

## I. DISPOSICIONES GENERALES

### MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

**15243** *Orden SSI/2687/2012, de 17 de diciembre, por la 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.*

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. Su gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, regula en su artículo 28 los servicios de referencia, estableciendo que en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud se acordará su designación, el número necesario de éstos y su ubicación estratégica, con un enfoque de planificación de conjunto, para la atención a aquellas patologías que precisen una concentración de recursos diagnósticos y terapéuticos a fin de garantizar la calidad, la seguridad y la eficiencia asistenciales. La atención en un servicio de referencia se financiará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria.

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 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, Servicios Sociales e Igualdad. En el caso de la asistencia prestada en centros, servicios o unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud (en adelante CSUR) designados en 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 CSUR.

Dicho real decreto establece que serán incorporadas como anexo al mismo las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos por los CSUR que hayan de ser objeto de compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, recogiendo en cada caso la cuantía del coste financiado.

Asimismo, señala que 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 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 Sistema Nacional de Salud de los criterios utilizados; siendo estos los principales objetivos de esta orden.

Por otro lado, el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 9, señala asimismo, que el Fondo de cohesión sanitaria financiará la asistencia sanitaria derivada entre comunidades autónomas a un CSUR, y que dicha financiación se aplicará únicamente para las patologías o las técnicas, tecnologías y procedimientos diagnósticos o terapéuticos para los que dicho centro, servicio o unidad ha sido designado de referencia y en las condiciones y cuantías que se recogen en el correspondiente anexo del real decreto que regula el Fondo de cohesión sanitaria.

Tras el correspondiente acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la incorporación de grupos de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos como anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se ha llevado a cabo por 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, y 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.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha continuado acordando grupos de patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia. Estas nuevas patologías y procedimientos para los que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud, acordados por el Consejo Interterritorial, son los que se incorporan, mediante esta orden, al anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, así como la cuantía del coste a financiar en cada caso.

En este sentido, esta orden modifica las anteriores al considerar que la cuantía del coste a financiar en cada caso será la correspondiente al Grupo Relacionado con el Diagnóstico (en adelante GRD) resultante del episodio realizado en un CSUR, de acuerdo con el listado de GRD recogido en el apartado B del anexo III de esta orden.

Conforme el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud vaya acordando nuevas patologías o procedimientos para los que es preciso designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud o excluir alguno de los acordados, se seguirá actualizando el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, y, en caso necesario, el I y el II. De hecho, en el nuevo anexo I que regula esta orden, se han eliminado aquellos GRD cuya atención se realiza actualmente por CSUR o bien corresponden a procesos de las áreas en las que ya se han designado CSUR.

El desarrollo del anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, hace necesaria la revisión de los procesos del anexo I incluidos en el real decreto, tal como se recoge en el artículo 9.3, donde se establece que en la medida en que se vayan designando CSUR en los términos establecidos por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, 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.

Asimismo y en lo que se refiere al coste compensable, tal como se establece en los artículos 7.2 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se han recogido en los anexos I, II y III los últimos datos disponibles actualizando su valor en euros a 2012, en la forma en que se fija en dichos artículos.

En la elaboración de esta norma ha informado preceptivamente el Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, y la Comisión Interministerial para el estudio de los asuntos con trascendencia presupuestaria para el equilibrio financiero del Sistema Nacional de Salud o implicaciones económicas significativas.

Asimismo ha emitido informe preceptivo el Consejo de Consumidores y Usuarios, han sido oídos los distintos sectores afectados y consultadas las comunidades autónomas y las ciudades de Ceuta y Melilla.

Esta orden se dicta en uso de la habilitación contenida en la disposición final segunda y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6.3, 7.2, 9.2, 9.3 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

En su virtud, dispongo:

**Artículo único.** *Modificación de 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.*

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, queda modificado en los siguientes términos:

- Uno. Se modifica el anexo I que queda sustituido por el anexo I de esta orden.  
 Dos. Se modifica el anexo II que queda sustituido por el anexo II de esta orden.  
 Tres. Se modifica el anexo III que queda sustituido por el anexo III de esta orden.

Disposición transitoria única. *Patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos pendientes de designación de centros, servicios o unidades de referencia.*

En tanto no se designen centros, servicios o unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud para la atención o realización de las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se continuará compensando esta actividad por los conceptos e importes recogidos en el anexo III a todos los centros que las realicen. Una vez designados CSUR para una patología, técnica, tecnología o procedimiento, sólo se financiará la actividad remitida a aquellos centros, servicios o unidades que hayan sido designados de referencia para la misma.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Queda derogada 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, y la Orden SAS/3351/2009, de 10 de diciembre, por la que se actualiza el anexo III del Real Decreto 1207/2006, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en esta orden.

Disposición final única. *Entrada en vigor.*

Esta orden entrará en vigor el mismo día de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado». Lo dispuesto en esta orden se aplicará por primera vez en la liquidación del Fondo de cohesión del año 2012, que corresponde a la actividad registrada en el Sistema de Información del Fondo de cohesión (SIFCO) en el año 2011.

Madrid, 17 de diciembre de 2012.–La Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ana Mato Adrover.

## ANEXO I

### Procesos con hospitalización

*En euros 2012*

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
1	Craneotomía edad>17 con CC.	18.112	14.490
2	Craneotomía edad>17 sin CC.	13.277	10.622
7	Proced. sobre n. craneales y periféricos y otros pq s.nervioso con CC.	9.415	7.532
8	Proced. sobre n. craneales y periféricos y otros pq s.nervioso sin CC.	5.863	4.690
10	Neoplasias de sistema nervioso con CC.	4.732	3.786
11	Neoplasias de sistema nervioso sin CC.	4.218	3.374
37	Procedimientos sobre órbita.	6.073	4.858
41	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad<18.	2.147	1.718
48	Otros trastornos del ojo edad<18.	1.359	1.087
49	Proced. mayores de cabeza y cuello excepto por neoplasia maligna.	6.196	4.957
52	Reparación de hendidura labial y paladar.	4.562	3.650

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
63	Otros procedimientos quirúrgicos sobre oído, nariz, boca y garganta.	5.187	4.150
75	Procedimientos torácicos mayores.	9.128	7.302
76	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato respiratorio con CC.	8.041	6.433
77	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato respiratorio sin CC.	5.712	4.570
103	Trasplante cardiaco o implantación de sistema de asistencia cardiaca, excepto trasplante cardiaco infantil.	60.854	48.683
104	Proc. sobre valv. cardiacas y otros proc. cardiorrácicos mayores con cat. cardiaco.	27.527	22.022
105	Proc. sobre valv. cardiacas y otros proc. cardiorrácicos mayores sin cat. cardiaco.	21.839	17.471
106	Bypass coronario con actp.	32.710	26.168
107	Bypass coronario sin actp y con cateterismo cardiaco.	24.635	19.708
109	Bypass coronario sin actp sin cateterismo cardiaco.	18.543	14.834
110	Procedimientos cardiovasculares mayores con CC.	14.096	11.277
111	Procedimientos cardiovasculares mayores sin CC.	11.611	9.289
112	Procedimientos cardiovasculares percutaneos, sin iam, insuficiencia cardiaca o shock.	4.771	3.817
115	Implant. marcapasos card. perm. con iam, f. cardiaco, shock, desfib. o sust. generador.	9.713	7.770
120	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato circulatorio.	9.620	7.696
121	Trast. circulatorios con iam y compl. mayores, alta con vida.	6.395	5.116
124	Trast. circulatorios excepto iam, con cateterismo y diag. complejo.	5.346	4.277
156	Procedimientos sobre estómago, esófago y duodeno edad <18.	3.772	3.018
168	Procedimientos sobre boca con CC.	4.470	3.576
169	Procedimientos sobre boca sin CC.	3.354	2.683
191	Procedimientos sobre pancreas, higado y derivación con CC.	13.710	10.968
192	Procedimientos sobre pancreas, higado y derivación sin CC.	11.184	8.947
199	Procedimiento diagnóstico hepatobiliar por neoplasia maligna.	10.130	8.104
200	Procedimiento diagnóstico hepatobiliar excepto por neoplasia maligna.	7.270	5.816
212	Proc. de cadera y femur excepto articulación mayor edad<18.	6.785	5.428
213	Amputacion por trastornos musculoesqueléticos y tejido conectivo.	10.966	8.773
216	Biopsias de sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	5.871	4.697
233	Otros proc.quirurgicos de s.musculoesquelético y t.conectivo con CC.	8.334	6.667
234	Otros proc.quirurgicos de s.musculoesquelético y t.conectivo sin CC.	6.020	4.816
265	Injerto piel y/o desbrid. excepto por úlcera cutánea, celulitis con CC.	8.636	6.909
266	Injerto piel y/o desbrid. excepto por úlcera cutánea, celulitis sin CC.	5.943	4.754
286	Procedimientos sobre suprarrenales y hipófisis.	8.898	7.118
288	Procedimientos gástricos para obesidad.	8.379	6.703
289	Procedimientos sobre paratiroides.	4.461	3.569
292	Otros procedimientos quirúrgicos endocr., nutric. y metab. con CC.	9.999	7.999
293	Otros procedimientos quirúrgicos endocr., nutric. y metab. sin CC.	6.600	5.280

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
299	Errores innatos del metabolismo.	2.456	1.965
302	Trasplante renal, excepto trasplante renal infantil y trasplante renal cruzado.	35.913	28.730
304	Proc. s. riñón, ureter y proc. mayores s. vejiga por p. no neoplásico con cc.	8.525	6.820
305	Proc. s. riñón, uréter y proc. mayores s. vejiga por p. no neoplásico sin cc.	7.197	5.758
314	Procedimientos sobre uretra, edad <18.	3.903	3.122
330	Estenosis uretral edad <18.	3.588	2.870
333	Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario edad <18.	2.346	1.877
344	Otros proc. quirúrgicos de ap. genital masc. para neoplasia maligna.	3.766	3.013
357	Proc. sobre utero y anejos por neoplasia maligna de ovario o anejos.	8.407	6.726
393	Esplenectomía edad <18.	7.475	5.980
401	Linfoma y leucemia no aguda con otros proc.quirúrgicos con CC.	10.323	8.258
402	Linfoma y leucemia no aguda con otros proc.quirúrgicos sin CC.	6.564	5.251
403	Linfoma y leucemia no aguda con CC.	6.055	4.844
404	Linfoma y leucemia no aguda sin CC.	4.246	3.397
406	Trast. mieloproliferativo o neo. mal difer. con proc. quirúrgico mayor con CC.	13.186	10.549
407	Trast. mieloproliferativo o neo. mal difer. con proc. quirúrgico mayor sin CC.	9.610	7.688
409	Radioterapia.	3.740	2.992
410	Quimioterapia.	3.259	2.607
424	Proc. quirúrgico con diagnóstico principal de enfermedad mental.	12.555	10.044
439	Injerto Cutáneo por lesión traumática.	9.213	7.370
471	Proc. mayores sobre articulación m. inferior, bilateral o múltiple.	20.046	16.037
478	Otros procedimientos vasculares con CC.	8.234	6.587
479	Otros procedimientos vasculares sin CC.	5.664	4.531
480	Trasplante hepático, excepto trasplante hepático infantil y trasplante hepático de vivo adulto.	72.604	58.083
482	Traqueostomía con trastornos de boca, laringe o faringe.	18.861	15.089
491	Procedimientos mayores reimplantación articulación y miembro extr. superior.	7.792	6.234
530	Craneotomía con CC mayor.	28.029	22.423
531	Procedimientos sistema nervioso excepto craneotomía con CC mayor.	16.351	13.081
536	Procedimientos orl y bucales excepto proc. mayores cabeza y cuello con cc mayor.	9.343	7.474
538	Procedimientos torácicos mayores con CC mayor.	17.876	14.301
539	Procedimientos respiratorios excepto proc. torácicos mayores con CC mayor.	14.278	11.422
540	Infecciones y inflamaciones respiratorias excepto neumonía simple con CC mayor.	7.651	6.121
541	Neumonía simple y otros trast. respiratorios exc. bronquitis y asma con CC mayor.	5.283	4.226
545	Procedimiento valvular cardiaco con CC mayor.	37.759	30.207
546	Bypass coronario con CC mayor.	31.098	24.878
547	Otros procedimientos cardiorrespiratorios con CC mayor.	32.408	25.926
548	Implantación o revisión de marcapasos cardiaco con CC mayor.	10.578	8.462

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
549	Procedimientos cardiovasculares mayores con CC mayor.	22.192	17.754
555	Proc. páncreas, hígado y otros vía biliar exc. traspl. hepático con CC mayor.	25.880	20.704
556	Colecistectomía y otros procedimientos hepatobiliares con CC mayor.	12.963	10.370
561	Osteomielitis, artritis séptica y trast.t.conect. con CC mayor.	9.382	7.506
565	Procedimientos endocr., nutric. y metab. exc. amputación m. inf. con CC mayor.	13.294	10.635
567	Procedimientos riñón y tracto urinario excepto trasplante renal con CC mayor.	14.455	11.564
575	Procedimientos s. sangre, órganos hemopoyéticos y inmunológicos con CC mayor.	15.168	12.134
576	Leucemia aguda con CC mayor.	24.604	19.683
577	Trast. mieloproliferativo y neo. mal diferenciada con CC mayor.	12.402	9.922
578	Linfoma y leucemia no aguda con CC mayor.	11.852	9.482
579	Procedimientos para linfoma, leucemia y trast. mieloproliferativo con CC mayor.	25.625	20.500
581	Procedimientos para infecciones y parasitosis sistémicas con CC mayor.	22.300	17.840
583	Procedimientos para lesiones excepto trauma múltiple con CC mayor.	18.262	14.610
585	Procedimiento mayor estómago, esófago, duodeno, i. delgado y grueso con CC mayor.	21.074	16.859
587	Trastornos orales y bucales con cc mayor, edad < 18.	3.807	3.046
602	Neonato, peso al nacer <750 g, alta con vida.	62.692	50.154
603	Neonato, peso al nacer <750 g, exitus.	10.306	8.245
604	Neonato, peso al nacer 750-999 g, alta con vida.	49.776	39.821
605	Neonato, peso al nacer 750-999 g, exitus.	12.137	9.710
606	Neonato, peso al nacer 1.000-1.499 g, con p. quirúrgico signif., alta con vida.	61.118	48.894
607	Neonato, peso al nacer 1.000-1.499 g, sin p. quirúrgico signif., alta con vida.	24.642	19.714
608	Neonato, peso al nacer 1.000-1.499 g, exitus.	21.939	17.551
609	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, con p. quir. signif., con mult. prob. mayores.	50.503	40.402
610	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, con p. quir. signif., sin mult. prob. mayores.	11.503	9.202
611	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, sin p. quir. signif., con mult. prob. mayores o vent. mec. + 96 hrs.	17.089	13.671
612	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, sin p. quir. signif., sin mult. prob. mayores.	11.816	9.453
613	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, sin p. quir. signif., con problemas menores.	10.788	8.630
615	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, con p. quir. signif., con mult. prob. mayores.	64.548	51.638
616	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, con p. quir. signif., sin mult. prob. mayores.	19.774	15.819
617	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, sin p. quir. signif., con mult. prob. mayores o vent. mec. + 96 hrs.	9.588	7.670
618	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, sin p. quir. signif., con problemas mayores.	5.772	4.618
619	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, sin p. quir. signif., con problemas menores.	5.586	4.469

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
622	Neonato, peso al nacer >2.499 g, con p. quir. signif., con mult. prob. mayores.	29.470	23.576
623	Neonato, peso al nacer >2.499 g, con p. quir. signif., sin mult. prob. mayores.	10.322	8.258
624	Neonato, peso al nacer >2.499 g, con procedimiento abdominal menor.	5.075	4.060
626	Neonato, peso al nacer >2.499 g, sin p. quir. signif., con mult. prob. mayores o vent. mec. + 96 hrs.	7.188	5.750
631	Displasia broncopulm. y otras enf. respiratorias crónicas con origen en periodo perinatal.	4.342	3.474
633	Otras anomalías congénitas, múltiples y no especificadas, con CC.	10.867	8.694
634	Otras anomalías congénitas, múltiples y no especificadas, sin CC.	10.867	8.694
641	Neonato, peso al nacer >2499 g, con oxigenación membrana extracorpórea.	58.442	46.754
701	Hiv con proced. quirúrgico y ventilación mecánica o soporte alimenticio.	32.597	26.078
703	Hiv con proced. quirúrgico con diagnóstico relacionado mayor.	19.885	15.908
704	Hiv con proced. quirúrgico sin diagnóstico relacionado mayor.	10.275	8.220
707	Hiv con ventilación mecánica o soporte alimenticio.	21.971	17.577
709	Hiv con diag. mayores relacionados con diag. mayores mult. o signif. con tbc.	11.485	9.188
710	Hiv con diag. mayores relacionados con diag. mayores mult. o signif. sin tbc.	9.398	7.518
730	Craneotomía para trauma múltiple significativo.	24.208	19.366
732	Otros procedimientos quirúrgicos para trauma múltiple significativo.	18.667	14.934
733	Diagnosticos de trauma múltiple significativo cabeza, torax y m. inferior.	9.040	7.232
740	Fibrosis quística.	7.508	6.006
753	Rehabilitación para trastorno compulsivo nutricional.	14.113	11.290
755	Fusión vertebral excepto cervical con CC.	15.962	12.770
756	Fusión vertebral excepto cervical sin CC.	11.787	9.430
759	Implantes cocleares multicanal.	1.309	1.047
760	Hemofilia, factores viii y ix.	7.505	6.004
761	Estupor y coma traumáticos, coma > 1 h.	6.420	5.136
780	Leucemia aguda sin procedimiento quirúrgico mayor edad <18 con CC.	13.533	10.826
781	Leucemia aguda sin procedimiento quirúrgico mayor edad <18 sin CC.	6.528	5.222
782	Leucemia aguda sin procedimiento quirúrgico mayor edad >17 con CC.	12.789	10.231
783	Leucemia aguda sin procedimiento quirúrgico mayor edad >17 sin CC.	5.289	4.231
785	Otros trastornos de los hematíes edad<18.	1.750	1.400
786	Procedimientos mayores sobre cabeza y cuello por neoplasia maligna.	15.063	12.050
792	Craneotomía por trauma multiple signif. con CC mayor no traumática.	40.404	32.323
793	Proc. por trauma múltiple signif. exc. craneotomía con CC mayor no traumática.	42.407	33.926
794	Diagnostico de trauma múltiple significativo con CC mayor no traumática.	17.468	13.974

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
796	Revascularizacion extremidad inferior con CC.	15.966	12.773
797	Revascularizacion extremidad inferior sin CC.	12.463	9.970
798	Tuberculosis con procedimiento quirúrgico.	13.269	10.615
803	Trasplante de médula ósea alogénico, excepto trasplante de progenitores hematopoyéticos alogénico infantil.	48.550	38.840
804	Trasplante de médula ósea autólogo.	28.398	22.718
806	Fusion vertebral anterior/posterior combinada con CC.	31.014	24.811
807	Fusion vertebral anterior/posterior combinada sin CC.	18.159	14.527
808	Proced. cardiovasc. percutáneos con ima, fallo cardiaco o shock.	7.396	5.917
811	Otro implante de sistema de asistencia cardiaca.	19.371	15.497
819	Creacion, revisión o retirada de dispositivo de acceso renal.	5.732	4.586
833	Procedimientos vasculares intracraneales con diag. princ. de hemorragia.	30.804	24.643
836	Procedimientos espinales con CC.	19.819	15.855
837	Procedimientos espinales sin CC.	10.084	8.067
838	Procedimientos extracraneales con CC.	9.453	7.562
839	Procedimientos extracraneales sin CC.	8.667	6.934
849	Implante de desfibrilador con cateterismo cardiaco, con iam, fallo cardiaco o shock.	19.359	15.487
850	Implante de desfibrilador con cateterismo cardiaco, sin iam, fallo cardiaco o shock.	16.292	13.034
851	Implante de desfibrilador sin cateterismo cardiaco.	10.499	8.399
852	Procedimiento cardiovascular percutáneo con stent no liberador de fármaco, sin iam.	4.592	3.674
853	Procedimiento cardiovascular percutáneo con stent liberador de fármaco, con iam.	7.853	6.282
854	Procedimiento cardiovascular percutáneo con stent liberador de fármaco, sin iam.	5.025	4.020
864	Fusion vertebral cervical sin CC.	11.946	9.557
865	Fusion vertebral cervical con CC.	8.038	6.430
874	Linfoma y leucemia con proc. quirúrgico mayor, con CC.	11.337	9.070
875	Linfoma y leucemia con proc. quirúrgico mayor, sin CC.	7.087	5.670
876	Quimioterapia con leucemia aguda como dxs o con uso de altas dosis de agente quimioterapia.	4.659	3.727
877	Oxig. memb. extrac. o traqueostomía con vent. mec. + 96 hrs o sin diag. princ. trast. orl con proc. quir. mayor.	73.648	58.918
878	Traqueostomía con vent. mec. + 96 hrs o sin diag. princ. trastornos orl sin proc. quir. mayor.	51.454	41.163
879	Craneotomía con implant. sust. antineoplásica o diag. principal de sist. nerv. central agudo complejo.	20.700	16.560
881	Diagnóstico de sistema respiratorio con ventilación mecánica + 96 hrs.	22.607	18.086
882	Diagnóstico de sistema respiratorio con ventilación mecánica < 96 hrs.	9.964	7.971
884	Fusión espinal excepto cervical con curvatura de columna o malignidad.	19.393	15.514

## ANEXO II

## Procedimientos ambulatorio

En euros 2012

Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
1	Ablación cardiaca.	6.163	4.930
2	Biopsia cerebral.	171	137
3	Diagnóstico prenatal con amniocentesis o biopsia corial.	468	374
4	Braquiterapia oftálmica.	9.416	7.533
5	Braquiterapia prostática.	13.524	10.819
6	Braquiterapia en otras localizaciones.	742	594
7	Cápsuloendoscopia.	1.084	867
8	Cateterismo hepático diagnóstico y terapéutico.	2.340	1.872
9	Embolización.	5.136	4.109
10	Estudios genéticos.	331	265
11	Fecundación in vitro (ciclos completos).	3.538	2.830
12	Gammagrafía y estudios isotópicos funcionales.	285	228
13	Inseminación artificial.	799	639
14	Inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI).	1.370	1.096
15	Litotricia renal extracorpórea.	1.027	822
16	Nefrolitotomía percutánea.	377	302
17	PET en indicaciones oncológicas.	799	639
18	Polisomnografía.	457	366
19	Hemodinamia cardiaca diagnóstica y terapéutica.	3.766	3.013
20	Hospital de día oncológico.	1.598	1.278
21	Radiocirugía estereotáxica para tumores cerebrales y neuralgia del trigémino.	8.503	6.802
22	Radiocirugía estereotáxica de malformaciones arteriovenosas.	10.500	8.400
23	Radiología vascular e intervencionista diagnóstica y terapéutica.	1.255	1.004
24	Radioterapia (tratamiento completo).	2.454	1.963
25	Terapia fotodinámica.	1.974	1.579
26	Tratamiento cámara hiperbárica.	2.511	2.009
27	Angiografía diagnóstica.	1.027	822
28	Laserterapia en malformaciones vasculares congénitas.	183	146
29	Manometría rectal.	57	46
30	Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con inserción de stent.	742	594
31	Diálisis.	177	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).

Código	Descripción
5	Tumores extraoculares en la infancia (rabdomyosarcoma).
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.
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.

**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**

*En euros 2012*

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
1	Craneotomía edad >17 con CC.	18.112	14.490
2	Craneotomía edad >17 sin CC.	13.277	10.622
7	Proced. sobre n.craneales y periféricos y otros pq s.nervioso con CC.	9.415	7.532
8	Proced. sobre n.craneales y periféricos y otros pq s.nervioso sin CC.	5.863	4.690
9	Trastornos y lesiones espinales.	11.363	9.090
10	Neoplasias de sistema nervioso con CC.	4.732	3.786
11	Neoplasias de sistema nervioso sin CC.	4.218	3.374
12	Trastornos degenerativos de sistema nervioso.	3.569	2.855
13	Esclerosis múltiple y ataxia cerebelosa.	2.638	2.110
23	Estupor y coma no traumáticos.	3.358	2.686
34	Otros trastornos del sistema nervioso con CC.	3.747	2.998
35	Otros trastornos del sistema nervioso sin CC.	2.446	1.957
36	Procedimientos sobre retina.	3.673	2.938
37	Procedimientos sobre órbita.	6.073	4.858
38	Procedimientos primarios sobre iris.	2.498	1.998
39	Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía.	1.665	1.332
40	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad >17.	3.170	2.536
41	Procedimientos extraoculares excepto órbita edad <18.	2.147	1.718
42	Procedimientos intraoculares excepto retina, iris y cristalino.	3.794	3.035
43	Hipema.	1.912	1.530
44	Infecciones agudas mayores de ojo.	2.502	2.002
45	Trastornos neurológicos del ojo.	2.789	2.231
46	Otros trastornos del ojo edad >17 con CC.	2.994	2.395
47	Otros trastornos del ojo edad >17 sin CC.	2.094	1.675
48	Otros trastornos del ojo edad <18.	1.359	1.087
49	Proced. mayores de cabeza y cuello excepto por neoplasia maligna.	6.196	4.957
55	Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta.	3.240	2.592
74	Otros diagnósticos de oído, nariz, boca y garganta edad <18.	1.176	941
75	Procedimientos torácicos mayores.	9.128	7.302
76	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato respiratorio con CC.	8.041	6.433
77	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato respiratorio sin CC.	5.712	4.570
103	Trasplante cardiaco o implantación de sistema de asistencia cardiaca.	60.854	48.683
104	Proc. sobre valv. cardiacas y otros proc. cardiorácicos mayores con cat. cardiaco.	27.527	22.022
105	Proc. sobre valv. cardiacas y otros proc. cardiorácicos mayores sin cat. cardiaco.	21.839	17.471
108	Otros procedimientos cardiorácicos.	16.766	13.413
110	Procedimientos cardiovasculares mayores con CC.	14.096	11.277
111	Procedimientos cardiovasculares mayores sin CC.	11.611	9.289
112	Procedimientos cardiovasculares percutáneos, sin iam, insuficiencia cardiaca o shock.	4.771	3.817
115	Implant. marcapasos card. perm. con iam, f. cardiaco, shock, desfib. o sust. generador.	9.713	7.770
116	Otras implantaciones de marcapasos cardiaco permanente.	5.792	4.634

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
117	Revisión de marcapasos cardiaco excepto sustitución de generador.	4.395	3.516
118	Revisión de marcapasos cardiaco sustitución de generador.	3.987	3.190
120	Otros procedimientos quirúrgicos de aparato circulatorio.	9.620	7.696
124	Trast. circulatorios excepto iam, con cateterismo y diag. complejo.	5.346	4.277
125	Trast. circulatorios excepto iam, con cateterismo sin diag. complejo.	3.400	2.720
126	Endocarditis aguda y subaguda.	13.900	11.120
127	Insuficiencia cardiaca y shock.	3.633	2.906
135	Trastornos cardiacos congenitos y valvulares edad >17 con CC.	4.026	3.221
136	Trastornos cardiacos congénitos y valvulares edad >17 Sin CC.	2.703	2.162
137	Trastornos cardiacos congénitos y valvulares edad <18.	2.393	1.914
138	Arritmias cardiacas y trastornos de conducción con CC.	3.054	2.443
139	Arritmias cardiacas y trastornos de conducción sin CC.	2.035	1.628
144	Otros diagnósticos de aparato circulatorio con CC.	3.953	3.162
145	Otros diagnosticos de aparato circulatorio sin CC.	2.656	2.125
191	Procedimientos sobre páncreas, hígado y derivación con CC.	13.710	10.968
192	Procedimientos sobre páncreas, hígado y derivación sin CC.	11.184	8.947
201	Otros procedimientos quirúrgicos hepatobiliares o de páncreas.	10.553	8.442
203	Neoplasia maligna de sistema hepatobiliar o de páncreas.	4.487	3.590
204	Trastornos de páncreas excepto neoplasia maligna.	3.339	2.671
205	Trastornos de hígado exc. n.maligna, cirrosis, hepatitis alcohólica con CC.	3.687	2.950
206	Trastornos de hígado exc. n.maligna, cirrosis, hepatitis alcohólica sin CC.	2.478	1.982
207	Trastornos del tracto biliar con CC.	4.090	3.272
208	Trastornos del tracto biliar sin CC.	2.680	2.144
209	Sustitucion articulación mayor excepto cadera y reimplante miembro inferior, excepto por cc.	6.746	5.397
210	Proc. de cadera y fémur excepto articulación mayor edad >17 con CC.	9.139	7.311
211	Proc. de cadera y fémur excepto articulación mayor edad >17 sin CC.	8.076	6.461
212	Proc. de cadera y fémur excepto articulación mayor edad <18.	6.785	5.428
213	Amputacion por trastornos musculoesqueléticos y tejido conectivo.	10.966	8.773
216	Biopsias de sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	5.871	4.697
217	Desbrid.her.y inj. piel exc. her. abierta por trast. mus. esq.y t. conec.exc.mano.	13.902	11.122
218	Proc. extr. inferior y humero exc. cadera, pie, fémur edad >17 con CC.	8.748	6.998
219	Proc. extr.inferior y húmero exc. cadera, pie, fémur edad >17 sin CC.	6.029	4.823
220	Procedimientos extr.inferior y humero exc. cadera, pie, fémur edad <18.	3.753	3.002
221	Procedimientos sobre la rodilla con CC.	5.083	4.066
222	Procedimientos sobre la rodilla sin CC.	3.483	2.786
223	Proc. mayores hombro/codo, u otros procedimientos extr. superior con CC.	4.186	3.349
224	Proc. hombro, codo o antebrazo, exc. proc.mayor de articulación sin CC.	4.088	3.270
225	Procedimientos sobre el pie.	3.650	2.920
226	Procedimientos sobre tejidos blandos con CC.	6.770	5.416
227	Procedimientos sobre tejidos blandos sin CC.	3.648	2.918

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
228	Proc. mayor sobre pulgar o articulación, u otros proc. s. mano o muñeca con CC.	4.042	3.234
229	Proc. sobre mano o muñeca, excepto proc.mayores s.articulación sin CC.	2.942	2.354
230	Excisión local y eliminacion disp. fijación interna de cadera y fémur.	4.309	3.447
232	Artroscopia.	3.120	2.496
233	Otros proc.quirúrgicos de s. musculoesquelético y t.conectivo con CC.	8.334	6.667
234	Otros proc.quirúrgicos de s. musculoesquelético y t. conectivo sin CC.	6.020	4.816
236	Fracturas de cadera y pelvis.	2.840	2.272
237	Esguince, desgarro y luxación de cadera, pelvis y muslo.	2.903	2.322
238	Osteomielitis.	5.337	4.270
239	Fracturas patológicas y neoplasia maligna musculoesquelética y t. conectivo.	4.163	3.330
240	Trastornos de t. conectivo con CC.	4.308	3.446
241	Trastornos de t. conectivo sin CC.	2.831	2.265
242	Artritis séptica.	4.242	3.394
243	Problemas médicos de la espalda.	2.864	2.291
244	Enfermedades óseas y artropatías específicas con CC.	2.740	2.192
245	Enfermedades óseas y artropatías específicas sin CC.	1.705	1.364
246	Artropatias no específicas.	2.428	1.942
249	Malfuncion, reacción o compl. de dispositivo ortopédico.	3.270	2.616
256	Otros diagnósticos de sistema musculoesquelético y tejido conectivo.	2.378	1.902
263	Injerto piel y/o desbrid. por úlcera cutánea, celulitis con CC.	11.129	8.903
264	Injerto piel y/o desbrid. por úlcera cutánea, celulitis sin CC.	6.027	4.822
265	Injerto piel y/o desbrid. excepto por úlcera cutánea, celulitis con CC.	8.636	6.909
266	Injerto piel y/o desbrid. excepto por úlcera cutánea, celulitis sin CC.	5.943	4.754
268	Procedimientos plásticos sobre piel, t.subcutáneo y mama.	5.973	4.778
269	Otros procedimientos sobre piel, t.subcutáneo y mama con CC.	6.020	4.816
270	Otros procedimientos sobre piel, t.subcutáneo y mama sin CC.	2.990	2.392
271	Úlceras cutáneas.	5.124	4.099
272	Trastornos mayores de piel con CC.	3.928	3.142
273	Trastornos mayores de piel sin CC.	2.590	2.072
285	Amputacion m. inferior por trast. endocrinos, nutricionales y metabólicos.	11.908	9.526
286	Procedimientos sobre suprarrenales y hipófisis.	8.898	7.118
287	Injerto de piel y desbridamiento herida por trast. endocr., nutr. y metab.	8.838	7.070
292	Otros procedimientos quirúrgicos endocr., nutric. y metab. con CC.	9.999	7.999
293	Otros procedimientos quirurgicos endocr., nutric. y metab. sin CC.	6.600	5.280
296	Trastornos nutricionales y metabolicos miscelaneos edad >17 con CC.	3.057	2.446
297	Trastornos nutricionales y metabólicos misceláneos edad >17 sin CC.	2.167	1.734
298	Trastornos nutricionales y metabólicos misceláneos edad <18.	1.075	860
299	Errores innatos del metabolismo.	2.456	1.965
300	Trastornos endocrinos con CC.	3.905	3.124
301	Trastornos endocrinos sin CC.	1.908	1.526
302	Trasplante renal.	35.913	28.730
304	Proc. s. riñón y uréter por procedimiento no neoplásico con CC.	8.525	6.820

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
305	Proc. s. riñon y ureter por procedimiento no neoplásico sin CC.	7.197	5.758
308	Procedimientos menores sobre vejiga con CC.	5.586	4.469
309	Procedimientos menores sobre vejiga sin CC.	3.575	2.860
331	Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario edad >17 con CC.	3.789	3.031
332	Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario edad >17 sin CC.	2.277	1.822
333	Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario edad <18.	2.346	1.877
346	Neoplasia maligna, aparato genital masculino, con CC.	3.996	3.197
347	Neoplasia maligna, aparato genital masculino, sin CC.	1.948	1.558
353	Evisceracion pélvica, histerectomía radical y vulvectomía radical.	8.833	7.066
356	Proc. de reconstruccion aparato genital femenino.	4.338	3.470
357	Proc. sobre útero y anejos por neoplasia maligna de ovario o anejos.	8.407	6.726
358	Proc. sobre útero y anejos por ca.in situ y proceso no maligno con CC.	5.823	4.658
359	Proc. sobre útero y anejos por ca.in situ y proceso no maligno sin CC.	4.498	3.598
361	Laparoscopia o interrupción tubárica incisional.	4.077	3.262
365	Otros proc. quirúrgicos de ap.genital femenino.	6.072	4.858
366	Neoplasia maligna, aparato genital femenino, con CC.	4.488	3.590
367	Neoplasia maligna, aparato genital femenino, sin CC.	2.009	1.607
401	Linfoma y leucemia no aguda con otros proc. quirúrgicos con CC.	10.323	8.258
402	Linfoma y leucemia no aguda con otros proc. quirúrgicos sin CC.	6.564	5.251
403	Linfoma y leucemia no aguda con CC.	6.055	4.844
404	Linfoma y leucemia no aguda sin CC.	4.246	3.397
406	Trast. mieloproliferativo o neo. mal difer. con proc. quirúrgico mayor con CC.	13.186	10.549
407	Trast. mieloproliferativo o neo. mal difer. con proc.quirúrgico mayor sin CC.	9.610	7.688
408	Trast. mieloproliferativo o neo. mal difer. con otro procedimiento.	5.849	4.679
409	Radioterapia.	3.740	2.992
410	Quimioterapia.	3.259	2.607
413	Otros trastornos mieloproliferativos o neoplasias mal difer. con CC.	4.806	3.845
414	Otros trastornos mieloproliferativos o neoplasias mal difer. sin CC.	2.919	2.335
417	Septicemia edad <18.	3.359	2.687
418	Infecciones postoperatorias y postraumáticas.	3.600	2.880
424	Proc.quirurgico con diagnóstico principal de enfermedad mental.	12.555	10.044
439	Injerto cutáneo por lesión traumática.	9.213	7.370
440	Desbridamiento herida por lesión traumática, excepto herida abierta.	7.612	6.090
441	Procedimientos sobre mano por lesión traumática.	4.467	3.574
442	Otros procedimientos quirúrgicos por lesión traumática con CC.	8.681	6.945
443	Otros procedimientos quirúrgicos por lesión traumática sin CC.	4.697	3.758
444	Lesiones de localización no especificada o múltiple edad >17 con CC.	3.371	2.697
445	Lesiones de localización no especificada o múltiple edad >17 sin CC.	2.599	2.079
446	Lesiones de localizacion no especificada o múltiple edad <18.	1.271	1.017
462	Rehabilitacion.	13.059	10.447
471	Proc. mayores sobre articulación m. inferior, bilateral o múltiple.	20.046	16.037
476	Procedimiento quirúrgico prostático no relacionado con diag. principal.	19.930	15.944

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
477	Procedimiento quirúrgico no extensivo no relacionado con diag. principal.	7.446	5.957
478	Otros procedimientos vasculares con CC.	8.234	6.587
479	Otros procedimientos vasculares sin CC.	5.664	4.531
480	Trasplante hepático y/o trasplante intestinal.	72.604	58.083
491	Procedimientos mayores reimplantación articulación y miembro extr. superior.	7.792	6.234
530	Craneotomía con CC mayor.	28.029	22.423
531	Procedimientos sistema nervioso excepto craneotomía con CC mayor.	16.351	13.081
532	Ait, oclusiones precerebrales, convulsiones y cefalea con CC mayor.	5.711	4.569
533	Otros trast. sistema nervioso exc. ait, convulsiones y cefalea con CC mayor.	9.354	7.483
534	Procedimientos oculares con CC mayor.	8.284	6.627
535	Trastornos oculares con CC mayor.	6.547	5.238
538	Procedimientos torácicos mayores con CC mayor.	17.876	14.301
539	Procedimientos respiratorios excepto proc. torácicos mayores con CC mayor.	14.278	11.422
540	Infecciones e inflamaciones respiratorias excepto neumonía simple con CC mayor.	7.651	6.121
541	Neumonía simple y otros trast. respiratorios exc. bronquitis y asma con CC mayor.	5.283	4.226
543	Trast. circulatorios excepto iam, endocarditis, icc y arritmia con CC mayor.	5.549	4.439
544	ICC y arritmia cardiaca con CC mayor.	5.858	4.686
545	Procedimiento valvular cardiaco con CC mayor.	37.759	30.207
547	Otros procedimientos cardioracicos con CC mayor.	32.408	25.926
548	Implantacion o revision de marcapasos cardiaco con CC mayor.	10.578	8.462
549	Procedimientos cardiovasculares mayores con CC mayor.	22.192	17.754
550	Otros procedimientos vasculares con CC mayor.	12.295	9.836
558	Proc. musculoesquelético mayor con CC mayor.	15.915	12.732
559	Procedimientos musculoesqueléticos no mayores con CC mayor.	13.783	11.026
560	Trast. musculoesq. exc. osteomiel., art.séptica y trast. t. conect. con CC mayor.	6.495	5.196
561	Osteomielitis, artritis séptica y trast. t. conect. con CC mayor.	9.382	7.506
565	Procedimientos endocr.,nutric. y metab. exc.amputacion m.inf. con CC mayor.	13.294	10.635
566	Trast. endocrino, nutric. y metab. exc. trast. de ingesta o fibrosis quística con CC mayor.	5.247	4.198
567	Procedimientos riñón y tracto urinario excepto trasplante renal con CC mayor.	14.455	11.564
568	Insuficiencia renal con CC mayor.	7.094	5.675
569	Trast. de riñon y tracto urinario excepto insuficiencia renal con CC mayor.	4.863	3.890
570	Trastornos aparato genital masculino con CC mayor.	5.410	4.328
571	Procedimientos aparato genital masculino con CC mayor.	9.994	7.995
572	Trastornos aparato genital femenino con CC mayor.	6.797	5.438
573	Procedimientos no radicales aparato genital femenino con CC mayor.	10.187	8.150
578	Linfoma y leucemia no aguda con CC mayor.	11.852	9.482

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
579	Procedimientos para linfoma, leucemia y trast.mieloproliferativo con CC mayor.	25.625	20.500
580	Infecciones y parasitosis sistémicas excepto septicemia con CC mayor.	6.817	5.454
581	Procedimientos para infecciones y parasitosis sistémicas con CC mayor.	22.300	17.840
582	Lesiones, envenenamientos o efecto tóxico drogas exc. trauma múltiple con CC mayor.	6.455	5.164
583	Procedimientos para lesiones excepto trauma múltiple con CC mayor.	18.262	14.610
584	Septicemia con CC mayor.	8.782	7.026
585	Procedimiento mayor estómago,esófago,duodeno,i. delgado y grueso con CC mayor.	21.074	16.859
588	Bronquitis y asma edad >17 con CC mayor.	3.766	3.013
589	Bronquitis y asma edad <18 con CC mayor.	2.186	1.749
602	Neonato, peso al nacer <750 g, alta con vida.	62.692	50.154
603	Neonato, peso al nacer <750 g, exitus.	10.306	8.245
604	Neonato, peso al nacer 750-999 g, alta con vida.	49.776	39.821
605	Neonato, peso al nacer 750-999 g, exitus.	12.137	9.710
606	Neonato, peso al nacer 1.000-1.499 g, con p. quirúrgico signif., alta con vida.	61.118	48.894
607	Neonato, peso al nacer 1.000-1.499 g, sin p. quirúrgico signif., alta con vida.	24.642	19.714
608	Neonato, peso al nacer 1.000-1.499 g, exitus.	21.939	17.551
609	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, con p. quir. signif., con mult.prob. mayores.	50.503	40.402
610	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, con p. quir. signif., sin mult.prob. mayores.	11.503	9.202
611	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, sin p. quir. signif., con mult.prob. mayores o vent. mec. + 96 hrs.	17.089	13.671
612	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, sin p. quir. signif., sin mult. prob. mayores.	11.816	9.453
613	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, sin p. quir. signif., con problemas menores.	10.788	8.630
614	Neonato, peso al nacer 1.500-1.999 g, sin p. quir. signif., con otros problemas.	7.354	5.883
615	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, con p. quir. signif., con mult.prob. mayores.	64.548	51.638
616	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, con p.quir.signif., sin mult. prob.mayores.	19.774	15.819
617	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, sin p. quir. signif., con mult. prob. mayores o vent. mec. + 96 hrs.	9.588	7.670
618	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, sin p. quir. signif., con problemas mayores.	5.772	4.618
619	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, sin p.quir. signif., con problemas menores.	5.586	4.469
620	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, sin p.quir. signif., diag. neonato normal.	1.925	1.540
621	Neonato, peso al nacer 2.000-2.499 g, sin p. quir. signif., con otros problemas.	3.559	2.847
622	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, con p. quir. signif., con mult. prob. mayores.	29.470	23.576

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
623	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, con p. quir. signif., sin mult. prob. mayores.	10.322	8.258
624	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, con procedimiento abdominal menor.	5.075	4.060
626	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, sin p. quir. signif., con mult. prob. mayores o vent. mec. + 96 hrs.	7.188	5.750
627	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, sin p. quir. signif., con problemas mayores.	3.337	2.670
628	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, sin p. quir. signif., con problemas menores.	2.535	2.028
629	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, sin p. quir. signif., diag. neonato normal.	1.075	860
630	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, sin p. quir. signif., con otros problemas.	1.483	1.186
631	Displasia broncopulm. y otras enf.respiratorias crónicas con origen en periodo perinatal.	4.342	3.474
633	Otras anomalías congénitas, múltiples y no especificadas, con CC.	10.867	8.694
634	Otras anomalías congénitas, múltiples y no especificadas, sin CC.	10.867	8.694
640	Neonato, trasladado con < cinco días, no nacido en el centro.	1.061	849
641	Neonato, peso al nacer > 2.499 g, con oxigenación membrana extracorpórea.	58.442	46.754
730	Craneotomía para trauma múltiple significativo.	24.208	19.366
731	Proc. s. columna, cadera, fémur o miembros por trauma múltiple significativo.	25.868	20.694
732	Otros procedimientos quirúrgicos para trauma múltiple significativo.	18.667	14.934
733	Diagnósticos de trauma múltiple significativo cabeza, tórax y m. inferior.	9.040	7.232
734	Otros diagnósticos de trauma múltiple significativo.	6.934	5.547
737	Revision de derivación ventricular.	6.218	4.974
738	Craneotomía edad <18 con CC.	16.814	13.451
739	Craneotomía edad <18 sin CC.	11.557	9.246
740	Fibrosis quística.	7.508	6.006
755	Fusion vertebral excepto cervical con CC.	15.962	12.770
756	Fusion vertebral excepto cervical sin CC.	11.787	9.430
757	Procedimientos sobre espalda y cuello exc. fusión espinal con CC.	9.839	7.871
758	Procedimientos sobre espalda y cuello exc. fusión espinal sin CC.	6.090	4.872
761	Estupor y coma traumáticos, coma > 1 h.	6.420	5.136
762	Conmocion, lesión intracraneal con coma <1h o sin coma edad <18.	1.347	1.078
763	Estupor y coma traumáticos, coma < 1 h., edad < 18.	2.157	1.726
764	Conmocion, lesión intracraneal con coma < 1h. o sin coma edad >17 con CC.	4.833	3.866
765	Conmocion, lesion intracraneal con coma <1h. o sin coma edad >17 sin CC.	2.564	2.051
766	Estupor y coma traumáticos, coma <1h., edad >17 con CC.	6.235	4.988
767	Estupor y coma traumáticos, coma <1h, edad >17 sin CC.	4.590	3.672
768	Convulsiones y cefalea edad <18 con CC.	2.436	1.949
769	Convulsiones y cefalea edad <18 sin CC.	1.747	1.398
776	Esofagitis, gastroenteritis y trast. digestivos misceláneos edad <18 con CC.	2.075	1.660
777	Esofagitis, gastroenteritis y trast. digestivos misceláneos edad <18 sin CC.	1.165	932

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
786	Procedimientos mayores sobre cabeza y cuello por neoplasia maligna.	15.063	12.050
787	Colecistectomía laparoscópica con exploración vía biliar.	8.435	6.748
789	Revision sustitución rodilla y reimplante miembro extr. inferior y articulación mayor (excepto cadera) por CC.	11.057	8.846
790	Desbr. herida y inj. piel por her. abierta, trast. muscul. esq. y t. conect exc. mano.	5.684	4.547
791	Desbridamiento de herida por lesiones con herida abierta.	6.924	5.539
792	Craneotomía por trauma múltiple signif. con CC mayor no traumática.	40.404	32.323
793	Proc. por trauma múltiple signif. exc. craneotomía con CC mayor no traumática.	42.407	33.926
794	Diagnostico de trauma múltiple significativo con CC mayor no traumática.	17.468	13.974
795	Trasplante de pulmón.	52.126	41.701
803	Trasplante de médula ósea alogénico.	48.550	38.840
805	Trasplante simultáneo de riñón y páncreas.	60.275	48.220
806	Fusion vertebral anterior/posterior combinada con CC.	31.014	24.811
807	Fusion vertebral anterior/posterior combinada sin CC.	18.159	14.527
808	Proced. cardiovasc. percutáneos con ima, fallo cardiaco o shock.	7.396	5.917
809	Otros proced. cardiorrácicos con diag principal de anomalía congénita.	23.515	18.812
810	Hemorragia intracraneal.	6.024	4.819
811	Otro Implante de sistema de asistencia cardiaca.	19.371	15.497
812	Malfuncion, reacción o compl. de dispositivo o proc. cardiac. o vascular.	3.781	3.025
817	Revision o sustitución de cadera por complicaciones.	11.581	9.265
818	Sustitucion de cadera excepto por complicaciones.	7.590	6.072
820	Malfuncion, reacción o compl. de dispositivo, injerto o trasplante genitourinario.	2.869	2.295
821	Quemaduras extensas o de espesor total con vent. mec. + 96 hrs con injerto de piel.	51.473	41.178
822	Quemaduras extensas o de espesor total con vent. mec. + 96 hrs sin injerto de piel.	29.987	23.990
823	Quemaduras de espesor total con inj. piel o lesiones inhalación con CC o trauma sig.	22.827	18.262
824	Quemaduras de espesor total con inj. piel o lesiones inhalación sin CC o trauma sig.	13.431	10.745
825	Quemaduras de espesor total sin inj. piel o lesiones inhalación con CC o trauma sig.	12.386	9.909
826	Quemaduras de espesor total sin inj. piel o lesiones inhalación sin CC o trauma sig.	4.793	3.834
827	Quemaduras no extensas con lesion por inhalación, CC o trauma significativo.	8.989	7.191
828	Quemaduras no extensas sin lesión por inhalación, CC o trauma significativo.	4.246	3.397
829	Trasplante de páncreas.	97.727	78.182
833	Procedimientos vasculares intracraneales con diag. princ. de hemorragia.	30.804	24.643
836	Procedimientos espinales con CC.	19.819	15.855
837	Procedimientos espinales sin CC.	10.084	8.067
838	Procedimientos extracraneales con CC.	9.453	7.562
839	Procedimientos extracraneales sin CC.	8.667	6.934

AP-GRD (V 25.0) Código	Descripción	Coste medio 2012	Coste compensable (80%)
849	Implante de desfibrilador con cateterismo cardiaco, con iam, fallo cardiaco o shock.	19.359	15.487
850	Implante de desfibrilador con cateterismo cardiaco, sin iam, fallo cardiaco o shock.	16.292	13.034
851	Implante de desfibrilador sin cateterismo cardiaco.	10.499	8.399
852	Procedimiento cardiovascular percutáneo con stent no liberador de fármaco, sin iam.	4.592	3.674
853	Procedimiento cardiovascular percutáneo con stent liberador de fármaco, con iam.	7.853	6.282
854	Procedimiento cardiovascular percutáneo con stent liberador de fármaco, sin iam.	5.025	4.020
864	Fusion vertebral cervical con CC.	11.946	9.557
865	Fusion vertebral cervical sin CC.	8.038	6.430
866	Escision local y extracción de dispositivo fijación interna excepto cadera y fémur, con CC.	7.424	5.939
867	Escision local y extracción de dispositivo fijación interna excepto cadera y fémur, sin CC.	4.153	3.322
877	Oxig. memb. extrac. o traqueostomía con vent. mec. + 96 hrs o sin diag. princ. trast. orl con proc. quir. mayor.	73.648	58.918
878	Traqueostomia con vent. mec. + 96 hrs o sin diag. princ. trastornos orl sin proc. quir. mayor.	51.454	41.163
879	Craneotomía con implant. de dispositivo o sust. antineoplásica mayor o diag. principal de sist. nerv. central agudo complejo.	20.700	16.560
880	Accidente isquémico agudo con utilización agente trombolítico.	8.687	6.950
881	Diagnóstico de sistema respiratorio con ventilación mecánica + 96 hrs.	22.607	18.086
882	Diagnóstico de sistema respiratorio con ventilación mecánica < 96 hrs.	9.964	7.971
884	Fusión espinal excepto cervical con curvatura de columna o malignidad o infec o 9+ fusiones.	19.393	15.514
887	Infecciones bacterianas y tuberculosis del sistema nervioso.	8.741	6.993
888	Infecciones no bacterianas del sistema nervioso excepto meningitis vírica.	5.768	4.614
889	Convulsiones edad > 17 con CC.	3.519	2.815
890	Convulsion edad > 17 sin CC.	3.201	2.561
891	Cefalea edad > 17.	2.144	1.715
892	Procedimiento de stent de arteria carótida.	6.278	5.022
893	Procedimientos craneales/faciales.	7.014	5.611
896	Procedimientos mayores sobre vejiga.	14.934	11.947
899	Infecciones postoperatorias o postraumáticas con proc. quirúrgico.	8.655	6.924
900	Septicemia con vent. mec. +96 horas edad > 17.	8.501	6.801
901	Septicemia sin vent. mec. +96 horas edad >17.	4.198	3.358