COMUNIDAD VALENCIANA

Relación de personal laboral

CENTRO: OFICINA DE TURISMO JUVENIL

Localidad: Valencia

Apellidos y nombre	Categoría	Nivel	Retribuciones 1989		Total anual
			Básicas	Complementarias	
Sánchez Manzaneque, Francisco	Jefe Administrativo	3	1.783.236	-	1.783.236
Cebriá Baselga, Mercedes	Oficial Administrativo	4	1.453.760	-	1.453.760
Martínez Gijón, María Victoria	Oficial Administrativo	4	1.421.560	-	1.421.560

RELACION NUMERO 3

Sección 27, Organismo 208

VALORACIÓN DEL COSTE EFECTIVO DE LOS SERVICIOS DE TURISMO E INTERCAMBIO JUVENIL (TIVE) QUE SE TRASPASAN A LA COMUNIDAD VALENCIANA EN FUNCIÓN DE LOS DATOS DEL PRESUPUESTO DEL ESTADO PARA 1989 DEL ORGANISMO AUTÓNOMO INSTITUTO DE LA JUVENTUD

(En pesetas)

		Pesetas	
	Gastos		
27.208.455A.120	Retribuciones básicas de funcionarios	1.026.916	
27.208.455A.121	Retribuciones complementarias de funcionarios	520.888	
27.208.455A.130	Retribuciones personal laboral	4.658.556	
27.208.455A.160	Cuota patronal Seguridad Social	1.924.576	
	Total capítulo I	8.130.936	
27.208.455A.202	Arrendamientos de edificios	969.024	
27.208.455A.212	Reparación y conservación de edificios	219.817	
27.208.455A.215	Reparación y conservación mobiliario	15.568	
27.208.455A.220	Material de oficina	71.398	
27.208.455A.221	Suministros	95.634	
27.208.455A.222	Comunicaciones	500.115	
27.208.455A.223	Transportes	55.000	
	Total capítulo II	1.926.556	10.057.492
	Ingresos estimados	2.500.000	
	Coste efectivo		7.557.492

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

11297 *ORDEN de 12 de mayo de 1989 por la que se establecen las normas para la revisión de las condiciones económicas aplicables a la asistencia sanitaria que se preste con medios ajenos al Instituto Nacional de la Salud durante 1989.*

La Orden de 31 de mayo de 1988 («Boletín Oficial del Estado» de 8 de junio), en consonancia con lo dispuesto en el artículo 90 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y de lo establecido en el artículo 209 de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, autorizó para los años 1987 y 1988 la revisión de las condiciones económicas aplicables a la asistencia sanitaria prestada con medios ajenos a la Seguridad Social, al mismo tiempo que actualizaba las tarifas de los conciertos celebrados entre el Instituto Nacional de la Salud y las Empresas de las ambulancias para el traslado de enfermos beneficiarios del sistema.

Teniendo en cuenta el aumento de costes previsto para 1989, resulta aconsejable la modificación de las tarifas vigentes con efectos de 1 de enero de 1989, en el ámbito territorial de competencia del Instituto Nacional de la Salud.

Por otra parte y al objeto de ir adecuando el régimen de los servicios concertados a las directrices contenidas en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se regula en la presente Orden, con carácter excepcional, un nuevo sistema de conciertos singulares con centros hospitalarios, en atención a la capacidad asistencial del hospital concreto, su dedicación primordial a la asistencia sanitaria de enfermos beneficiarios de la Seguridad Social, el carácter público o benéfico-privado de los mismos y su posible vinculación a un área de salud como Hospital General o de Referencia. La experiencia obtenida de estos conciertos proporcionará criterios útiles para el futuro establecimiento de una normativa general que desarrolle los artículos 66 y 67 de la Ley General de Sanidad.

En su virtud, a propuesta de la Dirección General de Programación Económico-Financiera y previo informe de la Dirección General de Presupuestos del Ministerio de Economía y Hacienda, este Ministerio ha tenido a bien disponer:

Artículo 1.° Se autoriza la revisión de las tarifas aplicables a la asistencia sanitaria prestada con medios ajenos al Instituto Nacional de la Salud, con efectos de 1 de enero de 1989, en la forma y cuantías que se indican.

Art. 2.° *Asistencia hospitalaria.*-1. Las tarifas por día de estancia de los conciertos vigentes a 31 de diciembre de 1988 para hospitalización según los grupos y niveles de la Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad de 11 de abril de 1980 se incrementarán en un 5,5 por 100, siempre que no rebasen los importes que figuran en los cuadros 1 y 2.

CUADRO 1

Tarifas máximas de hospitalización para la península e islas Baleares. Para 1989

Tipo de Centro	Grupo	Nivel	Tarifas en pesetas	
			Con intervención de Médicos del Centro	Con invervención de Médicos de la Seguridad Social
Hospitales Especiales	I	I	2.255	1.625
		II	2.856	2.227
		III	3.460	2.833
	II	I	2.955	2.322
		II	4.054	3.435
		III	6.546	5.919
	III	I	3.650	3.018
		II	5.508	4.881
	IV	IA	6.165	5.528
		IB	4.757	4.128
		II	6.736	6.102
		III	6.699	6.073
Hospitales Generales	V	I	6.044	5.416
		II	6.720	6.094
		III	8.937	8.312
	VI	I	5.567	4.916
		II	7.952	7.325
		III	9.322	8.695
	VII	I	11.638	10.996
		II	14.095	13.469
		III	17.982	17.340

CUADRO 2

Tarifas máximas de hospitalización para Canarias, Ceuta y Melilla

Tipo de Centro	Grupo	Nivel	Tarifas en pesetas	
			Con intervención de Médicos del Centro	Con invervención de Médicos de la Seguridad Social
Hospitales Especiales	I	I	2.293	1.653
		II	2.905	2.265
		III	3.521	2.881
	II	I	3.006	2.362
		II	4.178	3.495
		III	6.659	6.020
	III	I	3.713	3.070
		II	5.603	4.966
	IV	IA	6.271	5.624
		IB	4.839	4.199
		II	6.852	6.207
		III	6.814	6.177
Hospitales Generales	V	I	6.149	5.509
		II	6.836	6.198
		III	9.090	8.455
	VI	I	5.663	5.001
		II	8.089	7.450
		III	9.482	8.845
	VII	I	11.838	11.213
		II	14.336	13.700
		III	18.293	17.639

2. Las tarifas vigentes a 31 de diciembre de 1988, por prestaciones especiales de «hospitalización», que no estén asimiladas a los grupos y niveles anteriormente indicados, se incrementarán en un 5,5 por 100.

Art. 3.° *Asistencia ambulatoria en Centros hospitalarios.*–1. Las tarifas por primeras consultas, intervenciones quirúrgicas, ambulatorias y urgencias, vigentes a 31 de diciembre de 1988, según los grupos y niveles de la Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad de 11 de abril de 1980, se incrementarán en un 5,5 por 100, siempre que no rebasen los importes que figuran en los cuadros 3 y 4.

CUADRO 3

Tarifas máximas de primeras consultas ambulatorias para la península e islas Baleares

Tipo de Centro	Grupo	Nivel	Tarifas en pesetas	
			Con intervención de Médicos del Centro	Con invervención de Médicos de la Seguridad Social
Hospitales Especiales	I	I	1.033	744
		II	1.308	1.020
		III	1.585	1.298
	II	I	1.354	1.063
		II	1.861	1.573
		III	2.997	2.710
	III	I	1.672	1.382
		II	2.523	2.236
	IV	IA	2.823	2.532
		IB	2.179	1.891
		II	3.085	2.795
		III	3.068	2.781
Hospitales Generales	V	I	2.767	2.480
		II	3.077	2.790
		III	4.092	3.806
	VI	I	2.550	2.251
		II	3.641	3.354
		III	4.269	3.982
	VII	I	5.329	5.036
		II	6.454	6.168
		III	7.987	7.703

CUADRO 4

Tarifas máximas de primeras consultas ambulatorias para Canarias, Ceuta y Melilla

Tipo de Centro	Grupo	Nivel	Tarifas en pesetas	
			Con intervención de Médicos del Centro	Con invervención de Médicos de la Seguridad Social
Hospitales Especiales	I	I	1.050	757
		II	1.330	1.038
		III	1.612	1.320
	II	I	1.377	1.082
		II	1.914	1.600
		III	3.049	2.757
	III	I	1.701	1.406
		II	2.566	2.275
	IV	IA	2.872	2.575
		IB	2.217	1.923
		II	3.138	2.842
		III	3.121	2.828
Hospitales Generales	V	I	2.816	2.523
		II	3.131	2.839
		III	4.163	3.872
	VI	I	2.593	2.289
		II	3.704	3.412
		III	4.342	4.050
	VII	I	5.421	5.123
		II	6.565	6.274
		III	8.126	7.834

2. las consultas sucesivas y revisiones ambulatorias hospitalarias se abonarán al precio que resulte de calcular el 50 por 100 de las primeras consultas según el grupo y nivel del centro hospitalario.

Art. 4.° *Asistencia ambulatoria en centros hospitalarios oncológicos.*–No obstante lo dispuesto en el artículo anterior, a los centros hospitalarios oncológicos se les podrá abonar por cada consulta ambulatoria, primera o sucesivas, revisiones posteriores al primer tratamiento, e intervenciones quirúrgicas ambulatorias, la tarifa fijada para la estancia al grupo y nivel en que el centro esté calificado, siempre y cuando se cumplan todos y cada uno de los siguientes requisitos especificados en la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 31 de mayo de 1988.

Art. 5.° *Tarifas de los servicios especiales ambulatorios para 1989.* Las tarifas vigentes a 31 de diciembre de 1988, para servicios o prestaciones asistenciales en régimen ambulatorio, contemplados en el apartado 10 de la Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad, de 11 de abril de 1980, se incrementarán, en un 5,5 por 100, siempre que no rebasen los siguientes importes:

	Pesetas
1. Tarifas máximas de diálisis para la península e islas Baleares	
1. Por cada sesión de hemodiálisis en centros hospitalarios	13.920
2. Por cada sesión de hemodiálisis en un club de diálisis	13.256
3. Por cada sesión de hemodiálisis en centro satélite, con personal sanitario del INSALUD	10.554
4. Por cada sesión de hemodiálisis en centro satélite, con personal ajeno al INSALUD	12.551
5. Por cada sesión de hemodiálisis domiciliaria con máquina	11.801
6. Por cada día de tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC)	4.379
2. Tarifas máximas de diálisis para Canarias, Ceuta y Melilla	
1. Por cada sesión de hemodiálisis en centros hospitalarios	14.159
2. Por cada sesión de hemodiálisis en un club de diálisis	13.484
3. Por cada sesión de hemodiálisis en centro satélite, con personal sanitario del INSALUD	10.736
4. Por cada sesión de hemodiálisis en centro satélite, con personal ajeno al INSALUD	12.768
5. Por cada sesión de hemodiálisis domiciliaria con máquina	11.433
6. Por cada día de tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC)	4.243
3. Tarifas máximas por servicios especiales ambulatorios para la península e islas Baleares	
A) *Oxigenoterapia a domicilio*	
7. Concentradores	475
8. Por cada día de suministro de oxígeno a domicilio del paciente	409
B) *Radioterapia*	
9. Por cada sesión de radioterapia superficial	823
10. Por cada sesión de radioterapia profunda	1.233
C) *Rehabilitación*	
11. Por cada mes completo de tratamiento en régimen de sesión diaria	8.846
12. Las sesiones sueltas de este tratamiento	354
D) *Fisioterapia o Logopedia*	
13. Por cada mes completo de tratamiento de fisioterapia o logopedia en régimen de sesión diaria	10.418
14. Las sesiones sueltas de este tratamiento	414
E) *Rehabilitación para paralíticos cerebrales*	
Cuando por tratarse de centros especializados y que la Dirección Provincial del Instituto Nacional de la Salud certifique que la calidad asistencial es acreedora como tal, podrán facturar por aquellos pacientes beneficiarios de la Seguridad Social que hayan sido diagnosticados por el servicio hospitalario de referencia.	
15. Por cada mes completo de tratamiento de rehabilitación integral incluyendo: Fisioterapia, logopedia, foniatría, terapia ocupacional, ortopedia y neuropediatría	19.264
16. Las sesiones sueltas de este tratamiento se abonarán a razón de	761
F) *Exploraciones mediante «Tac-Scanner»*	
17. Por cada exploración mediante «Tac-Scanner», bien sea de cráneo o de cuerpo entero, con o sin contraste	20.702
G) *Quimioterapia*	
18. Por cada sesión de quimioterapia	1.181
H) *Litotricia renal extracorpórea*	
19. Por intervención de litofragmentación, mediante la técnica de litotricia extracorpórea por ondas de choque	221.550
4. Tarifas máximas por servicios especiales ambulatorios para Canarias, Ceuta y Melilla	
A) *Oxigenoterapia a domicilio*	
7. Concentradores	475
8. Por cada día de suministro de oxígeno a domicilio del paciente	417
B) *Radioterapia*	
9. Por cada sesión de radioterapia superficial	838
10. Por cada sesión de radioterapia profunda	1.254
C) *Rehabilitación*	
11. Por cada mes completo de tratamiento en régimen de sesión diaria	8.990
12. Las sesiones sueltas de este tratamiento	361
D) *Fisioterapia o logopedia*	
13. Por cada mes completo de tratamiento de fisioterapia o logopedia en régimen de sesión diaria	10.418
14. Las sesiones sueltas de este tratamiento	414
E) *Paralíticos cerebrales*	
15. Por cada mes completo de tratamiento de rehabilitación integral incluyendo: Fisioterapia, logopedia, foniatría, terapia ocupacional, ortopedia y neuro pediatría	19.408
16. Las sesiones sueltas de este tratamiento	767
F) *Exploraciones mediante «Tac-Scanner»*	
17. Por cada exploración mediante «Tac-Scanner», bien sea de cráneo o de cuerpo entero, con o sin contraste	21.057
G) *Quimioterapia*	
18. Por cada sesión de quimioterapia	1.201
H) *Litotricia renal extracorpórea*	
19. Por intervención de litofragmentación, mediante la técnica de litotricia extracorpórea por ondas de choque	221.550

5. En los centros concertados para hospitalización con intervención de los Médicos del Centro, que estén autorizados para realizar trasplantes renales, cuando se practiquen éstos a asegurados o beneficiarios de la Seguridad Social, a solicitud del Instituto Nacional de la Salud y en la forma que lo establezca este Instituto, se abonará al Centro por cada trasplante renal la cantidad de 1.582.500 pesetas.

6. El Instituto Nacional de la Salud abonará por cada sesión de hemodiálisis domiciliaria con máquina, en concepto de compensación de los gastos de agua, electricidad y demás gastos que se produzcan en el domicilio del paciente, la cantidad de 525 pesetas al propio paciente o, en su caso, al representante legal del mismo.

7. Los precios del resto de las pruebas especiales concertadas que no figuren entre las reseñadas en los apartados anteriores se incrementarán en un 5,5 por 100 sobre los precios vigentes a 31 de diciembre de 1988.

Art. 6.° 1. Previa autorización del Secretario general de Asistencia Sanitaria, el Instituto Nacional de la Salud podrá suscribir conciertos singulares con entidades públicas o benéfico-privadas, en orden al

establecimiento de un régimen de funcionamiento programado y plenamente coordinado con el de los Centros sanitarios públicos, en el marco de una planificación sectorial.

2. Las condiciones económicas se establecerán en base a módulos específicos de costes efectivos por día de estancia, urgencias, consultas y demás servicios especiales a concertar, pudiéndose prefijar en el concierto, en su caso, una financiación global anual calculada en función de dichos costes y de los objetivos previstos de prestación de servicios asistenciales, revisable mediante una liquidación final del ejercicio que tenga en cuenta el grado de cumplimiento de dichos objetivos y su valoración según los módulos económicos convenidos.

3. La Dirección General de Programación Económico-Financiera, a propuesta, en su caso, del Instituto Nacional de la Salud, fijará las normas de procedimiento, habilitación presupuestaria y condiciones técnicas y económicas de contratación, así como los requisitos que han de reunir los Centros hospitalarios, objeto del concierto singular.

4. Los mencionados conciertos singulares tendrán una duración máxima de cinco años. Estos conciertos deberán adaptarse a la normativa que con carácter general se promulgue en desarrollo de los preceptos contenidos en la Ley General de Sanidad.

Art. 7.° *Traslado de enfermos.*–1. Las tarifas de los conciertos vigentes a 31 de diciembre de 1988 se incrementarán en un 5,5 por 100 siempre que no rebasen los siguientes precios máximos:

	Pesetas
TARIFAS MÁXIMAS PARA EL SERVICIO DE AMBULANCIAS	
Ambulancias no asistidas	
Servicio interurbano:	
Por cada kilómetro recorrido en carretera	40,74
Servicio urbano:	
Por cada servicio urbano:	
Para poblaciones de más de 2.000.000 de habitantes	1.967
Para poblaciones entre 1.000.000 y 2.000.000 de habitantes	1.862
Para poblaciones entre 500.000 y 1.000.000 de habitantes	1.503
Para poblaciones entre 200.001 y 500.000 habitantes	1.227
Para poblaciones de hasta 200.000 habitantes	868
Transporte en avión ambulancia	
Por cada milla	897
Si el servicio está concertado por trayecto, el precio vigente a 31 de diciembre de 1988 tendrá un aumento del 5,5 por 100.	
Ambulancias asistidas	
Por cada servicio urbano:	
Si el médico y ATS es, según concierto, personal de la Empresa contratada	25.320
Si el médico y ATS es personal del Instituto Nacional de la Salud	20.045
Por cada servicio interurbano:	
Si el médico y ATS es, según concierto, personal de la Empresa contratada, por cada kilómetro recorrido	110,78
Si el médico y ATS es personal del Instituto Nacional de la Salud, por cada kilómetro recorrido	84,40
TARIFAS MÁXIMAS PARA TRANSPORTE COLECTIVO	
Por cada paciente y kilómetro recorrido	19
2. *En Ceuta y Melilla.*	
Además de las tarifas anteriores se abonará:	
1. En concepto de flete por cada traslado a la península	20.800
2. Por cada empleado de la ambulancia que ha de pernoctar en la península	3.536
3. Por cada empleado de la ambulancia que ha de realizar la comida principal del día en la península	1.040
Los puntos 2 y 3 anteriores se abonarán por un máximo de dos empleados en cada traslado.	

Art. 8.° Los precios vigentes al 31 de diciembre de 1988, que en virtud de conciertos válidamente formalizados superasen las tarifas máximas de la presente Orden no sufrirán incremento alguno.

Art. 9.° En las tarifas indicadas en todos y cada uno de los artículos anteriores se considerarán incluidos todos los impuestos, tasas y demás cargas legales.

Art. 10. 1. La aplicación de las tarifas e incrementos fijados por la presente Orden se realizará automáticamente por el Instituto Nacional de la Salud, previa la autorización que proceda de la Dirección General de Programación Económico-Financiera, con efectos desde el día 1 de enero de 1989, por las prestaciones que los Centros concertados hayan realizado o realicen a partir de dicha fecha, siempre que se cumplan previamente los requisitos que se indican en el apartado 2 de este artículo.

2. Para agilizar la aplicación inmediata de esta norma se deberá observar el siguiente procedimiento:

2.1 Los Directores Provinciales del Instituto Nacional de la Salud, en el plazo máximo de un mes, a partir de la fecha de publicación de esta disposición, formularán una «nota diligencia», por cada concierto vigente en su provincia, en la que se haga constar la cuantía del incremento y los nuevos precios resultantes por cada una de las prestaciones o servicios que el Centro o Empresa tenga válidamente concertados, así como la fecha a partir de la cual se adquiere el derecho al incremento. El contenido de esta diligencia será comunicado de forma fehaciente, al representante legal del Centro o Empresa concertada, otorgándole un plazo de veinte días para presentar escrito de conformidad o, en su caso, alegaciones de disconformidad.

2.2 Si transcurrido el plazo indicado no se hubiese producido ningún escrito de alegaciones de disconformidad, el Director Provincial dictará resolución que diligenciará en el contrato, consignando la cuantía del incremento y los nuevos precios resultantes por cada una de las prestaciones o servicios que el Centro o la Empresa tenga concertados así como la fecha a partir de la cual se adquiere el derecho al aumento. Comunicada esta resolución en forma fehaciente al interesado, y sin perjuicio de los recursos que al respecto puedan formularse, se procederá por la Dirección Provincial a efectuar las liquidaciones de atrasos correspondientes y a tramitar las sucesivas facturaciones con las nuevas tarifas.

2.3 La resolución a que se refiere el apartado inmediato anterior se realizará por quintuplicado ejemplar. Un ejemplar permanecerá en la Dirección Provincial, otro se enviará al interesado, los otros restantes se remitirán a la Dirección General de Programación Económico-Financiera (Subdirección General de Conciertos), Intervención General de la Seguridad Social y Tesorería General de la Seguridad Social.

2.4 En caso de producirse escrito de alegaciones de disconformidad en el trámite a que se refiere el apartado 2.1 de este artículo, se elevará el expediente a la Dirección General de Programación Económico-Financiera (Subdirección General de Conciertos), para la resolución que proceda.

Art. 11. Los Servicios de Inspección del Instituto Nacional de la Salud velarán por el correcto cumplimiento de las obligaciones de los Centros, servicios y Empresas concertadas y en particular de los que se refieren al tratamiento adecuado a los usuarios de la Seguridad Social.

Art. 12. La revisión de las condiciones económicas de los conciertos de años anteriores a 1989, que por diversos motivos aún están pendientes de efectuarse, de acuerdo con las órdenes de revisiones de tarifas aplicables, se efectuará por el procedimiento establecido en el artículo 10 de la Orden del Ministerio de Sanidad y Consumo de 31 de mayo de 1988 («Boletín Oficial del Estado» de 8 de junio).

Art. 13. Los Centros concertados deberán remitir relación en la que se deberá incluir todo el personal (asistencial, directivo, asesor o de apoyo) que presta servicios en el Centro. A estos efectos el Director Provincial del Instituto Nacional de la Salud requerirá de cada Centro concertado la mencionada relación otorgando un plazo para su remisión.

DISPOSICION TRANSITORIA

Para el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 10 de la presente Orden se delegan en los Directores Provinciales del Insalud la facultad de resolver los expedientes de revisión de tarifas en los términos que se establecen en la presente Orden, modificándose en consecuencia el artículo 4.° de la Orden de 23 de diciembre de 1986.

DISPOSICIONES FINALES

Primera.–Por la Dirección General de Programación Económico-Financiera se establecerán las instrucciones para la aplicación de la presente Orden.

Segunda.–Esta Orden entrará en vigor el día siguiente a su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 12 de mayo de 1989.

GARCIA VARGAS

Ilmos. Sres. Secretario general de Asistencia Sanitaria, Director general de Programación Económico-Financiera, Director general del Instituto General de la Salud e Interventor general de la Seguridad Social.