC	7.735	6.188
235	FRACTURAS DE FEMUR	5.276	4.221
236	FRACTURAS DE CADERA & PELVIS	4.019	3.215
237	ESGUINCE, DESGARRO & LUXACION DE CADERA, PELVIS & MUSLO	2.090	1.672
238	OSTEOMIELITIS	5.650	4.520
239	FRACTURAS PATOLOGICAS & NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELETICA & T.CONECTIVO	5.011	4.009
240	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO CON CC	5.751	4.601
241	TRASTORNOS DE T.CONECTIVO SIN CC	4.264	3.411
242	ARTRITIS SEPTICA	7.325	5.860
243	PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	3.058	2.446
244	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS CON CC	4.156	3.325
245	ENFERMEDADES OSEAS & ARTROPATIAS ESPECIFICAS SIN CC	2.894	2.315
246	ARTROPATIAS NO ESPECIFICAS	3.860	3.088
247	SIGNOS & SINTOMAS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & T.CONECTIVO	2.979	2.383
248	TENDINITIS, MIOSITIS & BURSITIS	2.576	2.061
249	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO ORTOPEDICO	4.160	3.328
250	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 CON CC	2.501	2.001
251	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD>17 SIN CC	2.000	1.600
252	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION ANTEBRAZO,MANO,PIE EDAD<18	1.840	1.472
253	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 CON CC	3.445	2.756
254	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD>17 SIN CC	1.904	1.523
255	FRACTURA,ESGUINCE,DESGARRO & LUXACION BRAZO,PIERNA EXCL.PIE EDAD<18	1.746	1.397
256	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	2.237	1.790
257	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	6.020	4.816
258	MASTECTOMIA TOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	5.637	4.510
259	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA CON CC	4.911	3.929
260	MASTECTOMIA SUBTOTAL POR NEOPLASIA MALIGNA SIN CC	4.025	3.220
261	PROC. S. MAMA POR PROCESO NO MALIGNO EXCEPTO BIOPSIA & EXCISION LOCAL	3.991	3.193
262	BIOPSIA DE MAMA & EXCISION LOCAL POR PROCESO NO MALIGNO	2.512	2.010
263	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	10.245	8.196
264	INJERTO PIEL &/O DESBRID. POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	5.100	4.080
265	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS CON CC	5.800	4.640
266	INJERTO PIEL &/O DESBRID. EXCEPTO POR ULCERA CUTANEA, CELULITIS SIN CC	4.549	3.639
267	PROCEDIMIENTOS DE REGION PERIANAL & ENFERMEDAD PILONIDAL	1.676	1.341
268	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA	3.751	3.001
269	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA CON CC	4.717	3.774
270	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA SIN CC	2.850	2.280
271	ULCERAS CUTANEAS	4.998	3.998
272	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL CON CC	6.477	5.182

273	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL SIN CC	5.179	4.143
274	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA CON CC	4.639	3.711
275	PROCESOS MALIGNOS DE MAMA SIN CC	3.232	2.586
276	TRASTORNOS NO MALIGNOS DE MAMA	1.872	1.498
277	CELULITIS EDAD>17 CON CC	3.761	3.009
278	CELULITIS EDAD>17 SIN CC	2.691	2.153
279	CELULITIS EDAD<18	3.389	2.711
280	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 CON CC	2.937	2.350
281	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD>17 SIN CC	1.916	1.533
282	TRAUMATISMO DE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA EDAD<18	2.095	1.676
283	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL CON CC	5.205	4.164
284	TRASTORNOS MENORES DE LA PIEL SIN CC	2.654	2.123
285	AMPUTACION M.INFERIOR POR TRAST.ENDOCRINOS, NUTRICIONALES & METABOLICOS	11.364	9.091
286	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES & HIPOFISIS	8.347	6.678
287	INJERTO DE PIEL & DESBRIDAMIENTO HERIDA POR TRAST. ENDOCR., NUTR. & METAB.	7.804	6.243
288	PROCEDIMIENTOS GÁSTRICOS PARA OBESIDAD	7.371	5.897
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES	3.454	2.763
290	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES	3.887	3.110
291	PROCEDIMIENTOS SOBRE TRACTO TIREOGLOSO	2.917	2.334
292	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. CON CC	12.015	9.612
293	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. SIN CC	6.807	5.446
294	DIABETES EDAD>35	3.527	2.822
295	DIABETES EDAD<36	4.009	3.207
296	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 CON CC	3.416	2.733
297	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD>17 SIN CC	2.638	2.110
298	TRASTORNOS NUTRICIONALES & METABOLICOS MISCELANEOS EDAD<18	2.906	2.325
299	ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO	2.753	2.202
300	TRASTORNOS ENDOCRINOS CON CC	5.054	4.043
301	TRASTORNOS ENDOCRINOS SIN CC	3.808	3.046
302	TRASPLANTE RENAL	24.971	19.977
303	PROCEDIMIENTOS S.RIÑON Y URETER POR NEOPLASIA	7.764	6.211
304	PROC. S. RIÑON Y URETER POR PROCEDIMIENTO NO NEOPLASICO CON CC	7.887	6.310
305	PROC. S. RIÑON Y URETER POR PROCEDIMIENTO NO NEOPLASICO SIN CC	6.003	4.802
306	PROSTATECTOMIA CON CC	4.268	3.414
307	PROSTATECTOMIA SIN CC	3.442	2.754
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	5.716	4.573
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	3.683	2.946
310	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES CON CC	3.701	2.961
311	PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	2.613	2.090
312	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 CON CC	3.642	2.914
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD>17 SIN CC	2.590	2.072
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18	4.714	3.771
315	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑON & TRACTO URINARIO	4.960	3.968
316	INSUFICIENCIA RENAL	4.428	3.542
317	ADMISION PARA DIALISIS RENAL	1.884	1.507
318	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO CON CC	4.064	3.251
319	NEOPLASIAS DE RIÑON & TRACTO URINARIO SIN CC	2.288	1.830

320	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	3.164	2.531
321	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	2.189	1.751
322	INFECCIONES DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD<18	3.695	2.956
323	CALCULOS URINARIOS CON CC, &/O LITOTRIPSIA EXTRACORPOREA POR ONDA DE CHOQUE	2.382	1.906
324	CALCULOS URINARIOS SIN CC	1.941	1.553
325	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	2.832	2.266
326	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	2.190	1.752
327	SIGNOS & SINTOMAS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD<18	2.975	2.380
328	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 CON CC	3.536	2.829
329	ESTENOSIS URETRAL EDAD>17 SIN CC	2.440	1.952
330	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18	3.909	3.127
331	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 CON CC	4.350	3.480
332	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD>17 SIN CC	2.746	2.197
333	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EDAD<18	4.417	3.534
334	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA CON CC	7.257	5.806
335	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA SIN CC	6.625	5.300
336	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL CON CC	3.905	3.124
337	PROSTATECTOMIA TRANSURETRAL SIN CC	3.411	2.729
338	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, NEOPLASIA MALIGNA	2.995	2.396
339	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD>17	2.060	1.648
340	PROCEDIMIENTOS SOBRE TESTICULO, PROCESO NO MALIGNO EDAD<18	2.568	2.054
341	PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PENE	4.969	3.975
344	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	4.932	3.946
345	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL MASC. EXC. PARA NEOPLASIA MALIGNA	3.636	2.909
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC	4.593	3.674
347	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, SIN CC	4.213	3.370
348	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA CON CC	2.813	2.250
349	HIPERTROFIA PROSTATICA BENIGNA SIN CC	1.880	1.504
350	INFLAMACION DE APARATO GENITAL MASCULINO	2.245	1.796
351	ESTERILIZACION, VARON	1.521	1.217
352	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO	2.177	1.742
353	EVISCERACION PELVICA, HISTERECTOMIA RADICAL & VULVECTOMIA RADICAL	9.585	7.668
354	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANEJOS CON CC	10.375	8.300
355	PROC. S. UTERO, ANEJOS POR N.MALIGNA NO OVARICAS NI DE ANEJOS SIN CC	6.800	5.440
356	PROC. DE RECONSTRUCCION APARATO GENITAL FEMENINO	3.582	2.866
357	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	9.397	7.518
358	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO CON CC	5.054	4.043
359	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	4.481	3.585
360	PROCEDIMIENTOS SOBRE VAGINA, CERVIX & VULVA	2.868	2.294
361	LAPAROSCOPIA O INTERRUPCION TUBARICA INCISIONAL	3.653	2.922
362	INTERRUPCION TUBARICA POR ENDOSCOPIA	1.987	1.590
363	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION & RADIO-IMPLANTE POR NEOPLASIA MALIGNA	3.879	3.103
364	DILATACION & LEGRADO, CONIZACION EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA	1.878	1.502
365	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP.GENITAL FEMENINO	5.771	4.617
366	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, CON CC	6.559	5.247
367	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL FEMENINO, SIN CC	4.644	3.715

368	INFECCIONES, APARATO GENITAL FEMENINO	2.604	2.083
369	TRASTORNOS MENSTRUALES & OTROS PROBLEMAS DE APARATO GENITAL FEMENINO	1.731	1.385
370	CESAREA, CON COMPLICACIONES	3.588	2.870
371	CESAREA, SIN COMPLICACIONES	3.723	2.978
372	PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	2.196	1.757
373	PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	2.004	1.603
374	PARTO VAGINAL CON ESTERILIZACION Y/O DILATACION & LEGRADO	2.924	2.339
375	PARTO VAGINAL CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO EXCEPTO ESTERILIZACION Y/O D & L	2.773	2.218
376	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	2.084	1.667
377	DIAGNOSTICOS POST-PARTO & POST-ABORTO CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	3.890	3.112
378	EMBARAZO ECTOPICO	2.330	1.864
379	AMENAZA DE ABORTO	1.887	1.510
380	ABORTO SIN DILATACION & LEGRADO	1.148	918
381	ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	1.496	1.197
382	FALSO TRABAJO DE PARTO	1.065	852
392	ESPLENECTOMIA EDAD>17	7.056	5.645
393	ESPLENECTOMIA EDAD<18	6.395	5.116
394	OTROS PROC. QUIRURGICOS HEMATOLOGICOS Y DE ORGANOS HEMOPOYETICOS	3.699	2.959
395	TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD>17	3.169	2.535
397	TRASTORNOS DE COAGULACION	4.320	3.456
398	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS CON CC	4.274	3.419
399	TRASTORNO DE S.RETICULOENDOTELIAL & INMUNITARIOS SIN CC	3.542	2.834
401	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC. QUIRURGICOS CON CC	9.749	7.799
402	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON OTROS PROC. QUIRURGICOS SIN CC	5.639	4.511
403	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC	7.280	5.824
404	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA SIN CC	5.496	4.397
406	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC. QUIRURGICO MAYOR CON CC	11.895	9.516
407	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON PROC. QUIRURGICO MAYOR SIN CC	7.896	6.317
408	TRAST.MIELOPROLIFERATIVO O NEO. MAL DIFER. CON OTRO PROCEDIMIENTO	5.462	4.370
409	RADIOTERAPIA	3.809	3.047
410	QUIMIOTERAPIA	3.636	2.909
413	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL DIFER. CON CC	5.143	4.114
414	OTROS TRASTORNOS MIELOPROLIFERATIVOS O NEOPLASIAS MAL DIFER. SIN CC	3.407	2.726
417	SEPTICEMIA EDAD<18	4.449	3.559
418	INFECCIONES POSTOPERATORIAS & POSTRAUMATICAS	4.518	3.614
419	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 CON CC	3.538	2.830
420	FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD>17 SIN CC	2.305	1.844
421	ENFERMEDAD VIRICA EDAD>17	2.591	2.073
422	ENFERMEDAD VIRICA & FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18	2.674	2.139
423	OTROS DIAGNOSTICOS DE ENFERMEDAD INFECCIOSA & PARASITARIA	4.174	3.339
424	PROC. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL	13.297	10.638
425	REACCION DE ADAPTACION AGUDA & DISFUNCION PSICOSOCIAL	3.048	2.438
426	NEUROSIS DEPRESIVAS	4.578	3.662
427	NEUROSIS EXCEPTO DEPRESIVA	4.008	3.206
428	TRASTORNOS DE PERSONALIDAD & CONTROL DE IMPULSOS	3.527	2.822

429	ALTERACIONES ORGANICAS & RETRASO MENTAL	4.181	3.345
430	PSICOSIS	6.561	5.249
431	TRASTORNOS MENTALES DE LA INFANCIA	3.850	3.080
432	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRASTORNO MENTAL	2.462	1.970
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA	7.712	6.170
440	DESBRIDAMIENTO HERIDA POR LESION TRAUMATICA, EXCEPTO HERIDA ABIERTA	6.312	5.050
441	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO POR LESION TRAUMATICA	4.592	3.674
442	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA CON CC	7.957	6.366
443	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS POR LESION TRAUMATICA SIN CC	3.698	2.958
444	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 CON CC	2.609	2.087
445	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD>17 SIN CC	2.032	1.626
446	LESIONES DE LOCALIZACION NO ESPECIFICADA O MULTIPLE EDAD<18	2.307	1.846
447	REACCIONES ALERGICAS EDAD>17	3.964	3.171
448	REACCIONES ALERGICAS EDAD<18	1.813	1.450
449	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 CON CC	3.269	2.615
450	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD>17 SIN CC	2.280	1.824
451	ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO DE DROGAS EDAD<18	1.616	1.293
452	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO CON CC	3.720	2.976
453	COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO SIN CC	2.905	2.324
454	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO CON CC	2.903	2.322
455	OTROS DIAGNOSTICOS DE LESION, ENVENENAMIENTO & EFECTO TOXICO SIN CC	1.641	1.313
461	PROC. QUIRURGICO CON DIAG. DE OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	3.904	3.123
462	REHABILITACION	7.496	5.997
463	SIGNOS & SINTOMAS CON CC	3.530	2.824
464	SIGNOS & SINTOMAS SIN CC	1.871	1.497
465	CUIDADOS POSTERIORES CON HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	2.309	1.847
466	CUIDADOS POSTERIORES SIN HISTORIA DE NEO.MALIGNA COMO DIAG.SECUNDARIO	2.313	1.850
467	OTROS FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD	1.875	1.500
468	Procedimiento quirúrgico extensivo sin relación con diagnóstico principal	10.651	8.521
469	Diagnóstico principal no válido como diagnóstico de alta	0	0
470	No agrupable	0	0
471	PROC.MAYORES SOBRE ARTICULACION M.INFERIOR, BILATERAL O MULTIPLE	21.231	16.985
476	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO PROSTATICO NO RELACIONADO CON DIAG. PRINCIPAL	21.714	17.371
477	PROCEDIMIENTO QUIRURGICO NO EXTENSIVO NO RELACIONADO CON DIAG.PRINCIPAL	9.496	7.597
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC	8.733	6.986
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC	6.091	4.873
480	TRASPLANTE HEPATICO Y/O TRASPLANTE INTESTINAL	71.988	57.590
482	TRAQUEOSTOMIA CON TRASTORNOS DE BOCA, LARINGE O FARINGE	16.850	13.480
491	PROCEDIMIENTOS MAYORES REIMPLANTACION ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.SUPERIOR	8.436	6.749
493	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR CON CC	4.126	3.301
494	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	2.865	2.292
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	33.628	26.902
531	PROCEDIMIENTOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR	18.661	14.929
532	AIT, OCLUSIONES PRECEREBRALES, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	4.808	3.846
533	OTROS TRAST. SISTEMA NERVIOSO EXC. AIT, CONVULSIONES & CEFALEA CON CC MAYOR	7.972	6.378
534	PROCEDIMIENTOS OCULARES CON CC MAYOR	9.209	7.367

535	TRASTORNOS OCULARES CON CC MAYOR	5.399	4.319
536	PROCEDIMIENTOS ORL & BUCALES EXCEPTO PROC.MAYORES CABEZA & CUELLO CON CC MAYOR	6.301	5.041
538	PROCEDIMIENTOS TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	14.760	11.808
539	PROCEDIMIENTOS RESPIRATORIOS EXCEPTO PROC.TORACICOS MAYORES CON CC MAYOR	12.350	9.880
540	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE CON CC MAYOR	5.374	4.299
541	NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	4.065	3.252
543	TRAST.CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, ENDOCARDITIS, ICC & ARRITMIA CON CC MAYOR	5.254	4.203
544	ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	4.612	3.690
545	PROCEDIMIENTO VALVULAR CARDIACO CON CC MAYOR	37.178	29.742
546	BYPASS CORONARIO CON CC MAYOR	28.054	22.443
547	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS CON CC MAYOR	49.202	39.362
548	IMPLANTACION O REVISION DE MARCAPASOS CARDIACO CON CC MAYOR	11.363	9.090
549	PROCEDIMIENTOS CARDIOVASCULARES MAYORES CON CC MAYOR	25.550	20.440
550	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC MAYOR	12.561	10.049
551	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & ULCERA NO COMPLICADA CON CC MAYOR	4.535	3.628
552	TRAST. AP. DIGESTIVO EXCEPTO ESOF., GASTROENT. & ULC.NO COMPL. CON CC MAYOR	6.630	5.304
553	PROC.AP.DIGEST. EXCEPTO HERNIA & PROC.MAYOR ESTOMAGO O INTEST. CON CC MAYOR	14.043	11.234
554	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA CON CC MAYOR	6.710	5.368
555	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR CON CC MAYOR	25.120	20.096
556	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR	12.991	10.393
557	TRASTORNOS HEPATOBILIARES Y DE PANCREAS CON CC MAYOR	6.714	5.371
558	PROC.MUSCULOESQUELETICO MAYOR CON CC MAYOR	15.254	12.203
559	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELETICOS NO MAYORES CON CC MAYOR	12.636	10.109
560	TRAST.MUSCULOESQ.EXC.OSTEOMIEL.,ART.SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	6.555	5.244
561	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR	8.835	7.068
562	TRASTORNOS MAYORES DE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	7.838	6.270
563	OTROS TRASTORNOS DE PIEL CON CC MAYOR	4.792	3.834
564	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL & MAMA CON CC MAYOR	10.353	8.282
565	PROCEDIMIENTOS ENDOCR.,NUTRIC. & METAB. EXC.AMPUTACION M.INF. CON CC MAYOR	12.587	10.070
566	TRAST. ENDOCRINO, NUTRIC. & METAB. EXC. TRAST. DE INGESTA O FIBROSIS QUISTICA CON CC MAYOR	6.349	5.079
567	PROCEDIMIENTOS RIÑÓN & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL CON CC MAYOR	16.083	12.866
568	INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	8.124	6.499
569	TRAST. DE RIÑÓN & TRACTO URINARIO EXCEPTO INSUFICIENCIA RENAL CON CC MAYOR	4.504	3.603
570	TRASTORNOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	4.633	3.706
571	PROCEDIMIENTOS APARATO GENITAL MASCULINO CON CC MAYOR	8.752	7.002
572	TRASTORNOS APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	6.398	5.118
573	PROCEDIMIENTOS NO RADICALES APARATO GENITAL FEMENINO CON CC MAYOR	10.601	8.481
574	TRASTORNOS DE SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	6.312	5.050
575	PROCEDIMIENTOS S. SANGRE, ORGANOS HEMOPOYETICOS & INMUNOLOGICOS CON CC MAYOR	11.076	8.861
576	LEUCEMIA AGUDA CON CC MAYOR	28.783	23.026
577	TRAST. MIELOPROLIFERATIVO & NEO. MAL DIFERENCIADA CON CC MAYOR	13.133	10.506

578	LINFOMA & LEUCEMIA NO AGUDA CON CC MAYOR	13.433	10.746
579	PROCEDIMIENTOS PARA LINFOMA, LEUCEMIA & TRAST.MIELOPROLIFERATIVO CON CC MAYOR	35.576	28.461
580	INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS EXCEPTO SEPTICEMIA CON CC MAYOR	6.611	5.289
581	PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR	21.442	17.154
582	LESIONES, ENVENENAMIENTOS O EFECTO TÓXICO DROGAS EXC. TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	6.989	5.591
583	PROCEDIMIENTOS PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR	14.320	11.456
584	SEPTICEMIA CON CC MAYOR	7.326	5.861
585	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO,ESOFAGO,DUODENO,I.DELGADO & GRUESO CON CC MAYOR	20.270	16.216
586	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD > 17	2.704	2.163
587	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD < 18	4.882	3.906
588	BRONQUITIS & ASMA EDAD >17 CON CC MAYOR	3.005	2.404
589	BRONQUITIS & ASMA EDAD <18 CON CC MAYOR	3.512	2.810
602	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, ALTA CON VIDA	99.675	79.740
603	NEONATO, PESO AL NACER <750 G, EXITUS	11.229	8.983
604	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, ALTA CON VIDA	64.574	51.659
605	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, EXITUS	13.223	10.578
606	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, CON P.QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	66.588	53.270
607	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, SIN P.QUIRURGICO SIGNIF., ALTA CON VIDA	31.890	25.512
608	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1499 G, EXITUS	23.902	19.122
609	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	55.023	44.018
610	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	12.533	10.026
611	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES O VENT. MEC. + 96 hrs	18.717	14.974
612	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	14.176	11.341
613	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	11.002	8.802
614	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	7.986	6.389
615	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	70.325	56.260
616	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	21.543	17.234
617	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES O VENT. MEC. + 96 hrs	11.271	9.017
618	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	6.258	5.006
619	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	3.927	3.142
620	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG. NEONATO NORMAL	2.736	2.189
621	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	4.105	3.284
622	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES	45.318	36.254
623	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON P.QUIR.SIGNIF., SIN MULT.PROB.MAYORES	13.293	10.634
624	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON PROCEDIMIENTO ABDOMINAL MENOR	3.418	2.734
626	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON MULT.PROB.MAYORES O VENT. MEC. + 96 hrs	7.442	5.954
627	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MAYORES	3.559	2.847
628	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON PROBLEMAS MENORES	2.901	2.321
629	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., DIAG NEONATO NORMAL	1.310	1.048
630	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, SIN P.QUIR.SIGNIF., CON OTROS PROBLEMAS	2.085	1.668
631	DISPLASIA BRONCOPULM. Y OTRAS ENF.RESPIRATORIAS CRONICAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	4.731	3.785

633	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS, CON CC	11.840	9.472
634	OTRAS ANOMALIAS CONGENITAS, MULTIPLES Y NO ESPECIFICADAS, SIN CC	11.840	9.472
635	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES PARA INCREMENTO DE PESO	6.765	5.412
636	CUIDADOS POSTERIORES LACTANTE PARA INCREMENTO DE PESO, EDAD>28 DIAS, <1 AÑO	9.455	7.564
637	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NACIDO EN EL CENTRO	2.500	2.000
638	NEONATO, EXITUS DENTRO DEL PRIMER DIA, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.945	1.556
639	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NACIDO EN EL CENTRO	4.472	3.578
640	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DIAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.074	859
641	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON OXIGENACION MEMBRANA EXTRACORPOREA	64.116	51.293
650	CESAREA DE ALTO RIESGO CON CC	5.250	4.200
651	CESAREA DE ALTO RIESGO SIN CC	4.508	3.606
652	PARTO VAGINAL DE ALTO RIESGO CON ESTERILIZACION Y/O D+L	3.345	2.676
700	TRAQUEOSTOMIA POR INFECCION HIV	67.191	53.753
701	HIV CON PROCED. QUIRURGICO Y VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	34.131	27.305
702	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS	19.559	15.647
703	HIV CON PROCED. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	12.876	10.301
704	HIV CON PROCED. QUIRURGICO SIN DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR	8.911	7.129
705	HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS CON TUBERCULOSIS	17.289	13.831
706	HIV CON INFECC. MAYORES MULTIPLES RELACIONADAS SIN TUBERCULOSIS	17.481	13.985
707	HIV CON VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO	20.218	16.174
708	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO MAYOR, ALTA VOLUNTARIA	5.098	4.078
709	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. CON TBC	9.645	7.716
710	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS CON DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TBC	8.515	6.812
711	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. CON TBC	5.703	4.562
712	HIV CON DIAG MAYORES RELACIONADOS SIN DIAG MAYORES MULT. O SIGNIF. SIN TBC	4.630	3.704
713	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO, ALTA VOLUNTARIA	2.667	2.134
714	HIV CON DIAGNOSTICO RELACIONADO SIGNIFICATIVO	4.427	3.542
715	HIV CON OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	2.884	2.307
716	HIV SIN OTROS DIAGNOSTICOS RELACIONADOS	2.705	2.164
730	CRANEOTOMIA PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	26.401	21.121
731	PROC. S. COLUMNA, CADERA, FEMUR O MIEMBROS POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	21.875	17.500
732	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	19.383	15.506
733	DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CABEZA, TORAX Y M.INFERIOR	9.337	7.470
734	OTROS DIAGNOSTICOS DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO	7.521	6.017
737	REVISION DE DERIVACION VENTRICULAR	5.989	4.791
738	CRANEOTOMIA EDAD<18 CON CC	21.197	16.958
739	CRANEOTOMIA EDAD<18 SIN CC	12.065	9.652
740	FIBROSIS QUISTICA	6.486	5.189
743	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS, ALTA VOLUNTARIA	2.859	2.287
744	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS CON CC	6.338	5.070
745	ABUSO O DEPENDENCIA DE OPIACEOS SIN CC	5.696	4.557
746	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS, ALTA VOLUNTARIA	1.370	1.096
747	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS CON CC	4.876	3.901
748	ABUSO O DEPENDENCIA DE COCAINA U OTRAS DROGAS SIN CC	3.750	3.000
749	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, ALTA VOLUNTARIA	2.161	1.729

750	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, CON CC	4.604	3.683
751	ABUSO O DEPENDENCIA DE ALCOHOL, SIN CC	3.978	3.182
752	ENVENENAMIENTO POR PLOMO	3.043	2.434
753	REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL	15.226	12.181
754	CUIDADOS POSTERIORES NIVEL TERCARIO, EDAD => 1 AÑO	7.820	6.256
755	FUSION VERTEBRAL EXCEPTO CERVICAL CON CC	16.269	13.015
756	FUSION VERTEBRAL EXCEPTO CERVICAL SIN CC	12.930	10.344
757	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINAL CON CC	8.758	7.006
758	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESPALDA & CUELLO EXC. FUSION ESPINAL SIN CC	4.978	3.982
759	IMPLANTES COCLEARES MULTICANAL	34.111	27.289
760	HEMOFILIA, FACTORES VIII Y IX	8.251	6.601
761	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H	4.622	3.698
762	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H O SIN COMA EDAD<18	1.416	1.133
763	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA < 1 H, EDAD < 18	2.627	2.102
764	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 CON CC	2.811	2.249
765	CONMOCION, LESION INTRACRANEAL CON COMA<1H. O SIN COMA EDAD>17 SIN CC	2.368	1.894
766	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 CON CC	4.923	3.938
767	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA<1H, EDAD>17 SIN CC	3.604	2.883
768	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 CON CC	3.568	2.854
769	CONVULSIONES & CEFALEA EDAD<18 SIN CC	2.419	1.935
770	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE EDAD<18 CON CC	10.558	8.446
771	INFECCIONES & INFLAMACIONES RESPIRATORIAS EXCEPTO NEUMONÍA SIMPLE EDAD<18 SIN CC	4.129	3.303
772	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 CON CC	4.164	3.331
773	NEUMONIA SIMPLE & PLEURITIS EDAD<18 SIN CC	3.075	2.460
774	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 CON CC	4.237	3.390
775	BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	2.914	2.331
776	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 CON CC	3.799	3.039
777	ESOFAGITIS, GASTROENTERITIS & TRAST.DIGESTIVOS MISCELANEOS EDAD<18 SIN CC	1.986	1.589
778	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 CON CC	3.111	2.489
779	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO DIGESTIVO EDAD<18 SIN CC	2.052	1.642
780	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD<18 CON CC	15.422	12.338
781	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD<18 SIN CC	7.440	5.952
782	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 CON CC	14.551	11.641
783	LEUCEMIA AGUDA SIN PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAYOR EDAD>17 SIN CC	7.716	6.173
784	ANEMIA HEMOLITICA ADQUIRIDA O CRISIS ENF.CEL.FALCIFORMES EDAD<18	4.905	3.924
785	OTROS TRASTORNOS DE LOS HEMATIES EDAD<18	3.229	2.583
786	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA & CUELLO POR NEOPLASIA MALIGNA	13.635	10.908
787	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA CON EXPLORACION VIA BILIAR	9.192	7.354
789	REVISION SUSTITUCION RODILLA & REIMPLANTE MIEMBRO EXTR.INFERIOR & ARTICULACION MAYOR (EXCEPTO CADER)	12.464	9.971
790	DESBR.HERIDA & INJ.PIEL POR HER.ABIERTA, TRAST.MUSC.ESQ. & T.CONECT EXC MANO	4.551	3.641
791	DESBRIDAMIENTO DE HERIDA POR LESIONES CON HERIDA ABIERTA	5.068	4.054
792	CRANEOTOMIA POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	43.504	34.803
793	PROC. POR TRAUMA MULTIPLE SIGNIF. EXC. CRANEOTOMIA CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	37.263	29.810
794	DIAGNOSTICO DE TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO CON CC MAYOR NO TRAUMATICA	12.816	10.253
795	TRASPLANTE DE PULMON	78.685	62.948

796	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR CON CC	13.539	10.831
797	REVASCULARIZACION EXTREMIDAD INFERIOR SIN CC	9.813	7.850
798	TUBERCULOSIS CON PROCEDIMIENTO QUIRURGICO	10.378	8.302
799	TUBERCULOSIS, ALTA VOLUNTARIA	9.765	7.812
800	TUBERCULOSIS CON CC	6.983	5.586
801	TUBERCULOSIS SIN CC	3.992	3.194
802	NEUMOCISTOSIS	8.628	6.902
803	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO	63.951	51.161
804	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO	28.263	22.610
805	TRASPLANTE SIMULTANEO DE RIÑON Y PANCREAS	72.841	58.273
806	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA CON CC	33.249	26.599
807	FUSION VERTEBRAL ANTERIOR/POSTERIOR COMBINADA SIN CC	19.467	15.574
808	PROCED. CARDIOVASC. PERCUTANEOS CON IMA, FALLO CARDIACO O SHOCK	8.822	7.058
809	OTROS PROCED. CARDIOTORACICOS CON DIAG PRINCIPAL DE ANOMALIA CONGENITA	26.713	21.370
810	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	5.734	4.587
811	OTRO IMPLANTE DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA	21.106	16.885
812	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO O PROC. CARDIAC. O VASCULAR	4.941	3.953
813	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 CON CC	2.907	2.326
814	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD > 17 SIN CC	1.947	1.558
815	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 CON CC	2.591	2.073
816	GASTROENTERITIS NO BACTERIANA Y DOLOR ABDOMINAL EDAD < 18 SIN CC	2.051	1.641
817	REVISION O SUSTITUCION DE CADERA POR COMPLICACIONES	11.418	9.134
818	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	9.589	7.671
819	CREACION, REVISION O RETIRADA DE DISPOSITIVO DE ACCESO RENAL	4.006	3.205
820	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO, INJERTO O TRASPLANTE GENITOURINARIO	3.998	3.198
821	QUEMADURAS EXTENSAS O DE ESPESOR TOTAL CON VENT. MEC. + 96 hrs CON INJERTO DE PIEL	57.565	46.052
822	QUEMADURAS EXTENSAS O DE ESPESOR TOTAL CON VENT. MEC. + 96 hrs SIN INJERTO DE PIEL	31.893	25.514
823	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG.	23.594	18.875
824	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL CON INJ. PIEL O LESIONES INHALACION SIN CC O TRAUMA SIG.	16.321	13.057
825	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHALACION CON CC O TRAUMA SIG.	20.339	16.271
826	QUEMADURAS DE ESPESOR TOTAL SIN INJ. PIEL O LESIONES INHALACION SIN CC O TRAUMA SIG.	7.015	5.612
827	QUEMADURAS NO EXTENSAS CON LESION POR INHALACION, CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	11.015	8.812
828	QUEMADURAS NO EXTENSAS SIN LESION POR INHALACION, CC O TRAUMA SIGNIFICATIVO	5.610	4.488
829	TRASPLANTE DE PANCREAS	94.172	75.338
832	ISQUEMIA TRANSITORIA	2.426	1.941
833	PROCEDIMIENTOS VASCULARES INTRACRANEALES CON DIAG. PRINC. DE HEMORRAGIA	27.839	22.271
836	PROCEDIMIENTOS ESPINALES CON CC	15.404	12.323
837	PROCEDIMIENTOS ESPINALES SIN CC	8.598	6.878
838	PROCEDIMIENTOS EXTRACRANEALES CON CC	9.216	7.373
839	PROCEDIMIENTOS EXTRACRANEALES SIN CC	6.849	5.479
849	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CON CATETERISMO CARDIACO, CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	20.503	16.402
850	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR CON CATETERISMO CARDIACO, SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	17.255	13.804
851	IMPLANTE DE DESFIBRILADOR SIN CATETERISMO CARDIACO	11.120	8.896

852	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT NO LIBERADOR DE FARMACO, SIN IAM	6.647	5.318
853	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT LIBERADOR DE FARMACO, CON IAM	8.545	6.836
854	PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR PERCUTANEO CON STENT LIBERADOR DE FARMACO, SIN IAM	5.359	4.287
864	FUSION VERTEBRAL CERVICAL CON CC	13.016	10.413
865	FUSION VERTEBRAL CERVICAL SIN CC	7.339	5.871
866	ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA Y FEMUR, CON CC	5.650	4.520
867	ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA Y FEMUR, SIN CC	2.654	2.123
874	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROC. QUIRURGICO MAYOR, CON CC	10.265	8.212
875	LINFOMA Y LEUCEMIA CON PROC. QUIRURGICO MAYOR, SIN CC	5.967	4.774
876	QUIMIOTERAPIA CON LEUCEMIA AGUDA COMO DXS O CON USO DE ALTAS DOSIS DE AGENTE QUIMIOTERAPIA	4.723	3.778
877	OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 hrs O SIN DIAG. PRINC. TRAST. ORL CON PROC.	112.741	90.193
878	TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 hrs O SIN DIAG. PRINC. TRASTORNOS ORL SIN PROC. QUIR. MAYOR	79.410	63.528
879	CRANEOTOMÍA CON IMPLANT. DE DISPOSITIVO O SUST. ANTINEOPLÁSICA MAYOR O DIAG. PRINCIPAL DE SIST. NER	24.123	19.298
880	ACCIDENTE ISQUÉMICO AGUDO CON UTILIZACIÓN AGENTE TROMBOLÍTICO	6.128	4.902
881	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA + 96 hrs	24.862	19.890
882	DIAGNÓSTICO DE SISTEMA RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN MECÁNICA <96 hrs	12.146	9.717
883	APENDICECTOMÍA LAPAROSCÓPICA	3.150	2.520
884	FUSIÓN ESPINAL EXCEPTO CERVICAL CON CURVATURA DE COLUMNA O MALIGNIDAD O INFECC O 9+ FUSIONES	28.373	22.698
885	OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	2.665	2.132
886	OTROS DIAGNÓSTICOS ANTEPARTO SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	1.989	1.591
887	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO	7.342	5.874
888	INFECCIONES NO BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VIRICA	7.511	6.009
889	CONVULSIONES EDAD > 17 CON CC	3.092	2.474
890	CONVULSION EDAD > 17 SIN CC	2.640	2.112
891	CEFALEA EDAD > 17	2.984	2.387
892	PROCEDIMIENTO DE STENT DE ARTERIA CAROTIDA	6.421	5.137
893	PROCEDIMIENTOS CRANEALES/FACIALES	6.034	4.827
894	TRASTORNO MAYOR DE ESOFAGO	3.006	2.405
895	TRASTORNOS MAYORES GASTROINTESTINALES E INFECCIONES PERITONEALES	3.794	3.035
896	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	13.608	10.886
897	DIAGNOSTICO HEMATOLOGICO O INMUNOLOGICO MAYOR EXC CRISIS ENF.CEL.FALCIFORMES Y COAGUL	5.832	4.666
898	INFECCIONES Y PARASITOSIS CON PROC. QUIRURGICO	8.961	7.169
899	INFECCIONES POSTOPERATORIAS O POSTRAUMATICAS CON PROC. QUIRURGICO	8.481	6.785
900	SEPTICIEMIA CON VENT. MEC. +96 HORAS HORAS EDAD > 17	8.163	6.530
901	SEPTICIEMIA SIN VENT. MEC. +96 HORAS HORAS EDAD >17	4.704	3.763

ANEXO IV

ANEXO II del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre

Procedimientos ambulatorios y costes compensables

(En Euros)

Código	DESCRIPCIÓN	Coste Medio 2015	Coste compensable 2015 (80%)
1	Ablación cardiaca	6.200	4.960
2	Biopsia cerebral	172	138
3	Diagnóstico prenatal con amniocentesis o biopsia corial	471	377
4	Braquiterapia oftálmica	9.473	7.578
5	Braquiterapia prostática	13.605	10.884
6	Braquiterapia en otras localizaciones	746	597
7	Cápsuloendoscopia	1091	873
8	Cateterismo hepático diagnóstico y terapéutico	2.354	1.883
9	Embolización	5.167	4.134
10	Estudios genéticos	333	266
11	Fecundación in vitro (ciclos completos)	3.559	2.847
12	Gammagrafía y estudios isotópicos funcionales	287	230
13	Inseminación artificial	804	643
14	Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI)	1.378	1.102
15	Litotricia renal extracorpórea	1033	826
16	Nefrolitotomía percutánea	379	303
17	PET en indicaciones oncológicas	804	643
18	Polisomnografía	460	368
19	Hemodinamia cardiaca diagnóstica y terapéutica	3.789	3.031
20	Hospital de Día Oncológico	1.608	1.286
21	Radiocirugía estereotáxica para tumores cerebrales y neuralgia del trigémino	8.554	6.843
22	Radiocirugía estereotáxica de malformaciones arteriovenosas	10.563	8.450
23	Radiología vascular e intervencionista diagnóstica y terapéutica	1.263	1.010
24	Radioterapia (tratamiento completo)	2.469	1.975
25	Terapia fotodinámica	1.986	1.589
26	Tratamiento cámara hiperbárica	2.526	2.021
27	Angiografía diagnóstica	1033	826
28	Laserterapia en malformaciones vasculares congénitas	184	147
29	Manometría rectal	57	46
30	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con inserción de stent	746	597
31	Diálisis	178	142
32	Primera consulta	136	109
33	Consulta sucesiva	82	66
34	Cirugía mayor ambulatoria	815	652

ANEXO V

ANEXO III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre

A. Patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud

Codigo Orden Minist.	PATOLOGÍAS, TÉCNICAS, TECNOLOGÍAS O PROCEDIMIENTOS (PTTP)
1	Quemados críticos
2	Reconstrucción del pabellón auricular
3	Glaucoma congénito y glaucoma en la infancia
4	Alteraciones congénitas del desarrollo ocular (Alteraciones del globo ocular y de los párpados)
5	Tumores extraoculares en la infancia (Rabdomiosarcoma)
6	Tumores intraoculares en la infancia (Retinoblastoma)
7	Tumores intraoculares del adulto (Melanomas uveales)
8	Descompresión orbitaria en oftalmopatía tiroidea
9	Tumores orbitarios
10	Retinopatía del prematuro avanzada
11	Reconstrucción de la superficie ocular compleja. Queratoprótesis
13	Irradiación total con electrones en micosis fungoide
14	Tratamiento de tumores germinales con quimioterapia intensiva
15A	Trasplante renal infantil
15B	Donación de vivo para trasplante renal infantil
16A	Trasplante hepático infantil
16B	Donación de vivo para trasplante hepático infantil
17A	Trasplante hepático de vivo adulto
17B	Donante para trasplante hepático de vivo adulto
18	Trasplante pulmonar (infantil y adulto)
19	Trasplante cardiopulmonar de adultos
20	Trasplante cardíaco infantil
21	Trasplante de páncreas
22	Trasplante de intestino (infantil y adulto)
23	Queratoplastia penetrante en niños
24	Atención a la transexualidad
25	Osteotomía pélvica en displasias de cadera en el adulto
26	Tratamiento de las infecciones osteoarticulares resistentes
27	Ortopedia infantil: malformaciones congénitas (fémur corto congénito, agenesia de tibia/peroné,...); displasias óseas (Osteogénesis imperfecta, artrogriposis,...) y grandes alargamientos de miembros; enfermedades neuromusculares (parálisis cerebral, mielomeningocele,...)
28	Reimplantes, incluyendo mano catastrófica
31A	Trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil
31B	Donación de vivo para trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil
32	Asistencia integral del neonato con cardiopatía congénita y del niño con cardiopatía congénita compleja
33	Asistencia integral del adulto con cardiopatía congénita
34	Cirugía reparadora compleja de válvula mitral

35	Arritmología y electrofisiología pediátrica
36	Cirugía reparadora del ventrículo izquierdo
37	Cardiopatías familiares (incluye miocardiopatía hipertrófica)
38	Cirugía del plexo braquial
39	Epilepsia refractaria
40	Cirugía de los trastornos del movimiento
41	Neuromodulación cerebral del dolor neuropático refractario
42	Ataxias y paraplejas hereditarias
43	Esclerosis múltiple
44A	Trasplante renal cruzado
44B	Donación de vivo para trasplante renal cruzado
45	Atención al lesionado medular complejo
46	Neurocirugía pediátrica compleja
48	Atención de la patología vascular raquimedular
49	Enfermedades tropicales importadas
50	Enfermedades metabólicas congénitas
51	Enfermedades neuromusculares raras
52	Síndromes neurocutáneos genéticos (Facomatosis)
53	Enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento
55	Trastornos complejos del sistema nervioso autónomo
56	Neuroblastoma
57	Sarcomas en la infancia
58	Sarcomas y otros tumores musculo esqueléticos en adultos
59	Hipertensión pulmonar

B. Costes compensables correspondientes a los episodios realizados en los CSUR designados para la atención de las patologías y procedimientos del listado recogido en el apartado A de este anexo:

1. Los procesos con hospitalización se compensarán de acuerdo a los costes de compensación recogidos en el anexo I de este real decreto.
2. Los episodios que impliquen procesos ambulatorios se compensarán de acuerdo a los **siguientes costes de compensación:**

(En Euros)

Código	DESCRIPCIÓN	Coste Medio 2015	Coste compensable 2015 (80%)
1	Ablación cardiaca	6.200	4.960
2	Braquiterapia oftálmica	9.473	7.578
3	Estudios genéticos	333	266
4	Hemodinamia cardiaca diagnóstica y terapéutica	3.789	3.031
5	Hospital de Día Oncológico	1.608	1.286
6	Radioterapia (tratamiento completo)	2.469	1.975
7	Gammagrafía y estudios isotópicos funcionales	287	286
8	PET en indicaciones oncológicas	804	801
9	Hemodinamia cardiaca diagnóstica y terapéutica	3.789	3.774

10	Radiocirugía estereotáxica para tumores cerebrales y neuralgia del trigémino	8.554	8.520
11	Radiocirugía estereotáxica de malformaciones arteriovenosas	10.563	10.521
12	Radiología vascular e intervencionista diagnóstica y terapéutica	1.263	1.258
13	Radioterapia (tratamiento completo)	2.469	2.459
14	Primera consulta	136	109
15	Consulta sucesiva	82	66
16	Cirugía mayor ambulatoria	815	652

MEMORIA DE ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO

PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE GARANTÍA ASISTENCIAL Y SE MODIFICA EL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA

ÍNDICE

- I. RESUMEN EJECUTIVO.**

- II. OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA**
 - 1. MOTIVACIÓN**
 - 2. OBJETIVOS**
 - 3. ALTERNATIVAS**

- III. CONTENIDO, ANÁLISIS JURÍDICO Y DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN**
 - 1. CONTENIDO**
 - 2. ANÁLISIS JURÍDICO**
 - 3. DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN**

- IV. ANÁLISIS DE IMPACTOS**
 - 1. CONSIDERACIONES GENERALES**
 - 2. ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS**
 - 3. IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO**
 - a) Impacto económico general y sobre la competencia
 - b) Análisis de las cargas administrativas
 - c) Impacto presupuestario

- V. IMPACTO POR RAZÓN DE GÉNERO**

- VI. OTROS IMPACTOS**

La presente memoria del análisis de impacto normativo se dicta de conformidad con lo señalado en el Real Decreto 1083/2009, de 3 de julio, por el que se regula la memoria del análisis de impacto normativo, así como con la Guía Metodológica para su elaboración aprobada por el Consejo de Ministros en su reunión del día 11 de diciembre de 2009.

I- RESUMEN EJECUTIVO

Ministerio/Órgano proponente	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	Fecha	octubre de 2015
Título de la norma	PROYECTO DE REAL DECRETO POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE GARANTÍA ASISTENCIAL Y SE MODIFICA EL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA.		
Tipo de Memoria	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Abreviada <input type="checkbox"/>		
OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA			
Situación que se regula	Establece los criterios y procedimientos para la adecuada gestión y distribución del Fondo de Garantía Asistencial (FOGA), creado por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y adapta el Fondo de cohesión sanitaria (FCS) a las medidas adoptadas en el Real Decreto-ley 16/2012, las leyes de Presupuestos Generales del Estado desde 2013 y la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española.		

Objetivos que se persiguen	El objetivo general de esta norma es garantizar la cohesión y equidad, mediante la cobertura de la atención sanitaria en los traslados con orden de asistencia programada o en los desplazamientos temporales entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla, de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el Sistema Nacional de Salud (SNS).
Principales alternativas consideradas	<p>La normativa vigente habilita al Gobierno y a la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el ámbito de sus respectivas competencias para dictar las disposiciones y adoptar las medidas necesarias para el desarrollo y ejecución de lo establecido en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, por lo que no cabe otra alternativa.</p> <p>La no publicación de este proyecto de real decreto podría implicar dificultades para garantizar la cohesión y equidad, mediante la cobertura de la atención sanitaria, en los desplazamientos temporales y traslados entre comunidades autónomas de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el SNS.</p>
CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO	
Tipo de norma	Real Decreto.
Estructura de la Norma	El Proyecto está constituido por: Siete artículos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria, cuatro disposiciones finales y cinco anexos.

<p>Informes recabados</p>	<p>El real decreto se dicta a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Secretaría General de Sanidad y Consumo), habiéndose acordado el contenido del real decreto en la reunión de la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria del 17 de junio 2015 y estableciéndose plazo de observaciones hasta el 3 de julio.</p> <p>El proyecto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24.1.b) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, debe someterse a los siguientes informes:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Informe del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas. ▪ Informe del Ministerio de Empleo y Seguridad Social. ▪ Informe del Ministerio de Economía y Competitividad. ▪ Informe del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (otras unidades del departamento). ▪ Informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ▪ Informe de la Comisión Delegada del Gobierno para asuntos económicos. ▪ Dictamen del Consejo de Estado.
<p>Trámite de audiencia</p>	<p>El proyecto debe someterse, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24.1.c) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, a audiencia de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) • Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas • Consejo de Consumidores y Usuarios. • Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER):
<p>ANALISIS DE IMPACTOS</p>	
<p>ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS</p>	<p>El Real Decreto se dicta al amparo del artículo 149.1.16ª y 17ª de la Constitución Española que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad (16ª) y en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social (17ª).</p>

IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO	Efectos sobre la economía en general.	Por su propia naturaleza, el real decreto no va a tener impacto directo ni sobre el empleo, ni sobre la productividad, la innovación o las PYMEs.
	En relación con la competencia.	<input checked="" type="checkbox"/> La norma no tiene efectos significativos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> La norma tiene efectos positivos sobre la competencia. <input type="checkbox"/> La norma tiene efectos negativos sobre la competencia.
	Desde el punto de vista de las cargas administrativas	<input type="checkbox"/> Supone una reducción de cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____ <input type="checkbox"/> Incorpora nuevas cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____ <input checked="" type="checkbox"/> No afecta a las cargas administrativas.
	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma <input type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de la Administración del Estado. <input checked="" type="checkbox"/> Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales.	<input checked="" type="checkbox"/> Implica un ahorro <input checked="" type="checkbox"/> Implica un ingreso.
IMPACTO DE GÉNERO	La norma tiene un impacto de género	Negativo <input type="checkbox"/> Nulo <input checked="" type="checkbox"/> Positivo <input type="checkbox"/>

<p>OTROS IMPACTOS CONSIDERADOS</p>	<p>La aplicación de la norma, fortalece la cohesión y equidad en el SNS y favorece la circulación de pacientes entre comunidades, que podrán ser atendidos en otra Comunidad Autónoma diferente a la emisora de su Tarjeta Sanitaria Individual, en sus desplazamientos temporales por todo el territorio nacional, sin necesidad de empadronamiento. En principio no es previsible que estos desplazamientos aumenten, a corto plazo, de forma significativa.</p> <p>Posibilita a aquellas CCAA que no tengan establecidos convenios bilaterales, la aplicación de las diferentes posibilidades de cápitaa a los pacientes, que en su condición de limítrofes, son atendidos en otra CCAA diferente a la emisora de su Tarjeta Sanitaria Individual.</p>
<p>OTRAS CONSIDERACIONES</p>	<p>Las previsiones expuestas se formulan en base a la información disponible registrada en el sistema de información del Fondo de Cohesión (SIFCO) pero que no cumple los requisitos para la compensación. Se carece de información suficiente respecto a la cuantía y características de la atención de los pacientes limítrofes por lo que se pospone transitoriamente la obligatoriedad de esta modalidad de compensación.</p>

II- OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA

1. MOTIVACIÓN

- **Causas de la propuesta**

Este proyecto se justifica en la aplicación de la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud que garantiza el acceso a la atención sanitaria, con independencia del lugar del territorio nacional en que se encuentre en cada momento, a los usuarios del Sistema Nacional de Salud, con un doble motivo.

En primer lugar mediante esta propuesta de desarrollo normativo se establecen los requisitos básicos que regulan el Fondo de Garantía Asistencial, en adelante FOGA, que se crea por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. EL FOGA tiene por objeto garantizar la cohesión y equidad, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el Sistema Nacional de Salud, compensando las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a dichas personas en sus desplazamientos temporales. Para el desarrollo normativo es preciso tener en consideración las necesidades que en materia de compensación han expresado las Administraciones Sanitarias competentes y por otra parte la precisa adecuación de los sistemas informáticos que afecta a diferentes aplicaciones ya existentes como receta-web, función de temporalidad de la base de datos de Tarjeta Sanitaria individual del SNS y también la necesaria implementación de otras nuevas, como es el caso del Sistema de Información de Fondos (SIFOS), para el FOGA.

En segundo lugar, mediante este proyecto se adapta a la situación normativa actual lo dispuesto en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, en adelante FCS. Este real decreto se ha visto afectado en su fondo y en su forma por lo dictado en diferentes leyes dictadas con posterioridad: las Leyes de Presupuestos Generales del Estado, que a partir del año 2.013 confieren a este fondo una naturaleza extrapresupuestaria, que antes no tenía, suspenden progresivamente la aplicación de los apartados a), b), c) y d) del artículo 2.1 del mencionado real decreto, por los cuales se compensa la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas; asegurados de otros Estados de la Unión Europea o con los que España tenga firmados convenios bilaterales, pacientes atendidos en Centros, Servicios y Unidades de referencia, en adelante CSUR del Sistema Nacional de Salud; y pacientes que requieren aplicación de técnicas, tecnologías y procedimientos sometidas a uso tutelado y modifican el procedimiento de compensación. También se ha visto afectado por la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española, que establece un régimen basado en que los valores monetarios no sean modificados en virtud de índices de precios o fórmulas que lo contengan, por lo tanto ha implicado que la actualización de los costes de los procesos que vienen contemplados en el real decreto para su compensación, que venía determinándose a través del IPC y del índice deflactor de los hogares españoles, haya de ser modificado.

Por tanto, se debe proceder a actualizar, adaptándolo a la normativa vigente, el marco jurídico que regula actualmente los mecanismos de compensación que refuerzan la cohesión sanitaria y el

derecho de los ciudadanos a desplazarse por todo el territorio nacional y recibir asistencia sanitaria en otra comunidad distinta a la de aseguramiento, sin necesidad de proceder a empadronarse en esta última tratando de adaptar los mecanismos de compensación extrapresupuestarios establecidos, siempre en la medida de lo posible, a la realidad de la atención sanitaria que se lleva a cabo y de agilizar los procedimientos de actualización de este proyecto.

- ***Identificación de los colectivos o personas afectadas por la situación y a las que la norma va dirigida.***

Se verán afectados por la aplicación de lo dispuesto en esta norma todos los asegurados y sus beneficiarios, con derecho a prestación sanitaria del Sistema Nacional de Salud ya que se favorece la circulación de pacientes entre comunidades, que podrán ser atendidos en otra comunidad autónoma diferente a la emisora de su Tarjeta Sanitaria Individual, en sus desplazamientos temporales por todo el territorio nacional, sin necesidad de empadronamiento.

- ***Por qué es el momento apropiado para hacerlo.***

Los diferentes cambios normativos anteriormente detallados, han afectado a los derechos de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el Sistema Nacional de Salud y también a la concepción, los objetivos y los mecanismos del FCS.

Se hace necesario formalizar el marco jurídico que desarrolla la compensación por FOGA que de facto se viene haciendo desde la liquidación del año 2014. Desde esa fecha, la liquidación de ambos fondos, FCS y FOGA, se viene efectuando de forma conjunta y en base a los acuerdos adoptados en la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión sanitaria (para lo referente a FCS y FOGA en cuanto a la compensación de Atención Primaria) y de la Comisión Permanente de Farmacia (para lo referente a FOGA respecto a la compensación de la prestación farmacéutica) en la medida que lo posibilitan las adaptaciones de los sistemas informáticos.

La liquidación del año 2014 compensó conjuntamente el FCS y el FOGA, éste último con efectos retroactivos desde julio de 2012 y en relación a la prestación farmacéutica, para las recetas dispensadas en otra comunidad autónoma diferente a la emisora de la Tarjeta Sanitaria individual (etapa identificada como FOGA-Farmacia fase I). La liquidación del año actual compensa conjuntamente el FCS, la prestación farmacéutica (recetas prescritas y dispensadas en otra comunidad autónoma diferente a la de aseguramiento. Etapa identificada como FOGA-Farmacia fase II) y los procedimientos de Atención Primaria correspondientes a la actividad 2014.

Todas las comunidades autónomas disponen de infraestructura y de las aplicaciones informáticas para hacer frente a las obligaciones en materia de recogida y comunicación de los datos y la información que posibilita la compensación acordada de la actividad sanitaria que se lleve a cabo en pacientes que se derivan para asistencia programada o se desplazan por un tiempo inferior a 30 días a otra comunidad autónoma.

Para adecuar la finalidad del FCS a los objetivos de garantía de sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y el acceso a sus prestaciones, se hace necesario recoger estos cambios en la estructura de los anexos I (procesos con hospitalización) y II (procedimientos ambulatorios) del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, Por otra parte, los cambios permitirán adaptar dichos anexos I y II a la necesidad expresada por las comunidades autónomas de buscar una mayor eficiencia en la prestación de servicios sanitarios en todo el territorio nacional.

Además, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, creó, en el artículo 11, la Comisión de Seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria, dependiente del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional. El tiempo transcurrido desde su creación, los cambios ocurridos tanto en la estructura del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad como los introducidos con la publicación del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, que crea el FOGA, hacen necesario actualizar la denominación, composición y funciones de dicha Comisión para adaptarla a la normativa vigente y unificar en una sola Comisión el seguimiento de todos los mecanismos de compensación de los desplazamientos entre comunidades autónomas, del FOGA y del FCS.

2. OBJETIVOS

El objetivo general de este Real Decreto es:

Garantizar la cohesión y equidad, mediante la cobertura de la atención sanitaria en los desplazamientos temporales y traslados entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario del Sistema Nacional de Salud.

Para ello es preciso cumplir los siguientes objetivos operativos:

1. Establecer los criterios y procedimientos para la adecuada gestión y distribución del FOGA creado por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, y destinado a la compensación entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla por las actuaciones que sus servicios de salud realicen en el marco de la aplicación de la cartera común básica de servicios asistenciales y de la suplementaria a las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el SNS en sus desplazamientos temporales.
2. Modificar el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del fondo de cohesión para adaptarlo a las medidas adoptadas en el Real Decreto-ley 16/2012, las leyes de Presupuestos Generales del Estado desde 2013 y la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española, las cuales han afectado tanto a la concepción, los objetivos y los mecanismos del FC, como a los derechos de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el SNS.
3. Adaptar los anexos I (procesos con hospitalización), II (procedimientos ambulatorios) y III (patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en CSUR del SNS) del Real Decreto 1207/2006 a la necesidad expresada por las comunidades autónomas de buscar una mayor eficiencia en la prestación de servicios sanitarios en todo el territorio nacional.
4. Crear la Comisión de seguimiento de los fondos de compensación para traslados entre comunidades autónomas, que actualiza la denominación, composición y funciones de la Comisión de Seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria, contemplada en el artículo 11 del Real Decreto 1207/2006, para adaptarla a la normativa vigente y unificar en una sola Comisión el seguimiento de todos los mecanismos de compensación de los desplazamientos entre comunidades autónomas, del FOGA y del FCS.

3. ALTERNATIVAS

De conformidad con lo establecido en el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, el gobierno y la persona titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el ámbito de sus respectivas competencias pondrán en vigor las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas necesarias para dar cumplimiento a lo establecido en referencia al FOGA.

Por otra parte, la Ley 2/2015, de 30 de marzo, diseña un nuevo régimen basado en la no indexación de valores monetarios, es decir que estos no sean modificados en virtud de índices de precios o fórmulas que los contengan, aplicable a la actualización de los costes establecida en el artículo 7.2 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. De ahí la necesidad de modificar este Real Decreto y con ello la oportunidad de establecer las modificaciones en su articulado, que permitan adaptarlo además a las leyes de presupuestos generales del estado.

La no publicación de este proyecto de real decreto podría implicar dificultades para garantizar la cohesión y equidad, mediante la cobertura de la atención sanitaria, en los desplazamientos temporales y traslados entre comunidades autónomas de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el SNS (personas con derecho a la asistencia sanitaria del SNS).

Por todo lo anterior resulta preciso desarrollar y adaptar las normas vigentes a la situación actual y siendo de rango adecuado la forma jurídica de real decreto, se considera que no existe otra solución alternativa.

III.- CONTENIDO, ANÁLISIS JURÍDICO Y DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

1. CONTENIDO

1. Estructura

El presente real decreto consta de una parte dispositiva, que se ordena en siete artículos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria, una disposición derogatoria, cuatro disposiciones finales y cinco anexos.

Artículos

- El artículo 1 establece el objeto de la norma.
- El artículo 2 contempla la asistencia sanitaria objeto de compensación por el FOGA.
- El artículo 3 regula los criterios de compensación y distribución entre comunidades autónomas del FOGA por la asistencia prestada a desplazados de corta o larga duración a otra Comunidad Autónoma.
- El artículo 4 establece que el Sistema de Información recogerá la información necesaria respecto al flujo de pacientes entre comunidades autónomas y la temporalidad de los desplazamientos.
- El artículo 5 señala el procedimiento para la liquidación del FOGA
- El artículo 6 crea la Comisión de seguimiento de los fondos de compensación para traslados entre comunidades autónomas que sustituye a la Comisión de seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria.
- El artículo 7 modifica el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

Disposición Adicional

- La Disposición adicional primera establece que la compensación de la atención prestada a pacientes que hayan suscrito un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria al amparo de lo dispuesto en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio, en sus desplazamientos de corta duración entre comunidades autónomas se basará en las cuantías establecidas como costes compensables nacionales en concepto de atención sanitaria de atención primaria.
- La Disposición adicional segunda establece que la compensación de la atención prestada a pacientes, en sus desplazamientos de larga duración entre comunidades autónomas no se llevará a cabo en tanto no se encuentren adecuadamente adaptados todos los sistemas informáticos, que se precisen para realizar dicha compensación, de las comunidades y ciudades autónomas y del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en adelante INGESA.

Disposición Transitoria

- La Disposición transitoria única establece que la funcionalidad de identificación de la temporalidad del sistema de información de tarjeta sanitaria individual del Sistema Nacional de Salud que está habilitada para todas las comunidades y ciudades autónomas y para el INGESA, deberá encontrarse operativa en todas ellas en el plazo de tres meses desde la entrada en vigor de este real decreto.

Disposición Derogatoria

- La Disposición derogatoria única deroga el artículo 11 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la Comisión de seguimiento del Fondo de Cohesión Sanitaria, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en este real decreto.

Disposiciones Finales

- La Disposición final primera contempla que la norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16ª y 17ª de la Constitución, que atribuye al Estado, respectivamente, la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad, así como la legislación básica y régimen económico de la seguridad social.
- Disposición final segunda establece que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad actualizará anualmente, antes del final del primer cuatrimestre, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Ministerio de Hacienda y de Administraciones Públicas, mediante resolución del Titular del Departamento el listado de procedimientos contemplados en los anexos I, II, III, IV y V y las cuantías de los importes de su compensación.
- Disposición final tercera faculta al Titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para dictar las resoluciones y disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de lo previsto en este real decreto.
- Disposición final cuarta establece que lo dispuesto en esta norma entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”.

Anexos

- El anexo I establece los procedimientos de atención primaria y cuantías compensables por FOGA en desplazamientos de corta duración
- El anexo II establece los tipos de cápitax y cuantías compensables por FOGA en desplazamientos de larga duración.

- Los anexos III, IV y V incorporan las actualizaciones de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre y los sustituyen.

ANÁLISIS JURÍDICO

Análisis jurídico

La Ley de 16/2003, de 28 de mayo, en su artículo 4 establece que los ciudadanos tendrán derecho, en el conjunto del sistema, a *“recibir, por parte del servicio de salud de la comunidad autónoma en la que se encuentre desplazado, la asistencia sanitaria del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud que pudiera requerir, en las mismas condiciones e idénticas garantías que los ciudadanos residentes en esa comunidad autónoma”* y en su artículo 24.1 establece que el acceso a las prestaciones sanitarias *“se garantizará con independencia del lugar del territorio nacional en que se encuentre en cada momento los usuarios del Sistema Nacional de Salud”*.

El Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, en su artículo 3, crea el FOGA, con carácter extrapresupuestario, para garantizar la cohesión y equidad, mediante la cobertura de los desplazamientos entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla de las personas que gozan de la condición de asegurado o de beneficiario en el Sistema Nacional de Salud, estableciendo diferentes conceptos de compensación en función de la duración corta o larga de los desplazamientos. La distribución del FOGA se ha de articular de acuerdo con su regulación específica, correspondiendo al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establecer el procedimiento de compensación entre comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla con cargo al mismo.

De conformidad con la habilitación para el desarrollo reglamentario contenido en la disposición final segunda del citado real decreto ley, resulta preciso proceder al desarrollo de la norma. Por lo tanto este real decreto procede a establecer los requisitos básicos que regulan el FOGA.

Por otro lado, y en aplicación de la cohesión sanitaria, mediante 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, se creó el FCS con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, con el objeto de 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. En desarrollo de estas previsiones se aprobó el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, que regulaba el FCS.

La necesidad de abordar una nueva regulación del FCS para adaptar su contenido a estos nuevos planteamientos respetando, al mismo tiempo, su papel como mecanismo de financiación adicional destinado a compensar los costes de asistencia sanitaria generados por pacientes derivados y desplazados de otros Estados europeos, hizo necesario aprobar el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que derogó el anterior real decreto.

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, contempla que actualmente dicho fondo compensará la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas; 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 (a efectos de las liquidaciones, denominado “gasto real”);

pacientes residentes en España derivados entre comunidades autónomas para su atención en CSUR del Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con lo previsto en el artículo 28 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo; y pacientes residentes en España, como consecuencia de la aplicación de las técnicas, tecnologías y procedimientos cuyo uso tutelado sea autorizado, de acuerdo con el artículo 22 de esa misma Ley.

A partir del año 2013, la naturaleza del FCS se ha visto afectada por lo establecido en las leyes de presupuestos generales del estado anuales. La Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado (LPGE) para el año 2013, que en su disposición adicional 71, estableció la naturaleza extrapresupuestaria del FCS y la suspensión de la aplicación de los apartados a), c) y d) del artículo 2.1 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

Posteriormente la ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 en su disposición adicional 69, estableció también la suspensión de la aplicación del apartado b), del mencionado artículo 2.1 correspondiente a la asistencia sanitaria a asegurados desplazados temporalmente a España con derecho a la asistencia a cargo de otro Estado, “gasto real”.

Esta suspensión se viene manteniendo en la Ley 36/2014, de 26 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2015 en su disposición adicional 69 y está igualmente prevista en el proyecto de ley de presupuestos generales del estado para 2016.

Además, la Ley 2/2015, de 30 de marzo, ha venido a afectar el contenido del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. La ley establece un régimen basado en que los valores monetarios no sean modificados en virtud de índices de precios o fórmulas que lo contengan, y en su aplicación, las referencias respecto a la actualización de los costes de los procesos a través del Índice de precios de Consumo o al Índice Deflactor del Consumo Final de los Hogares españoles, que viene contemplado en el real decreto, hayan de ser suprimidas.

Por otra parte, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, establece que serán incorporadas como anexo III al mismo las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos (PTTP) aplicadas o atendidas por los CSUR que hayan de ser objeto de compensación con cargo al FCS, recogiendo en cada caso la cuantía del coste financiado; habilitando, en su disposición final segunda, al titular del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad para dictar las disposiciones necesarias. Asimismo, señala que las PTTP objeto de financiación por el FCS habrán de ser revisados y actualizados con la periodicidad adecuada para recoger las atenciones en los CSUR que sean designados de acuerdo con sus normas reguladoras; y que el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, previo informe del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, actualizará anualmente los importes a compensar e informará al Consejo Interterritorial del SNS de los criterios utilizados; siendo estos los principales objetivos de este proyecto de real decreto.

Desde el año 2008, para proceder a la actualización de las PTTP susceptibles de compensación y establecer las cuantías de la misma se han venido publicando diferentes órdenes ministeriales. Con esta finalidad se han publicado la Orden SCO/3773/2008, de 15 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I y II y se incorpora el anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión, la Orden SAS/3351/2009, de 10 de diciembre, por la que se actualiza el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, y la Ordenes SSI/2687/2012, de 17 de diciembre y SSI/2204/2014, de 24 de noviembre, por las que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria.

Por todo lo anterior, y para proceder a la adaptación del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, a las nuevas circunstancias, este proyecto modifica los apartados 1 y 4 del artículo 4, el apartado 1 del Artículo 6, el apartado 2 del Artículo 7, sustituye los contenidos de los anexos I, II y III y deroga el artículo 10 por el que se crea la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión. Asimismo modifica lo establecido en los anexos I, II y III de la anteriormente mencionada orden SSI/2204/2014, de 24 de noviembre.

Cabe también señalar que en cumplimiento de lo establecido en la LOPD, al precisarse para la compensación la modificación y creación de ficheros que contienen datos de carácter personal, gestionados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, se han elaborado las correspondientes órdenes ministeriales para la declaración de los ficheros específicos. Por ello se ha publicado ya la Orden SSI/993/2014, de 9 de Junio, por la que se modifica la Orden de 21 de junio de 1994, por la que se regulan los ficheros con datos de carácter personal, gestionados por el Ministerio de Sanidad y consumo, para modificar los ficheros del sistema de facturación de recetas del SNS, pudiendo conocer el código de identificación del paciente (CIP), el territorio donde se prescriben y donde se dispensan y también está concluyendo la tramitación del proyecto de orden por el que se crea un nuevo fichero denominado Sistema de Información de Gestión de Fondos (SIFOS).

2. DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

a) Elaboración

El real decreto se dicta a propuesta del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (Secretaría General de Sanidad y Consumo). La Unidad promotora es la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia, en virtud de las competencias que le están atribuidas en el Real Decreto 2002/2012, de 23 de enero, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y se modifica el Real Decreto 1887/2011, de 30 de diciembre, por el que se establece la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales.

Previamente a su inicio el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, fue informado de los objetivos y contenidos básicos del proyecto.

b) Informes preceptivos a solicitar por la Secretaría General Técnica

El proyecto de real decreto, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24.1.b) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, debe someterse a los siguientes informes:

- Informe de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad
- Informe del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas
- Informe del Ministerio de Economía y Competitividad
- Informe del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- Informe de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos
- Dictamen del Consejo de Estado

c) Otros informes a solicitar por la Secretaría General Técnica

El proyecto debe someterse, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 24.1.c) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, a audiencia de:

- Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)
- Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas
- Consejo de Consumidores y Usuarios
- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER):

Ver datos de contacto de estas entidades en el anexo I.

IV IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO

1. CONSIDERACIONES GENERALES

Esta norma, que se ha elaborado en el seno de la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión, en la que están representadas las comunidades autónomas e INGESA, el Instituto de Información Sanitaria de este Departamento y el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, va a suponer un paso más en la regulación de la asistencia sanitaria a pacientes desplazados y trasladados en el territorio nacional.

Además su publicación va a contribuir a un mayor conocimiento y difusión entre las Administraciones sanitarias de los costes compensables que se establecen a nivel estatal de diferentes procedimientos de asistencia sanitaria en el Sistema Nacional de Salud que están, por otra parte, siendo solicitados, cada vez con mayor frecuencia por parte de los ciudadanos que requieren asistencia sanitaria en otros Estados Miembros de la Unión Europea, en virtud de la aplicación del Real Decreto 81/2014 de 7 de febrero, por el que se establecen normas para garantizar la asistencia sanitaria transfronteriza, y por el que se modifica el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación.

2. ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

a) Título competencial prevalente

La norma se adecua al orden constitucional de distribución de competencias, siendo dictada al amparo del artículo 149.1.16ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y del artículo 149.1.17ª, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social.

a) Análisis de la participación autonómica en la elaboración del proyecto

Teniendo la intención de realizar este proyecto de norma en un proceso de completa transparencia y colaboración con las comunidades autónomas, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad ha procurado impulsar la participación de las mismas en el procedimiento de elaboración de este real decreto.

Por ello se ha mantenido un contacto continuo con las comunidades autónomas a través de reuniones presenciales y mediante audio conferencia de la Comisión de Seguimiento del Fondo de

cohesión sanitaria, especialmente a través de su Grupo de trabajo de Tarifas, de la Comisión Permanente de Farmacia, comisiones correspondientes del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el fin de llegar a posiciones comunes en cuanto a:

- a) las actividades a compensar y sus cuantías.
- b) el modo de intercambiar la información.
- c) la implantación y adaptación de las diferentes aplicaciones informáticas (SIFCO y SIFOS) que se requieren para llevar a cabo la compensación de ambos Fondos.
- d) la habilitación de la utilización de la aplicación de la temporalidad.
- e) número y condiciones de los pacientes limítrofes que atienden o que remiten para su atención las comunidades autónomas y el INGESA a efectos de conseguir una mejor estimación del impacto económico y presupuestario que supondría la aplicación a los mismos de la compensación por cápitas para los traslados de larga duración.
- f) el cronograma de implantación de la compensación.

3. IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO

a) Impacto económico general y sobre la competencia

El impacto económico de este proyecto deriva de calcular los costes de compensación para los diferentes procedimientos que se compensan tanto en virtud del FOGA como del FCS y de realizar una estimación del posible número de personas que se pueden desplazar por el territorio nacional y precisar asistencia sanitaria no urgente.

Se incorporan más patologías y procedimientos a la compensación de la atención llevada a cabo en CSUR del SNS, como elemento esencial que garantiza la cohesión sanitaria en todo el territorio nacional cuando se requiere asistencia sanitaria de alta complejidad, especialización y cualificación,

El proyecto no establece nuevas limitaciones de la competencia y no va a tener impacto directo ni sobre el empleo, ni sobre la productividad, la innovación o las Pequeñas y Medianas Empresas.

b) Análisis de las cargas administrativas

De conformidad con lo señalado en el artículo 2.1.d) del Real Decreto 1083/2009, el impacto económico y presupuestario de los proyectos normativos debe contener la detección y medición de las cargas administrativas sobre los sectores, colectivos o agentes afectados por esta norma.

Derivadas de la implantación de la norma, no se introducen cargas administrativas adicionales sobre las personas aseguradas ya sean españolas o extranjeras residentes en España, ni para los proveedores de las prestaciones sanitarias del SNS ni del ámbito privado cuando concierta sus servicios con el SNS, puesto que la norma propuesta se restringe a desarrollar y concretar mecanismos de compensación de la asistencia sanitaria en las situaciones mencionadas y a incorporar al ordenamiento jurídico las bases establecidas de manera consensuada de los procedimientos a través de los que se lleva a cabo la gestión de dichos mecanismos.

c) Impacto presupuestario

Resulta muy difícil calcular en su totalidad la repercusión presupuestaria derivada de la aplicación de esta nueva norma, debido a la indefinición de:

- * los posibles flujos de población que se desplazan entre comunidades autónomas.

- * la imposibilidad de conocer en la actualidad el número de personas que realizan desplazamientos de larga duración entre comunidades (30 días o más), especialmente si esas personas no contactan con el sistema sanitario, como estudiantes, trabajadores, etc.
- * el número potencial de procesos de hospitalización que se llevarán a cabo en diferente comunidad a la de origen, ya que en la actualidad todos ellos serían compensables en virtud de lo establecido en los anexos III y V de este proyecto.

No obstante estas limitaciones, el impacto presupuestario puede estimarse con bastante precisión en cuanto que, como ya se ha mencionado en otros apartados de esta Memoria, se han efectuado liquidaciones que ha incluido la compensación por FOGA en referencia a los desplazamientos de corta duración, concretamente por los procedimientos de atención primaria y la prestación farmacéutica.

Por otra parte, frente a estas limitaciones se debe resaltar que este proyecto de norma tiene un carácter de **máximo en cuanto al uso del “derecho”** establecido por la legislación vigente para que todas las personas residentes en España puedan recibir la asistencia sanitaria no urgente que precisen, sin trabas ni exigencias de ningún otro trámite o requisito añadido, sin que las comunidades provisoras de dicha asistencia se vean por ello perjudicadas, siempre que lleven a cabo la adecuada transmisión de la información solicitada por este Departamento para poder proceder a la compensación, de los diferentes conceptos que a continuación se detallan.

i. Compensación por FOGA, para desplazamientos de corta duración

Como punto de partida objetivo, se cuenta con la liquidación definitiva de este año 2015, calculada sobre la base de la actividad del año 2014 en relación a las diferentes prestaciones actualmente susceptibles de compensación por FOGA, es decir prestación farmacéutica y atención primaria, y con la que se obtienen los saldos negativos y positivos utilizados para la compensación entre comunidades autónomas.

1) Prestación Farmacéutica

El saldo total positivo de la compensación económica correspondiente al gasto farmacéutico registrado durante el año 2014, en aplicación del artículo 3 del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, por el que se crea el FOGA y de los acuerdos alcanzados en la Comisión Permanente de Farmacia celebrada el 1 de octubre de 2013, estableciendo determinadas condiciones para el cálculo de las compensaciones utilizando información recogida en los ficheros de facturación de recetas y compensando las recetas prescritas y/o dispensadas en otra Comunidad distinta a la emisora de su tarjeta sanitaria individual, en virtud de lo certificado por la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios, dependiente de la Dirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Farmacia, a fecha 2 de julio de 2015 supone un total de **32.102.310,10 euros**. La distribución de saldos positivos y negativos por Comunidades Autónomas se observa en la tabla 1.

Tabla 1: Distribución de la liquidación definitiva del FOGA-FARMACIA

Saldos Negativos y Positivos

Disposición Adicional 69 LPGE 2015

			(En Euros)
COMUNIDAD AUTÓNOMA	SALDOS FOGA FARMACIA DISPENSADA EN 2014	SALDOS NEGATIVOS	SALDOS POSITIVOS
ANDALUCÍA	8.269.113,34		8.269.113,34
ARAGÓN	172.898,46		172.898,46
ASTURIAS	-963.423,83	-963.423,83	
BALEARES	-570.117,34	-570.117,34	
CANARIAS	-123.840,39	-123.840,39	
CANTABRIA	769.719,29		769.719,29
CASTILLA Y LEÓN	4.631.931,68		4.631.931,68
CASTILLA LA MANCHA	6.202.473,32		6.202.473,32
CATALUÑA	-3.589.423,71	-3.589.423,71	
COM. VALENCIANA	7.302.963,17		7.302.963,17
EXTREMADURA	1.970.833,55		1.970.833,55
GALICIA	2.362.553,79		2.362.553,79
MADRID	-18.637.402,53	-18.637.402,53	
MURCIA	-957.942,46	-957.942,46	
NAVARRA	419.823,50		419.823,50
PAÍS VASCO	-6.624.682,75	-6.624.682,75	
LA RIOJA	-41.883,95	-41.883,95	
CEUTA	-253.424,95	-253.424,95	
MELILLA	-207.705,93	-207.705,93	
INGESA	-132.462,26	-132.462,26	
TOTAL	0,00	-32.102.310,10	32.102.310,10
Ceuta y Melilla (1) Recetas validadas a través de los CIP de los usuarios			
INGESA (2) Recetas validadas a través de la posición 38, que solo hace referencia a la comunidad prescriptora, pero ninguna referencia al paciente.			

2) Atención Primaria

En el anexo I del proyecto se recoge la relación de procedimientos de atención primaria susceptibles de compensación y el coste compensable para cada uno de ellos, que corresponde al 60% del coste medio estimado para los mismos, propuestos por el Grupo de Trabajo de Tarifas, dependiente de la Comisión de Seguimiento del Fondo de Cohesión y posteriormente debatidas y aprobadas por la citada Comisión, en sus reuniones de 12 de Julio de 2013 y 27 de mayo de 2014. **El saldo total positivo correspondiente a las prestaciones de Atención Primaria registradas durante el año 2014,**

en aplicación del Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, y de los acuerdos alcanzados para los conceptos a compensar y la cuantía de los correspondientes importes de compensación, estableciendo determinadas condiciones para el cálculo de las compensaciones utilizando información recogida en los ficheros de SIFOS- AP y compensando las prestaciones validadas tras la elaboración de los correspondientes ficheros de ajuste supone un total de **24.304.169 euros** . La distribución de saldos positivos y negativos por Comunidades Autónomas se observa en la tabla 2.

Tabla 2: Distribución de la liquidación definitiva del FOGA-ATENCIÓN PRIMARIA
Saldos Negativos y Positivos
Disposición Adicional 69 LPGE 2015

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SALDOS FOGA ATENCIÓN PRIMARIA REALIZADA EN 2014		(En Euros)
	SALDOS NEGATIVOS	SALDOS POSITIVOS	
ANDALUCÍA		2.664.406	2.664.406
ARAGÓN	-883.817		
ASTURIAS	-1.983.748		
BALEARES		80.775	80.775
CANARIAS	-1.080.323		
CANTABRIA	-97.683		
CASTILLA Y LEÓN		2.504.665	2.504.665
CASTILLA LA MANCHA	-6.026.497		
CATALUÑA	-2.831.864		
COM. VALENCIANA		15.423.138	15.423.138
EXTREMADURA		996.129	996.129
GALICIA		2.635.056	2.635.056
MADRID	-3.715.641		
MURCIA	-918.909		
NAVARRA	-199.432		
PAÍS VASCO	-5.848.753		
LA RIOJA	-518.166		
CEUTA	-120.436		
MELILLA	-78.900		
TOTAL		-24.304.169	24.304.169

3) Otras prestaciones de Cartera Suplementaria

Como ya se ha mencionado la compensación por FOGA se va a llevar a cabo por etapas y aún no se ha procedido a compensar las prestaciones de los restantes apartados de la cartera común suplementaria (productos dietéticos, prestación ortoprotésica y transporte sanitario no urgente). No obstante está previsto poder proceder a la compensación por la prestación de productos dietéticos en la liquidación de la próxima anualidad, siempre que lo permita la adaptación de los sistemas informáticos.

Por esta razón se debería incrementar en una cierta cantidad el total de las estimaciones efectuadas. Resulta de todo punto imposible una estimación, a priori, del impacto de estas prestaciones. Para paliar esta repercusión en el impacto, se incrementaría la estimación global del saldo positivo de la prestación farmacéutica entre un 1,5% y un 2%.

En resumen, el saldo Total positivo correspondiente a las prestaciones compensables por FOGA, para desplazamientos de corta duración se estima en 56.495.305 Euros

ii. Compensación por FOGA, para desplazamientos de larga duración

En el anexo II del proyecto se recogen los tipos de cápita así como la cantidad compensable mensualmente, en función de la edad de los asegurados o beneficiarios que se desplazan entre comunidades autónomas e INGESA.

Entre la población residente en España, cabría suponer que serían, al menos en teoría subsidiarios de aplicación de cápitras los siguientes grupos:

- Estudiantes
- Trabajadores
- Personas generalmente mayores que acuden a vivir con algún familiar
- Personas que son habitualmente atendidas en poblaciones limítrofes de otras comunidades autónomas.
- Personas ingresadas en instituciones penitenciarias ubicadas en una comunidad autónoma diferente a la de origen.
- Otros.

Para la aplicación precisa de las cápitras se precisaría conocer de antemano la población que se desplaza durante más de 30 días

Es importante conocer y tener en cuenta que no se dispone de información de aquellas personas sanas que no contactan con el Sistema Nacional de Salud, como pueden ser los estudiantes o los trabajadores, que por otra parte disponen de algún seguro universitario o laboral para atender las urgencias que pudieran presentar.

Además en nuestro país no existe tradición ni cultura de esa necesidad de informar a la administración sanitaria en la que se va a residir, salvo que se precise atención sanitaria, lo que contrariamente si ocurre con las personas que acuden a vivir con algún familiar, de los que se suele informar al nivel primario de atención, generalmente en el Centro de Salud, de que van a estar como desplazados.

Para poder llevar a cabo una estimación de los pacientes “límites” subsidiarios de compensación, se ha solicitado información a las comunidades autónomas y al INGESA. En la mayoría de los casos estas prestaciones se ofertan en virtud de convenios bilaterales, pero salvo en casos excepcionales estos convenios no especifican ninguna cuantía compensable por las mismas. Solicitada a las comunidades autónomas y al INGESA información del número de habitantes autorizados a ser atendidos en centros sanitarios límites de otra comunidad autónoma, al parecer dicha información no resulta fácil de obtener y hasta la fecha solo se dispone de información muy escasa correspondiente a nueve comunidades y al INGESA. En Ceuta y Melilla, dado que no existen zonas límites con otras comunidades autónomas, existen casos de personas que se desplazan temporalmente fuera de la ciudad autónoma y que tienen autorizada una tarjeta sanitaria temporal en otra comunidad, pero sin que por parte del INGESA exista una previa autorización. La cifra correspondiente y actualizada se puede obtener a partir de la opción de temporalidad de la aplicación de TSI (civitas). A título ilustrativo, a 7 de agosto de 2015, había 137 tarjetas temporales de residentes en Melilla autorizadas en otras comunidades autónomas, de las cuales 26 corresponden a personas mayores de 65 años.

En cuanto a la población ingresada en Instituciones Penitenciarias, se ha solicitado información al Ministerio de Interior, que informa, que a 2 de octubre de 2015, del total de 41.218 personas españolas actualmente internadas en instituciones penitenciarias, el 48% lo están en centros ubicados en comunidades diferentes a las de origen de las mismas y que entre un 1,5 y un 2% de dicha población tiene 65 o más años. En base a esta información y aplicando las cápitas referidas en el anexo II de este proyecto de norma, se hace la estimación con dos escenarios de compensación de la cápita, completa al 100% o sólo el 80% de la cápita. El coste anual distribuido por comunidades y el impacto económico de dichos costes para el total de la población se reflejan en las tablas 3 y 4:

Tabla 3: Distribución por comunidades del coste del total anual para Población de Instituciones penitenciarias.
Internos de Alta Nacidos en Nacidos en una comunidad autónoma distinta a dónde están Ingresados

CCAA	N (%)	POBLACIÓN DESPLAZADA <65 AÑOS	100% de la cápita completa 2015 (<65 años)	80% de la cápita completa 2015 (<65 años)	POBLACIÓN DESPLAZADA ≥ 65 AÑOS	100% de la cápita completa 2015 (≥ 65 AÑOS)	80% de la cápita completa 2015 (≥ 65 AÑOS)
ANDALUCIA	4.868 (42)	4.771	3.372.954	2.698.363	97	68.576	54.861
ARAGON	878 (68)	860	607.994	486.395	18	12.725	10.180
ASTURIAS	533 (40)	522	369.038	295.231	11	7.777	6.221
ISLAS BALEARES	522 (50)	512	361.969	289.575	10	7.070	5.656
CANARIAS	902 (30)	884	624.961	499.969	18	12.725	10.180
CANTABRIA	230 (47)	225	159.068	127.255	5	3.535	2.828
CASTILLA - LA MANCHA	879 (64)	861	608.701	486.961	18	12.725	10.180
CASTILLA Y LEON	1.720 (65)	1.686	1.191.951	953.561	34	24.037	19.230
CATALUÑA	1.217 (49)	1.193	843.415	674.732	24	16.967	13.574
COM. VALENCIANA	2.814 (55)	2.758	1.949.823	1.559.859	56	39.590	31.672
EXTREMADURA	351 (35)	344	243.198	194.558	7	4.949	3.959
GALICIA	977 (36)	957	676.570	541.256	20	14.139	11.312

MADRID	2.541 (59)	2.490	1.760.355	1.408.284	51	36.055	28.844
MURCIA	548 (46)	537	379.643	303.714	11	7.777	6.221
DE NAVARRA	133 (54)	130	91.906	73.525	3	2.121	1.697
PAIS VASCO	498 (50)	488	345.001	276.001	10	7.070	5.656
LA RIOJA	163 (69)	160	113.115	90.492	3	2.121	1.697
CEUTA	54 (45)	53	37.469	29.976	1	707	566
MELILLA	63 (50)	62	43.832	35.066	1	707	566
TOTAL	19.891 (48)	19.493	13.780.966	11.024.773	398	281.374	225.099

Tabla 4: Estimación del coste del total anual para Población de Instituciones penitenciarias.
Internos de Alta Nacidos en Nacidos en una comunidad autónoma distinta a dónde están Ingresados

	POBLACIÓN	COSTE TOTAL ANUAL 100% de la cápita completa 2015	COSTE TOTAL ANUAL 80% de la cápita completa 2015
INTERNOS < 64 A	19.493	13.780.966	11.024.773
INTERNOS >= 65 A	398	281.374	225.099
TOTAL	19.891	14.062.340	11.249.872

En base a la información disponible, razonablemente podemos afirmar que por el momento se carece de información sustantiva para poder valorar la repercusión en las comunidades autónomas de la aplicación de las cápit, por todos los conceptos.

iii. Compensación por FCS

1) Compensación por los anexos I, II y III de la norma vigente

El saldo total positivo correspondiente a episodios que han requerido traslados para atención programada por procesos de hospitalización, procedimientos ambulatorios y atención en CSUR en el Sistema Nacional de Salud (Anexos I, II y III) registradas durante el año 2014, en aplicación del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria y de la Orden SSI/2204/2014, de 24 de noviembre, por las que se actualizan los anexos I, II y III del citado real decreto, supone un total de **80.770.400 Euros**. La distribución de saldos positivos y negativos por Comunidades Autónomas se observa en la tabla 5.

Tabla 5: Distribución de la liquidación definitiva del FCS (Anexos I II y III)
 Compensación de asistencia sanitaria programada a residentes en España
 Art.2.1 A9, B) y C) del RD 1207/2006
 Saldos Negativos y Positivos
 Disposición Adicional 69 LPGE para 2015

COMUNIDAD AUTÓNOMA	SALDOS FCS ACTIVIDAD 2014	SALDOS NEGATIVOS	(En Euros)
			SALDOS POSITIVOS
ANDALUCÍA	2.303.756		2.303.756
ARAGÓN	-6.855.053	-6.855.053	
ASTURIAS	-2.739.845	-2.739.845	
BALEARES	-7.695.134	-7.695.134	
CANARIAS	-5.287.251	-5.287.251	
CANTABRIA	6.618.310		6.618.310
CASTILLA Y LEÓN	-13.389.250	-13.389.250	
CASTILLA LA MANCHA	-17.189.277	-17.189.277	
CATALUÑA	21.818.525		21.818.525
COM. VALENCIANA	1.391.398		1.391.398
EXTREMADURA	-10.358.440	-10.358.440	
GALICIA	-1.734.882	-1.734.882	
MADRID	48.638.411		48.638.411
MURCIA	-2.278.028	-2.278.028	
NAVARRA	-689.363	-689.363	
PAÍS VASCO	-6.194.146	-6.194.146	
LA RIOJA	-2.809.614	-2.809.614	
CEUTA	-1.656.883	-1.656.883	
MELILLA	-1.893.234	-1.893.234	
TOTAL		-80.770.400	80.770.400

2) Compensación resultante de incrementar el anexo I a todos los GRDs disponibles

Para estimar el coste que supone incrementar el anexo I en 507 GRD, pasando de los 177, que hay actualmente a los 684 GRDs disponibles y publicados en la Norma estatal a través de la página web del Ministerio, se han hecho las siguientes estimaciones, sobre la base de la información procedente del CMBD (para conocer el escenario menos favorable, considerando el máximo número de pacientes que se han trasladado a otra comunidad autónoma, para recibir atención especializada mediante ingreso programado, sea este solicitado con orden de asistencia por la comunidad autónoma de origen del paciente o por cualquier otro motivos pero sin que exista dicha orden de

asistencia) y de SIFCO (como soporte actual de compensación de los traslados con orden de asistencia).

Se han analizado los últimos datos disponibles del CMBD, correspondientes a la actividad 2013 para saber la distribución de las altas hospitalarias a las que se les ha asignado un GRD de tipo quirúrgico o médico para todas las especialidades de alta. Las atenciones hospitalarias programadas (con o sin orden de asistencia), realizadas en otra comunidad autónoma diferente de la de residencia del paciente, y por tanto susceptibles de compensación ascienden a un total de 22.489 y considerando el total de costes medios de los GRD a que corresponden se ha calculado un coste medio de GRD de 4.924 Euros.

Según SIFCO, los datos de actividad de ese mismo año referidos a episodios atendidos en otras comunidades **autónomas** diferentes de la de residencia por algún procedimiento incluido en los Anexos I y III del RD, así como procedimientos medidos en GRD que se prevé se incluyan en la compensación (NFC) ascenderían a un total de 13.468 asistencias. Por tanto se estima que SIFCO registra el 60% del total de las asistencias registradas en el CMBD, que corresponden a los traslados entre comunidades autónomas llevados a cabo con orden de asistencia.

La parte de la actividad que no llegaría a registrarse en SIFCO, podría ser interpretada como la que resultaría de incrementar la compensación a todos los GRDs disponibles, en el supuesto teórico de que todas las derivaciones se hiciesen con orden de asistencia y correspondería a 5.837 derivaciones. Aplicando a estas asistencias el coste medio de GRD de 4.924 euros obtenido, supondría un incremento del coste sobre el coste total de la actividad de Anexo I, III y NFC registrada en SIFCO de unos **28,7 millones de euros**.

El coste total de la **actividad de Anexo I, III y NFC** registrada en SIFCO en referencia a la actividad del año 2013 (liquidación del año 2014), fue de **129.203.726 euros, de los cuales 37.014.543, corresponden a NFC**.

Es difícil calcular, a priori los pacientes que será necesario desplazar a otra comunidad para llevar a cabo un proceso de hospitalización, pero en el peor de los escenarios posibles la **estimación del coste total resultante de incluir en la compensación todos los GRDs sería de 157.945.114 euros**, cifra que por otra parte habría que traducir a saldos en base a los flujos reales de pacientes, por lo que disminuiría considerablemente .

iv. Estimación de costes indirectos de la aplicación de la norma que se propone

El impacto presupuestario, por otro lado, exige valorar los costes de implantación de este proyecto de real decreto.

No se requerirá establecer nuevas tareas administrativas a desarrollar en las diferentes comunidades autónomas, como consecuencia de la aplicación de este proyecto de real decreto, y así mismo tampoco serán necesarios mecanismos de coordinación adicionales a los existentes.

No surgirán gastos significativos derivados de estas nuevas competencias, tareas y procedimientos y tampoco se necesitará asignar a ciertas unidades más recursos humanos para la gestión de lo establecido mediante esta norma ni se producirá un incremento de la carga de trabajo

especialmente en las Unidades competentes para gestionar los procedimientos de traslados de pacientes a otra comunidad autónoma diferente a la de aseguramiento, para ser atendido.

Presumiblemente tampoco será necesario llevar a cabo actividades de formación en relación a la implantación de las modalidades de compensación, ni con el personal de las comunidades autónomas ni de la Administración Central.

No obstante se requerirá una adecuación de las tecnologías de información y comunicación, que ya se está acometiendo con los presupuestos de este departamento.

Por todo lo anterior, se puede asumir que **el coste derivado de las nuevas tareas administrativas a desarrollar a nivel de la Administración tanto Central como Regional es prácticamente nulo.**

v. Impacto sobre el gasto sanitario

• Impacto en los presupuestos generales del Estado

El desarrollo de esta norma y su implantación afecta fundamentalmente a comunidades autónomas e INGESA. Por ello no se espera ningún otro impacto en términos de gasto a afrontar por el Estado, salvo por una parte los derivados de la compensación por parte de las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, que deberá afrontar el INGESA y por otra los derivados de las actuaciones que se han llevado a cabo por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en relación al desarrollo y la implementación de los sistemas de información para la compensación por FOGA. Este Departamento, en los últimos ejercicios, ya viene incluyendo entre las acciones prioritarias para financiación la adaptación de sistemas informáticos en virtud de los acuerdos del Consejo Interterritorial para la distribución de fondos obtenidos en virtud de lo dispuesto en la disposición adicional VI.

En este sentido, desde el año 2010 hasta la fecha (con excepción de 2012) se han descentralizado a las comunidades autónomas fondos por un total de 13,8 millones de euros para el desarrollo del Sistema de Información Sanitaria, aprobados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y por el Consejo de Ministros. Dichos fondos incluyen objetivos de mejora de los sistemas de información concernidos (SIFOS, SIFCO, Receta-web, aplicación para temporalidad en las bases de datos de Tarjeta Sanitaria del SNS).

• Impacto presupuestario en las Comunidades Autónomas o Entidades Locales

Tanto la adaptación de los sistemas de información actuales a la nueva configuración como la implantación progresiva de los procesos sujetos a compensación establecidos en la norma que se llevan a cabo actualmente ya han sido acometidas.

La entrada en vigor de la norma, teniendo en cuenta las modificaciones que en ella se reflejan, podrá comportar un incremento puntual y no significativo del gasto en los capítulos II y IV. Las acciones a cometer así como la repercusión en los presupuestos podrán asumirse a lo largo del periodo implantación establecida en el proyecto de real decreto desde su entrada en vigor.

Pero incluso en las condiciones más desfavorables, no es previsible que se incremente significativamente el impacto presupuestario en ninguna de las comunidades autónomas si se compara el presupuesto previsto para la anualidad 2015, publicado en el informe anual de las estadísticas del gasto sanitario con los saldos totales de las liquidaciones conjuntas de FOGA y FCS.

- **Impacto de gasto derivado de la aplicación de este real decreto**

Resulta difícil de cuantificar el volumen de población que pueda requerir asistencia sanitaria en España durante sus desplazamientos a otra comunidad autónoma, diferente a la que emitió la Tarjeta Sanitaria individual.

No es previsible que la publicación de esta norma conlleve, por la naturaleza de la misma un aumento significativo de los pacientes que se desplacen por nuestro territorio o que requieran asistencia sanitaria programada en otra comunidad autónoma. Contrariamente, si es previsible que siempre de forma gradual se incrementen las patologías susceptibles de ser atendidas en CSUR, aunque este hecho concreto no supone un incremento significativo del impacto económico.

Por otra parte y en virtud de la aplicación de lo dispuesto en las leyes de presupuestos generales del estado, se debe considerar que se trata de establecer compensaciones entre comunidades autónomas. Además se trata de atención sanitaria que se brinda a pacientes asegurados en otras comunidades, por lo que en principio ya debería estar presupuestada por las comunidades en su conjunto. Como conclusión, aunque en algunas comunidades concretas la repercusión puede ser mayor que en otras, es previsible que **el impacto real global no sea relevante**.

V IMPACTO POR RAZÓN DE GÉNERO

Las medidas contenidas en este proyecto de real decreto no distinguen su aplicación para hombres y mujeres. Tampoco en el Sistema Nacional de Salud, se hace ninguna diferencia en razón de género en el modo de ofertar las prestaciones ni de organizar la asistencia, y esto no tiene incidencia en materia de igualdad de oportunidades.

La implantación con carácter general del sistema de compensación desarrollado favorecerá tanto a hombres como a mujeres en su condición de ciudadanos y usuarios de los servicios sanitarios al permitirles contar con información sobre los procesos asistenciales que son subsidiarios de ser atendidos en otra comunidad autónoma, por razones de diferente índole.

Este sistema de compensación aborda aspectos estrictamente técnicos, en relación con la compensación de la atención sanitaria entre comunidades, por tanto los aspectos relativos al género no adquieren especial relevancia en referencia a su implantación ni a su aplicación.

En consecuencia, el impacto por razón de género del proyecto de real decreto es nulo.

VI OTROS IMPACTOS

Este proyecto de Real Decreto favorece la cohesión sanitaria al permitir que todos los españoles y extranjeros residentes en nuestro país puedan ser atendidos, en cualquier lugar de la geografía

nacional, sin necesidad de empadronamiento y al aumentar el número de PTPP susceptibles de ser atendidos en CSUR y los procesos de hospitalización susceptibles de ser compensados por el FCS.

Por otra parte tiene un impacto sanitario positivo, pues los mecanismos de compensación entre comunidades, por la asistencia sanitaria de Atención Primaria y la cartera suplementaria prestada a ciudadanos en sus desplazamientos, favorecerán que la asistencia sanitaria, independientemente de su nivel de complejidad, sea facilitada a los usuarios del Sistema Nacional de Salud con mayor homogeneidad y transparencia en todo el territorio y contribuirá a paliar las deficiencias que en la actualidad algunos usuarios del SNS encuentran para recibir atención sanitaria en sus desplazamientos.

ANEXO I

RELACIÓN DE ENTIDADES QUE SE PROPONEN A EFECTOS DEL TRÁMITE DE AUDIENCIA

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA)

Consejerías de Sanidad de todas las Comunidades Autónomas

Consejo de Consumidores y Usuarios

Príncipe de Vergara. 54

28006 - Madrid

Tlfno. 91/431--17-80

Fax: 91/576--13-88

Organización de Consumidores y Usuarios (OCU)

C/ Albarracín, 21

28037 – MADRID

Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER):

Avda. San Francisco Javier, 9 Planta 10, módulo 24, edificio Sevilla II CP: 41018 Sevilla

Tel.: 954 98 98 92

Fax: 954 98 98 93

feder@enfermedades-raras.org