



LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

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

Ministerio de Sanidad y Consumo
«BOE» núm. 252, de 21 de octubre de 2006
Referencia: BOE-A-2006-18375

TEXTO CONSOLIDADO

Última modificación: 30 de diciembre de 2014

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

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

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

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

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

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

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

DISPONGO :

Artículo 1. Objeto.

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

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

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

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

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

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

d) Asistencia a 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.

Téngase en cuenta que se suspende la aplicación de los apartados a), b), c) y d) por la disposición adicional 69 de la Ley 36/2014, de 26 de diciembre. [Ref. BOE-A-2014-13612.](#)

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

Artículo 3. *Asistencia sanitaria.*

La asistencia sanitaria a que se refiere este real decreto es la contemplada en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud, definido en la Ley 16/2003, y desarrollado por 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. Asimismo incluye la asistencia sanitaria realizada en concepto de uso tutelado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 6 bis. *Asistencia sanitaria derivada de usos tutelados.*

1. El Fondo de cohesión sanitaria compensará la realización de las técnicas, tecnologías y procedimientos (TTP) cuyo uso tutelado haya autorizado el Ministerio de Sanidad y Política Social, en los centros autorizados a tal efecto, para todos los pacientes atendidos. Esta compensación se realizará durante el periodo de duración del uso tutelado, por los casos recogidos en el informe anual que ha de realizar el órgano evaluador tutelador, valorados según los importes establecidos en el anexo IV, que se actualizarán anualmente en los mismos términos que prevé el artículo 7.2 de este real decreto.

Antes del día 1 de noviembre de cada ejercicio, las comunidades autónomas remitirán una relación de los casos atendidos hasta esa fecha en el año por los centros que desarrollen usos tutelados en sus respectivos ámbitos de gestión, que servirá para efectuar una liquidación provisional antes del final del año, a regularizar en el primer semestre del ejercicio siguiente, visto el citado informe anual.

2. En el anexo IV figuran las TTP sometidas a uso tutelado. Dicho anexo se revisará periódicamente por orden ministerial para recoger las TTP cuyo uso tutelado esté vigente en cada momento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

asistencia sanitaria prestada a asegurados de la comunidad autónoma desplazados en el extranjero.

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

El reparto se realizará entre aquellas comunidades autónomas que presenten un saldo positivo entre las facturas emitidas a ciudadanos asegurados en otro Estado y las cargadas por otros países a asegurados de la comunidad autónoma desplazados en el extranjero y será proporcional a los saldos netos de facturación registrados para cada comunidad autónoma.

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 10. *Procedimiento para la liquidación.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DISPOSICIÓN ADICIONAL

Unica. *Competencia del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en relación con Ceuta y Melilla.*

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

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera. *Sistema de información.*

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

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

Segunda. *Aplicación retroactiva.*

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

DISPOSICIÓN DEROGATORIA

Unica. *Derogación normativa.*

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

DISPOSICIONES FINALES

Primera. *Título competencial.*

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

Segunda. Facultad de desarrollo.

Se faculta al Ministro de Sanidad y Política Social para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de lo previsto en este real decreto y, específicamente, para actualizar y modificar el contenido de sus anexos en los que se recogen los procesos, patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos que han de ser financiados con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

Tercera. Entrada en vigor.

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

Dado en Madrid, el 20 de octubre de 2006.

JUAN CARLOS R.

La Ministra de Sanidad y Consumo,
ELENA SALGADO MÉNDEZ

ANEXO I
Procesos con hospitalización

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 CON CC.	15.113	12.090
2	CRANEOTOMIA EDAD>17 SIN CC.	10.834	8.667
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
10	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO CON CC.	7.009	5.607
11	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO SIN CC.	4.747	3.798
37	PROCEDIMIENTOS SOBRE ORBITA.	8.546	6.837
41	PROCEDIMIENTOS EXTRAOCULARES EXCEPTO ORBITA EDAD<18.	4.329	3.463
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
52	REPARACION DE HENDIDURA LABIAL & PALADAR.	4.871	3.897
63	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA.	4.299	3.439
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
103	TRASPLANTE CARDIACO O IMPLANTACIÓN DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA, EXCEPTO TRASPLANTE CARDIACO INFANTIL.	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
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
115	IMPLANT. MARCAPASOS CARD. PERM. CON IAM, F. CARDIACO, SHOCK, DESFIB. O SUST. GENERADOR.	11.378	9.102
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
124	TRAST. CIRCULATORIOS EXCEPTO IAM, CON CATETERISMO & DIAG. COMPLEJO.	4.978	3.982
156	PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESOFAGO & DUODENO EDAD<18.	6.575	5.260
168	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA CON CC.	3.534	2.827

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
169	PROCEDIMIENTOS SOBRE BOCA SIN CC.	2.810	2.248
191	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON CC.	10.445	8.356
192	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN CC.	9.558	7.646
199	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR POR NEOPLASIA MALIGNA.	7.475	5.980
200	PROCEDIMIENTO DIAGNOSTICO HEPATOBILIAR EXCEPTO POR NEOPLASIA MALIGNA.	6.314	5.051
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
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
286	PROCEDIMIENTOS SOBRE SUPRARRENALES & HIPOFISIS.	8.347	6.678
288	PROCEDIMIENTOS GÁSTRICOS PARA OBESIDAD.	7.371	5.897
289	PROCEDIMIENTOS SOBRE PARATIROIDES.	3.454	2.763
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
302	TRASPLANTE RENAL, EXCEPTO TRASPLANTE RENAL INFANTIL Y TRASPLANTE RENAL CRUZADO.	24.971	19.977
304	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO CON CC.	7.887	6.310
305	PROC. S. RIÑON, URETER & PROC. MAYORES S. VEJIGA POR P. NO NEOPLASICO SIN CC.	6.003	4.802
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE URETRA, EDAD<18.	4.714	3.771
330	ESTENOSIS URETRAL EDAD<18.	3.909	3.127
333	OTROS DIAGNOSTICOS DE RIÑON & TRACTO URINARIO EDAD<18.	4.417	3.534
344	OTROS PROC. QUIRURGICOS DE AP. GENITAL MASC. PARA NEOPLASIA MALIGNA.	4.932	3.946
357	PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS.	9.397	7.518
393	ESPLENECTOMIA EDAD<18.	6.395	5.116
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
409	RADIOTERAPIA.	3.809	3.047
410	QUIMIOTERAPIA.	3.636	2.909
424	PROC. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL.	13.297	10.638
439	INJERTO CUTANEO POR LESION TRAUMATICA.	7.712	6.170
471	PROC. MAYORES SOBRE ARTICULACION M. INFERIOR, BILATERAL O MULTIPLE.	21.231	16.985
478	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES CON CC.	8.733	6.986
479	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES SIN CC.	6.091	4.873
480	TRASPLANTE HEPATICO, EXCEPTO TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL Y TRASPLANTE HEPÁTICO DE VIVO ADULTO.	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
530	CRANEOTOMIA CON CC MAYOR.	33.628	26.902
531	PROCEDIMIENTOS SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO CRANEOTOMIA CON CC MAYOR.	18.661	14.929
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
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
555	PROC. PANCREAS, HIGADO & OTROS VIA BILIAR EXC. TRASPL. HEPATICO CON CC MAYOR.	25.120	20.096

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
556	COLECISTECTOMIA Y OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES CON CC MAYOR.	12.991	10.393
561	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SEPTICA & TRAST.T.CONECT. CON CC MAYOR.	8.835	7.068
565	PROCEDIMIENTOS ENDOCR., NUTRIC. & METAB. EXC. AMPUTACION M. INF. CON CC MAYOR.	12.587	10.070
567	PROCEDIMIENTOS RIÑÓN & TRACTO URINARIO EXCEPTO TRASPLANTE RENAL CON CC MAYOR.	16.083	12.866
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
581	PROCEDIMIENTOS PARA INFECCIONES & PARASITOSIS SISTEMICAS CON CC MAYOR.	21.442	17.154
583	PROCEDIMIENTOS PARA LESIONES EXCEPTO TRAUMA MULTIPLE CON CC MAYOR.	14.320	11.456
585	PROCEDIMIENTO MAYOR ESTOMAGO, ESOFAGO, DUODENO, I. DELGADO & GRUESO CON CC MAYOR.	20.270	16.216
587	TRASTORNOS ORALES Y BUCALES CON CC MAYOR, EDAD < 18.	4.882	3.906
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
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
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
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
641	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G, CON OXIGENACION MEMBRANA EXTRACORPOREA.	64.116	51.293
701	HIV CON PROCED. QUIRURGICO Y VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO.	34.131	27.305
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
707	HIV CON VENTILACION MECANICA O SOPORTE ALIMENTICIO.	20.218	16.174
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
730	CRANEOTOMIA PARA TRAUMA MULTIPLE SIGNIFICATIVO.	26.401	21.121
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
740	FIBROSIS QUISTICA.	6.486	5.189
753	REHABILITACION PARA TRASTORNO COMPULSIVO NUTRICIONAL.	15.226	12.181
755	FUSION VERTEBRAL EXCEPTO CERVICAL CON CC.	16.269	13.015
756	FUSION VERTEBRAL EXCEPTO CERVICAL SIN CC.	12.930	10.344
759	IMPLANTES COCLEARES MULTICANAL.	34.111	27.289

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
760	HEMOFILIA, FACTORES VIII Y IX.	8.251	6.601
761	ESTUPOR & COMA TRAUMATICOS, COMA > 1 H.	4.622	3.698
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
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
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
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
803	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO, EXCEPTO TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICO INFANTIL.	63.951	51.161
804	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA AUTOLOGO.	28.263	22.610
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
811	OTRO IMPLANTE DE SISTEMA DE ASISTENCIA CARDIACA.	21.106	16.885
819	CREACION, REVISION O RETIRADA DE DISPOSITIVO DE ACCESO RENAL.	4.006	3.205
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 SIN CC.	13.016	10.413
865	FUSION VERTEBRAL CERVICAL CON CC.	7.339	5.871
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. QUIR. MAYOR.	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. SUST. ANTINEOPLÁSICA O DIAG. PRINCIPAL DE SIST. NERV. CENTRAL AGUDO COMPLEJO.	24.123	19.298
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
884	FUSIÓN ESPINAL EXCEPTO CERVICAL CON CURVATURA DE COLUMNA O MALIGNIDAD.	28.373	22.698

ANEXO II
Procedimientos ambulatorios

Código	Descripción	Coste Medio 2014 - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
1	Ablación cardíaca	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	1.091	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 (icisi)	1.378	1.102
15	Litotricia renal extracorpórea	1.033	826
16	Nefrolitotomía percutánea	379	303
17	Pet en indicaciones oncológicas	804	643
18	Polisomnografía	460	368
19	Hemodinamia cardíaca 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	1.033	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

ANEXO III

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

Código	Descripción
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.

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

Código	Descripción
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 cardiaco 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 paraplejías hereditarias.
43	Esclerosis múltiple.
44	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 musculoesqueléticos en adultos.
59	Hipertensión pulmonar.

B. Costes compensables correspondientes a los GRD resultantes de 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

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
1	CRANEOTOMIA EDAD>17 CON CC	15.113	12.090
2	CRANEOTOMIA EDAD>17 SIN CC	10.834	8.667
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
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
55	PROCEDIMIENTOS MISCELANEOS SOBRE OIDO, NARIZ, BOCA & GARGANTA	2.630	2.104
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
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
108	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORACICOS	15.889	12.711
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
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
120	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS DE APARATO CIRCULATORIO	9.550	7.640
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
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

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
144	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO CON CC	4.230	3.384
145	OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO SIN CC	3.362	2.690
191	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION CON CC	10.445	8.356
192	PROCEDIMIENTOS SOBRE PANCREAS, HIGADO & DERIVACION SIN CC	9.558	7.646
201	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS HEPATOBILIARES O DE PANCREAS	9.583	7.666
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	DESRID.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
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
249	MALFUNCION, REACCION O COMPL. DE DISPOSITIVO ORTOPEDICO	4.160	3.328
256	OTROS DIAGNOSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELETICO & TEJIDO CONECTIVO	2.237	1.790
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
268	PROCEDIMIENTOS PLASTICOS SOBRE PIEL, T.SUBCUTANEO & MAMA	3.751	3.001

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
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
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
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
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
304	PROC. S. RIÑÓN Y URETER POR PROCEDIMIENTO NO NEOPLASICO CON CC	7.887	6.310
305	PROC. S. RIÑÓN Y URETER POR PROCEDIMIENTO NO NEOPLASICO SIN CC	6.003	4.802
308	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA CON CC	5.716	4.573
309	PROCEDIMIENTOS MENORES SOBRE VEJIGA SIN CC	3.683	2.946
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
346	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, CON CC	4.593	3.674
347	NEOPLASIA MALIGNA, APARATO GENITAL MASCULINO, SIN CC	4.213	3.370
353	EVISERACION PELVICA, HISTERECTOMIA RADICAL & VULVECTOMIA RADICAL	9.585	7.668
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
361	LAPAROSCOPIA O INTERRUPCION TUBARICA INCISIONAL	3.653	2.922
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
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
422	ENFERMEDAD VÍRICA & FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO EDAD<18 AÑOS	2.591	2.073
424	PROC. QUIRURGICO CON DIAGNOSTICO PRINCIPAL DE ENFERMEDAD MENTAL	13.297	10.638

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
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	7.958	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
462	REHABILITACION	7.496	5.997
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
491	PROCEDIMIENTOS MAYORES REIMPLANTACION ARTICULACION & MIEMBRO EXTR.SUPERIOR	8.436	6.749
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
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
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
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
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
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

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
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
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
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
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
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

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
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
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
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 & REEMPLANTE MIEMBRO EXTR.INFERIOR & ARTICULACION MAYOR (EXCEPTO CADERA) POR CC	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
803	TRASPLANTE DE MEDULA OSEA ALOGENICO	63.951	51.161
804	TRASPLANTE DE MÓDULA ÓSEA AUTÓLOGO	28.263	22.610
805	TRASPLANTE SIMULTANEO DE RIÑÓN 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
817	REVISION O SUSTITUCION DE CADERA POR COMPLICACIONES	11.418	9.134
818	SUSTITUCION DE CADERA EXCEPTO POR COMPLICACIONES	9.589	7.671
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
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

BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO
LEGISLACIÓN CONSOLIDADA

AP-GRD (V 27.0) Código	Descripción	Coste Medio 2014 (Coste base 2012) - Euros	Coste compensable (80 %) - Euros
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
877	OXIG. MEMB. EXTRAC. O TRAQUEOSTOMIA CON VENT. MEC. + 96 HRS O SIN DIAG. PRINC. TRAST. ORL CON PROC. QUIR. MAYOR	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. NERV. CENTRAL AGUDO COMPLEJO	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
884	FUSIÓN ESPINAL EXCEPTO CERVICAL CON CURVATURA DE COLUMNA O MALIGNIDAD O INFEC O 9+ FUSIONES	28.373	22.698
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
896	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	13.608	10.886
898	INFECCIONES Y PARASITOSIS CON PROC QUIRÚRGICO	8.961	7.169
899	INFECCIONES POSTOPERATORIAS O POSTRAUMATICAS CON PROC. QUIRURGICO	8.481	6.785
900	SEPTICEMIA CON VENT. MEC. +96 HORAS EDAD > 17	8.163	6.530
901	SEPTICEMIA SIN VENT. MEC. +96 HORAS EDAD >17	4.704	3.763

ANEXO IV

Técnicas, tecnologías y procedimientos en uso tutelado

Técnica, tecnología y procedimiento	Coste compensable por proceso, de acuerdo con el protocolo Euros
Tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA.	1.800

Este texto consolidado no tiene valor jurídico.
Más información en info@boe.es