

2. El Director del Centro de Estudios Jurídicos, cuando proceda, comunicará a los órganos competentes los hechos de relevancia administrativa o disciplinaria producidos en el ámbito del centro y que afecten a aquellos funcionarios.

Artículo 36. *Licencias o permisos para asistir al Centro de Estudios Jurídicos.*

La asistencia a cursos o actividades de formación continuada o de especialización en el Centro de Estudios Jurídicos estará sujeta a la obtención de la oportuna licencia, comisión de servicios o permiso del órgano competente con sujeción al régimen en cada caso aplicable.

SECCIÓN 3.^a DE LAS RECOMPENSAS

Artículo 37. *Contenido.*

Los alumnos que hubiesen destacado en sus estudios podrán ser objeto de condecoraciones o menciones honoríficas, a cuyo fin el Director acordará lo que proceda.

CAPÍTULO VI

Régimen patrimonial, presupuestario, económico-financiero, de contratación, de personal y de recursos administrativos

Artículo 38. *Patrimonio y recursos económicos.*

1. El régimen patrimonial del Centro de Estudios Jurídicos es el establecido en el artículo 48 de la Ley de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

2. El Centro de Estudios Jurídicos dispondrá para el cumplimiento de sus fines de los siguientes bienes y recursos:

- a) Los bienes y valores que constituyen su patrimonio, así como los productos y rentas de aquél.
- b) Las consignaciones específicas que tuviese asignadas en los Presupuestos Generales del Estado y las transferencias corrientes o de capital que procedan de las Administraciones o entidades públicas.
- c) Los ingresos ordinarios y extraordinarios que esté autorizado a percibir, según las disposiciones aplicables, y, en particular, los ingresos procedentes de actividades formativas, de investigación, de edición y publicación relacionadas con los fines del Centro de Estudios Jurídicos.
- d) Las donaciones, legados y otras aportaciones de entidades privadas y de particulares.
- e) Cualesquiera otros recursos económicos que esté legalmente autorizado a percibir.

Artículo 39. *Régimen presupuestario y económico-financiero.*

1. El régimen presupuestario, económico-financiero, de contabilidad, intervención y control financiero será el establecido en el texto refundido de la Ley General Presupuestaria, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1091/1988, de 23 de septiembre, y demás disposiciones vigentes.

2. Sin perjuicio del control de eficacia que será ejercido por el Ministerio de Justicia conforme a lo previsto en los artículos 51 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, y 10 de este estatuto, el organismo autónomo estará sometido al control interno de su ges-

ción económico-financiera que se realizará por la Intervención Delegada en el organismo, cuyo nivel orgánico se determinará en la correspondiente relación de puestos de trabajo.

Artículo 40. *Régimen del personal y de contratación.*

1. El personal funcionario o laboral de carácter permanente del Centro de Estudios Jurídicos se regirá, conforme a lo establecido por el artículo 47.1 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado, por la normativa sobre función pública y legislación laboral aplicables al resto del personal de la Administración General del Estado.

2. El régimen de contratación es el establecido en el artículo 49 de la Ley 6/1997, de 14 de abril, de Organización y Funcionamiento de la Administración General del Estado.

Artículo 41. *Recursos administrativos.*

Las resoluciones, acuerdos y actos del Director del Centro de Estudios Jurídicos no ponen fin a la vía administrativa, pudiéndose interponer contra ellos recurso de alzada ante el Ministro de Justicia, conforme a lo establecido en el artículo 82 de la Ley 50/1998, de 30 de diciembre, de medidas fiscales, administrativas y del orden social.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

19156 *RESOLUCIÓN de 31 de julio de 2003, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, sobre revisión de las condiciones económicas aplicables en el año 2003 a la prestación de servicios concertados de asistencia sanitaria en el ámbito de gestión del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.*

Mediante Resolución de 28 de marzo del 2001, publicada en el Boletín Oficial del Estado, número 89, de 13 de abril de 2001, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 199 de la Ley General de la Seguridad Social, Texto Refundido aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en relación con lo señalado en el artículo 90 de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, se establecían, para el año 2001, las condiciones económicas aplicables a la prestación de servicios concertados de asistencia sanitaria con entidades públicas y privadas en el ámbito del extinguido Instituto Nacional de la Salud.

De acuerdo con lo señalado en el artículo 12.1 del texto refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, aprobado por Real Decreto Legislativo 2/2000, de 16 de junio y en uso de las atribuciones conferidas a esta Dirección por el Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, y teniendo en cuenta los criterios de gestión de la prestación en el ámbito del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), la evolución de los índices de precios durante los años 2001 y 2002 y las previsiones para el año 2003, resulta nece-

sario actualizar las condiciones económicas del régimen de asistencia sanitaria concertada.

Por todo ello y sin perjuicio de lo previsto en el artículo 162 del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, resuelve:

Primero. Tarifas máximas y revisiones.

1. Las tarifas máximas para el año 2003 y la actualización de precios de los conciertos vigentes serán las que se especifican en los apartados siguientes:

1.1 Asistencia en régimen de hospitalización por día de estancia:

Grupos y niveles	Porcentaje de aumento	Médicos propios	Médicos del I.N. de Gestión Sanitaria
Grupo I:			
Nivel I	4	23,82	17,17
Nivel II	4	30,17	23,53
Nivel III	4	35,91	29,37
Grupo II:			
Nivel I	4	31,34	24,63
Nivel II	4	43,57	36,43
Nivel III	4	66,96	60,54
Grupo III:			
Nivel I	4	37,83	31,30
Nivel II	4	55,57	49,25
Grupo IV:			
Nivel I-A	4	64,93	58,22
Nivel I-B	4	49,86	43,27
Nivel II	4	69,32	62,81
Nivel III	4	69,32	62,81
Grupo V:			
Nivel I	4	58,20	52,15
Nivel II	4	64,72	58,67
Nivel III	4	88,09	81,95
Grupo VI:			
Nivel I	4	52,59	46,43
Nivel II	4	75,11	69,19
Nivel III	4	88,05	82,13
Grupo VII:			
Nivel I	4	109,93	103,87
Nivel II	4	134,36	128,40
Nivel III	4	169,85	163,79

1.2 Asistencia Ambulatoria.

1.2.1 Primeras consultas, intervenciones quirúrgicas menores y urgencias, por servicio:

Grupos y niveles	Porcentaje de aumento	Médicos propios	Médicos del I.N. de Gestión Sanitaria
Grupo I:			
Nivel I	4	19,06	9,50
Nivel II	4	19,06	9,50
Nivel III	4	19,06	9,50

Grupos y niveles	Porcentaje de aumento	Médicos propios	Médicos del I.N. de Gestión Sanitaria
Grupo II:			
Nivel I	4	19,06	9,50
Nivel II	4	19,06	9,50
Nivel III	4	30,85	10,94
Grupo III:			
Nivel I	4	19,06	9,50
Nivel II	4	25,74	10,87
Grupo IV:			
Nivel I-A	4	29,33	14,99
Nivel I-B	4	22,55	14,99
Nivel II	4	31,90	19,05
Nivel III	4	31,73	19,05
Grupo V:			
Nivel I	4	27,40	19,24
Nivel II	4	30,48	19,24
Nivel III	4	41,29	22,21
Grupo VI:			
Nivel I	4	30,52	19,58
Nivel II	4	35,37	19,98
Nivel III	4	41,47	21,34
Grupo VII:			
Nivel I	4	51,77	22,96
Nivel II	4	62,69	24,31
Nivel III	4	77,58	26,34

1.2.2 Consultas sucesivas y revisiones por servicio:

Grupos y niveles	Porcentaje de aumento	Médicos propios	Médicos del I.N. de Gestión Sanitaria
Grupo I:			
Nivel I	4	9,53	4,75
Nivel II	4	9,53	4,75
Nivel III	4	9,53	4,75
Grupo II:			
Nivel I	4	9,53	4,75
Nivel II	4	9,53	4,75
Nivel III	4	12,87	5,44
Grupo III:			
Nivel I	4	9,53	4,75
Nivel II	4	12,87	5,44
Grupo IV:			
Nivel I-A	4	14,66	7,49
Nivel I-B	4	11,28	7,49
Nivel II	4	15,95	9,52
Nivel III	4	15,86	9,52
Grupo V:			
Nivel I	4	13,70	9,52
Nivel II	4	15,24	9,52
Nivel III	4	20,65	11,11

Grupos y niveles	Porcentaje de aumento	Médicos propios	Médicos del I.N. de Gestión Sanitaria
Grupo VI:			
Nivel I	4	15,26	9,79
Nivel II	4	17,68	9,99
Nivel III	4	20,73	10,67
Grupo VII:			
Nivel I	4	25,22	11,48
Nivel II	4	31,34	12,15
Nivel III	4	38,79	13,17

2. Servicios especiales de diagnóstico y tratamiento en centros hospitalarios y no hospitalarios.

Las tarifas máximas para el año 2003 y la actualización de precios de los conciertos vigentes serán las que se especifican en los apartados siguientes:

2.1 Tratamiento domiciliario del síndrome de apnea del sueño e insuficiencias respiratorias, servicio y día.

	Porcentaje de variación	Euros
CPAP	-	2,22
BIPAP espontánea (doble presión).	-	3,22
BIPAP controlada (doble presión).	-	5,67
Respirador volumétrico	-	14,07
Monitor de apnea	-	6,73

2.2 Oxigenoterapia a domicilio, incluyendo aerosolterapia y ventiloterapia, servicio y día:

	Porcentaje de variación	Euros
1. Oxigenoterapia con concentradores	-	3,31
2. Oxigenoterapia con cilindro o bala de oxígeno	4	3,68
3. Oxígeno líquido	4	9,23

2.5.1.1 Rehabilitación ambulatoria:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de variación	Precio máximo - Euros
1	Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejía.	1.1	AVC con hemiplejía y con alteración del lenguaje y/o del habla.	4	524,76
		1.2	AVC con hemiplejía y sin alteración del lenguaje y/o del habla.	4	464,70
2	Enfermedades del sistema nervioso central.	2.1	Enfermedades del sistema nervioso central.	4	365,00
3	Lesiones de la médula espinal.	3.1	Lesiones de la médula espinal.	4	453,67
4	Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías.	4.1	Síndromes caniculares y/o de atrapamiento.	4	210,59
		4.2	Afecciones traumáticas del sistema nervioso periférico.	4	562,43
		4.3	Otras afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías.	4	562,43

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria abonará a los pacientes sometidos a tratamiento de oxigenoterapia domiciliar con concentradores, en concepto de compensación económica por los gastos de electricidad, la cantidad de 13,59 Euros por mes de tratamiento, la citada cantidad se podrá abonar directamente al paciente o bien a la empresa suministradora, previa justificación de pago al paciente, en la facturación mensual presentada por aquélla.

El número de pacientes con tratamiento de oxígeno líquido no podrá exceder del 7 por 100 del número total de pacientes en tratamiento de oxigenoterapia en el ámbito territorial de los conciertos suscritos bajo la modalidad de pago por servicio y día. El exceso sobre este porcentaje se facturará al precio fijado para pacientes sometidos a tratamiento de oxigenoterapia con cilindro o bala de oxígeno.

2.3 Aerosolterapia y ventiloterapia, por servicio y día:

	Porcentaje de variación	Euros
1. Tratamiento individualizado de aerosolterapia y ventiloterapia .	-	1,32
2. Tratamiento individualizado de aerosolterapia con alto flujo	-	1,96

2.4 Radioterapia y quimioterapia, por sesión:

	Porcentaje de variación	Euros
2.4.1 Radioterapia superficial ...	4	7,67
2.4.2 Radioterapia profunda	4	11,46
2.4.3 Planificación	4	266,36
2.4.4 Verificación	4	46,62
2.4.5 Quimioterapia	4	10,99

Las tarifas contempladas en los apartados 2.4.3 y 2.4.4 se aplicarán, exclusivamente, para los pacientes que inicien por primera vez el tratamiento de radioterapia.

2.5 Rehabilitación.

2.5.1 Las tarifas máximas que se aplicarán serán las siguientes y se refieren a proceso completo, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de variación	Precio máximo – Euros
5	Traumatismos cráneo encefálicos (TCE).	5.1	Traumatismos cráneo encefálicos.	4	623,79
6	Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	6.1	Fracturas extremo proximal del húmero.	4	321,37
		6.2	Otras afecciones traumáticas osteoarticulares de las extremidades.	4	269,53
		6.3	Afecciones traumáticas de las partes blandas de las extremidades.	4	187,31
		6.4	Politraumatismos con lesiones complejas de las extremidades.	4	547,44
7	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	7.1	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas del hombro.	4	308,83
		7.2	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de la rodilla.	4	212,73
		7.3	Otras afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto del hombro y rodilla).	4	176,36
		7.4	Artritis.	4	199,67
		7.5	Algoneurodistrofias.	4	594,34
		7.6	Artroplastias.	4	327,54
8	Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular.	8.1	Afecciones traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular.	4	154,74
		8.2	Síndromes álgicos vertebrales de características mecánicas y/o degenerativas.	4	140,22
		8.3	Otras afecciones vertebrales.	4	184,33
9	Amputaciones.	9.1	Amputaciones.	4	487,35
11	Grupo específico de patología infantil.	11.1	Deformidades vertebrales, acortamientos musculares y otras alteraciones del sistema músculo-esquelético.	4	145,56
12	Grupo específico de patología senil.	12.1	Síndrome de inmovilidad.	4	444,85

2.5.1.2 Rehabilitación domiciliaria:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de variación	Precio máximo – Euros
1	Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejía.	1.3	AVC con hemiplejía en fase aguda.	4	533,16
		1.4	AVC con hemiplejía en fase crónica.	4	492,47
2	Enfermedades del sistema nervioso central.	2.2	Parkinson.	4	573,97
		2.3	Esclerosis múltiple.	4	655,47
		2.4	Otras enfermedades del sistema nervioso central.	4	716,53
3	Lesiones de la médula espinal.	3.2	Lesiones de la médula espinal.	4	696,14
4	Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías.	4.4	Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías.	4	696,14
5	Traumatismos cráneo encefálicos (TCE).	5.2	Traumatismos cráneo encefálicos.	4	838,76
6	Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	6.5	Fracturas de la epífisis proximal del húmero.	4	574,02
		6.6	Fracturas de la epífisis proximal del fémur.	4	533,16
		6.7	Otras afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	4	533,16

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de variación	Precio máximo – Euros
7	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	7.7	Artroplastia de rodilla.	4	472,10
		7.8	Artroplastia de cadera.	4	696,14
		7.9	Otras afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto artroplastia de rodilla y de cadera).	4	573,97
8	Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular.	8.4	Afecciones vertebrales sin lesión medular.	4	451,72
9	Amputaciones.	9.2	Amputación de la/s extremidad/es inferior/es.	4	696,14
10	Enfermedades respiratorias.	10.2	E.P.O.C.	4	696,14
11	Grupo específico de patología infantil.	11.2	Miopatías.	4	696,14
12	Grupo específico de patología senil.	12.2	Síndrome de inmovilidad.	4	655,45

2.5.1.3 Rehabilitación respiratoria ambulatoria:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de variación	Precio máximo – Euros
10	Enfermedades respiratorias.	10.1	Enfermedades respiratorias.	4	492,28

2.5.1.4 Rehabilitación cardiovascular:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de variación	Precio máximo – Euros
14	Grupo de patología cardiovascular.	14.1	Cardiopatía isquémica en pacientes de riesgo cardiovascular Medio-Alto.	4	1.343,87
		14.2	Cardiopatía isquémica en pacientes de riesgo cardiovascular Bajo.	4	418,79
		14.3	Cardiopatías valvulares operadas.	4	1.075,09
		14.4	Cardiopatías congénitas operadas.	4	1.075,09
		14.5	Insuficiencia cardíaca.	4	1.375,12
		14.6	Transplante cardíaco.	4	1.343,87
		14.7	Arteriopatía de miembros inferiores.	4	1.375,12

2.6 Fisioterapia y logopedia.

2.6.1 Conciertos vigentes a la entrada en vigor de la presente resolución, suscritos bajo la modalidad de pago por sesión o mes completo de tratamiento.

	Porcentaje de aumento	Euros
1. Por cada mes completo de tratamiento de fisioterapia o logopedia en régimen de sesión diaria ..	0	90,63

	Porcentaje de aumento	Euros
2. Por cada sesión de este tratamiento	0	3,60

2.6.2 Para los nuevos conciertos que se realicen a partir de la publicación de la presente resolución las tarifas máximas que se aplicarán serán las siguientes y se refieren a proceso completo, de acuerdo con el protocolo que se establezca para cada uno de ellos:

2.6.2 Foniatría y logopedia, procesos completos:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de variación	Precio máximo — Euros
13	Alteraciones del lenguaje, de la voz y/o del habla.	13.1	Disfonía.	4	443,77
		13.2	Afasia.	4	951,44
		13.3	Disastria.	4	547,34
		13.4	Transtornos de la fluencia.	4	409,36
		13.5	Anomalías funcionales dentofaciales.	4	471,62
		13.6	Laringectomía.	4	379,67

2.7 Rehabilitación para parálíticos cerebrales.

Conciertos vigentes a la entrada en vigor de la presente resolución, suscritos bajo la modalidad de pago por sesión o mes completo de tratamiento.

	Porcentaje de aumento	Euros
1. Por cada mes completo de tratamiento de rehabilitación integral, incluyendo fisioterapia, logopedia, foniatría, terapia ocupacional, ortopedia y neuropediatria ...	0	170,73
2. Por cada sesión de este tratamiento	0	6,83

Las tarifas contempladas en los apartados 2.6.1 y 2.7 anteriores, correspondientes a tratamientos de rehabilitación, fisioterapia y logopedia y rehabilitación para parálíticos cerebrales por meses completos, incluyen 20 sesiones.

2.8 Hemodiálisis por sesión.

La tarifa de la sesión de hemodiálisis incluye el coste del concentrado de bicarbonato, de manera que, se deberá incorporar dicha técnica en todas las sesiones de los pacientes tratados con hemodiálisis, deduciéndose la cantidad de 7,62 Euros en cada una de las sesiones facturadas que no incluyan concentrado de bicarbonato, siendo la cantidad a deducir de 14,54 Euros en el caso de hemodiálisis domiciliaria.

	Porcentaje de aumento	Euros
2.8.1 En centros hospitalarios	—	126,43
2.8.2 En un club de diálisis.		
2.8.2.1 Que realicen 390 o menos sesiones de tratamiento al mes a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social pertenecientes al INGESA	—	129,66
2.8.2.2 Que realicen entre 391 y 780 sesiones de tratamiento al mes a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social pertenecientes al INGESA	—	126,69
2.8.2.3 Que realicen más de 780 sesiones de tratamiento al mes a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social pertenecientes al INGESA	—	123,74
2.8.3 En centro satélite con personal sanitario del INGESA	—	99,06

	Porcentaje de aumento	Euros
2.8.4 En centro satélite con personal sanitario de la empresa concertada	—	116,40
2.8.5 En el domicilio del paciente con máquina	—	113,98
2.8.6 Diálisis domiciliaria con máquina a través de club de diálisis	—	113,98

El número de sesiones a que se refiere en los apartados 2.8.2.1, 2.8.2.2 y 2.8.2.3 se calcularán como la media mensual de sesiones de tratamiento recibidas en el club de diálisis por pacientes del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en los seis meses completos anteriores a la publicación de esta Resolución.

2.9 Diálisis peritoneal domiciliaria, por día:

	Porcentaje de aumento	Euros
2.9.1 Diálisis peritoneal ambulatoria continua (DPAC)	4	38,60
2.9.2 Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora	—	64,75
2.9.3 Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora bajo volumen (menor de 15 litros/día)	—	52,25
2.9.4 Diálisis peritoneal domiciliaria con último cambio automático	—	45,83

2.10 Suplementos de diálisis.

2.10.1 Suplemento por diálisis peritoneal ambulatoria con solución de poliglucosa.

	Porcentaje de aumento	Euros
En todas las modalidades de DPA: continua, con cicladora o con último cambio automático	4	5,81

A los efectos de facturación y abono de los servicios de «hemodiálisis a domicilio», «diálisis peritoneal ambulatoria continua» y «diálisis peritoneal domiciliaria con último cambio automático», las tarifas establecidas en los apartados 2.8.5, 2.8.6 y 2.9 para estas prestaciones se diferenciarán, dada su distinta fiscalidad, en los conceptos que se recogen en el siguiente cuadro:

Conceptos	Porcentaje de aumento	Euros
Hemodiálisis a domicilio con máquina:		
Material fungible	—	56,88
Material fijo	—	57,11
Diálisis peritoneal ambulatoria continua:		
Material fungible	4	38,60
Diálisis peritoneal domiciliaria con ciclador:		
Material fungible	—	51,37
Material fijo	—	13,39
Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora bajo volumen (<15l/día):		
Material fungible	—	41,79
Material fijo	—	10,45
Diálisis peritoneal domiciliaria con último cambio automático:		
Material fungible	—	39,13
Material fijo	—	6,70

Con independencia de la tarifa fijada en los números 2.8.5 y 2.8.6, por cada sesión de hemodiálisis domiciliaria con máquina se abonará a la firma comercial o club de diálisis concertado la cantidad, de pago único, de 1.682,01 Euros en concepto de gastos por la instalación de los aparatos y adiestramiento del paciente, exclusivamente para aquellos pacientes que utilicen, por primera vez, el tratamiento de hemodiálisis en su domicilio.

Por los servicios de diálisis peritoneal ambulatoria, prestados en el domicilio del paciente, a través de un club de diálisis, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria abonará, además de la tarifa por día establecida en el apartado 2.9, en concepto de pago único por la formación, entrenamiento y adiestramiento del paciente en las operaciones previas a diálisis, una vez remitido el paciente tras la instalación del catéter por el centro de referencia, la cantidad de 302,76 Euros que se abonarán en la facturación del mes siguiente al del inicio del tratamiento.

Asimismo, en la diálisis domiciliaria realizada a través de un club de diálisis, en concepto de seguimiento clínico y controles analíticos rutinarios, se abonará la cantidad de 4,88 Euros/sesión.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria abonará al paciente por cada sesión de hemodiálisis domiciliaria

2.14 Exploraciones de Imagen o tratamientos mediante Medicina Nuclear:

Tarifas máximas por exploración el año 2003

Procedimientos	Porcentaje de aumento	Euros
1. Procedimientos diagnósticos:		
1.1 Inflamación e infección:		
1.1.1 Gammagrafía con Galio67- Localizada	4	187,51
1.1.2 Gammagrafía con Galio67 - Rastreo Corporal	4	193,76
1.1.3 Gammagrafía con leucocitos: Localizada (Planar y/o Spect)	4	225,01

con máquina, la cantidad de 4,057 Euros por sesión como compensación económica por el consumo de agua y electricidad, abonándose al paciente, en el supuesto de la diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora, la cantidad de 11,11 Euros mensuales por gastos de electricidad.

2.11 Exploraciones mediante TAC Scanner:

	Porcentaje de aumento	Euros
2.11.1 Por cada estudio simple con o sin contraste	4	90,64
2.11.2 Por cada estudio doble con o sin contraste	4	131,26
2.11.3 Por cada estudio vascular (angioTAC)	4	123,14
2.11.4 Suplemento por anestesia ..	4	93,76

2.12 Exploraciones mediante resonancia magnética (RM):

	Porcentaje de aumento	Euros
1. Por cada estudio simple	4	178,14
2. Por cada estudio doble, estudio de mama, estudio cardiaco o estudio vascular	4	249,39
3. Por cada estudio funcional basado en Perfusión, Difusión, o BOLD	4	300,03
4. Espectroscopía basada en RM (debe incluir estudio de imagen por RM simple)	4	300,03
5. Plus de anestesia	4	93,76
6. Plus de contraste	4	54,51
7. Plus de estudio de Estimulación ..	4	62,50

2.13 Exploraciones de Mamografía:

Tarifas máximas por exploración en el año 2003

	Porcentaje de aumento	Euros
1. Mamografía para cribado, por paciente explorada	4	21,88
2. Mamografía para diagnóstico, por paciente explorada	4	50,00

Procedimientos	Porcentaje de aumento	Euros
1.1.4 Gammagrafía con leucocitos: Rastreo corporal	4	231,26
1.2.2 Renograma Isotópico DTPA 99m Tc	4	93,76
1.2.3 Renograma Isotópico MAG3 -99m Tc	4	100,01
1.2.4 Renograma con Captopril- DTPA 99m Tc	4	125,01
1.2.5 Renograma con Captopril- MAG3 -99m Tc	4	137,51
1.2.6 Cistogammagrafía retrógrada	4	112,51
1.3 Sistema óseo:		
1.3.1 Gammagrafía ósea (Rastreo)	4	93,76
1.3.2 Gammagrafía ósea en tres fases	4	125,01
1.3.3 Spect Óseo	4	112,51
1.4 Respiratorio:		
1.4.1 Gammagrafía pulmonar de perfusión	4	93,76
1.4.2 Gammagrafía pulmonar de ventilación	4	93,76
1.5 Endocrinología:		
1.5.1 Captación tiroidea con Radioyodo	4	37,50
1.5.2 Test de Perclorato	4	37,50
1.5.3 Gammagrafía tiroidea	4	43,75
1.5.4 Gammagrafía tiroidea con Radioyodo	4	125,01
1.5.5 Rastreo corporal total con I131	4	137,51
1.5.6 Gammagrafía de paratiroides (MIBI/Tetrofosmin)	4	237,53
1.5.7 Gammagrafía suprarrenal cortical	4	375,03
1.5.8 Gammagrafía suprarrenal medular-I123 Localizada	4	562,55
1.5.9 Gammagrafía suprarrenal medular-I123 Rastreo C.	4	562,55
1.5.10 Gammagrafía suprarrenal medular-I131 Localizada	4	375,03
1.5.11 Gammagrafía suprarrenal medular- I131 Rastreo C.	4	375,03
1.6 Digestivo:		
1.6.1 Gammagrafía para detección de mucosa gástrica ectópica	4	106,26
1.6.2 Gammagrafía hepatoesplénica	4	93,76
1.6.3 Estudio de glándulas salivares	4	81,26
1.6.4 Detección y localización de la hemorragia intestinal	4	175,01
1.6.5 Estudio del tránsito esofágico	4	112,51
1.6.6 Estudio del reflujo gastro-esofágico	4	112,51
1.6.7 Estudios de vaciamiento gástrico	4	156,26
1.7 Oncología:		
1.7.1 Gammagrafía con Galio67	4	193,76
1.7.2 Spect con Galio67	4	193,76
1.7.3 Gammagrafía con 201Talio Rastreo Corporal	4	193,76
1.7.4 Gammagrafía con 111In - Pentetreótida	4	750,07
1.7.5 Spect con 111In Pentetreótida	4	750,07
1.8 Cardiovascular*:		
1.8.1 Gammagrafía miocárdica mediante Pirofosfatos 99mTc	4	125,01
1.8.2 Ventriculografía de primer paso. Reposo	4	125,01
1.8.3 Ventriculografía de primer paso. Post esfuerzo / interv. farmacológica	4	150,01
1.8.4 Ventriculografía de Equilibrio. Reposo	4	125,01
1.8.5 Ventriculografía de equilibrio. Post esfuerzo o intervención farmacológica	4	150,01
1.8.6 Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con 201Talio - Reposo	4	156,26
1.8.7 Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con 201Talio Post esfuerzo o intervención farmacológica	4	181,26
1.8.8 Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con MIBI / Tetrofosmina-99mTc. Reposo.	4	218,76
1.8.9 Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con MIBI / Tetrofosmina-99mTc. Post esfuerzo o intervención farmacológica	4	250,03
1.9 Neurología:		
1.9.1 Spect cerebral de perfusión con HMPAO 99m Tc	4	218,76
1.9.2 Gammamielografía	4	218,76
1.9.3 Angioencefalografía	4	93,76
1.10 Hematología:		
1.10.1 Eritrocínica	4	206,26
1.10.2 Ferrocínica	4	206,26
1.10.3 Cálculo de Masa Eritrocitaria	4	137,51

Procedimientos	Porcentaje de aumento	Euros
1.10.4 Gammagrafía de Médula ósea	4	125,01
1.10.5 Determinación del Volumen Plasmático	4	206,26
1.10.6 Test de Schilling	4	168,76
1.11 Miscelánea:		
1.11.1 Gammagrafía peritoneal	4	187,51
1.11.2 Gammagrafía esplénica	4	156,26
1.11.3 Gammagrafía testicular	4	93,76
1.11.4 Linfogramagrafía	4	137,51
1.11.5 Valoración de prótesis óseas	4	187,51
2. Procedimientos terapéuticos:		
2.1 Oncología:		
2.1.1 Tratamiento del dolor óseo metastásico (89Sr)	4	1.468,88
2.2 Endocrinología:		
2.2.1 Tratamiento con 131 I (<21 mCi)	4	200,01
2.2.2 Tratamiento del Cáncer de Tiroides 131 I	4	1.562,63

Si en un mismo procedimiento se procede a la realización de exploración en reposo y exploración tras esfuerzo o intervención farmacológica, el precio máximo será el de la exploración tras esfuerzo o intervención farmacológica incrementado en un 20%.

3. Contratación de terapias respiratorias a presupuesto fijo.

El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, sin perjuicio de las singularidades que afectan a cada prestación asistencial, concertará mediante un presupuesto fijo la gestión del servicio de tratamiento domiciliario de pacientes con alteraciones o insuficiencia respiratorias, dentro de ámbitos territoriales concretos, en todas o cada una de las terapias incluidas en los apartados 2.1, 2.2 y 2.3 de la presente Resolución.

El presupuesto de cada contrato se determinará por el órgano de contratación, previo informe de la Subdirección General de Atención Sanitaria.

4. Desplazamiento y movilización de medios diagnósticos y terapéuticos.

La contratación de Centros y Servicios Sanitarios tendrá en consideración la aproximación del servicio a sus usuarios, siempre que resulte técnica y económicamente adecuado.

Los Servicios Especiales de Diagnóstico y Tratamiento en medios móviles serán considerados en las concursos que se establezcan y su contratación requerirá la determinación, previo informe de la Subdirección General de Atención Sanitaria, de las condiciones técnico-sanitarias de los medios asistenciales y la determinación del régimen económico aplicable en cada caso, por el órgano de contratación.

5. Asistencia concertada por procesos, médicos o quirúrgicos.

5.1 Litotricia renal extracorpórea:

Actualización de precios de los conciertos vigentes

	Porcentaje de aumento	Euros
A) Litotricia renal extracorpórea	4	843,82

5.2 Procedimientos quirúrgicos. El porcentaje de aumento para todas las tarifas será de un 4%.

Tarifas máximas por procedimiento en el año 2003

Diagnósticos C.I.E. 9-MC		Procedimientos C.I.E. 9-MC		Médicos centro (Euros)	Médicos INGESA (Euros)
Código	Descripción	Código	Descripción		
474	Enfermedad crónica de amígdalas y adenoides.	28.2	Amigdalectomía sin Adenoidectomía.	344,41	285,85
		28.3	Amigdalectomía con Adenoidectomía.	344,41	285,85
		28.6	Adenoidectomía sin Amigdalectomía.	312,53	259,40
366	Cataratas.	13.7	Extracción + LIO.	918,64	762,48
574	Colelitiasis.	51.2	Colecistectomía.	1.473,06	1.222,63

Diagnósticos C.I.E. 9-MC		Procedimientos C.I.E. 9-MC		Médicos centro (Euros)	Médicos INGESA (Euros)
Código	Descripción	Código	Descripción		
605	Fimosis.	64.0	Circuncisión.	281,28	233,46
735.0	Dedo gordo pie valgo.	77.54	Excisión de Hallux Valgus.	666,34	553,06
	Dedo gordo de pie valgo bilateral.		Excisión bilateral de Hallux Valgus.	756,32	620,05
455	Hemorroides.	49.46	Hemorroidectomía.	716,45	594,64
550.0	Hernia inguinal unilateral.	53.0	Reparación unilateral h. inguinal.	813,66	675,33
550.2	Hernia inguinal bilateral.	53.1	Reparación bilateral h. inguinal.	977,58	811,39
600	Hiperplasia próstata.	60.2	Resección transuretral.	1.131,57	939,21
		60.3	Prostatectomía suprapúbica.	1.794,45	1.489,39
715.95	Osteoartrosis de cadera.	81.51	Sustitución total de cadera.	5.781,73	4.798,84
715.96	Osteoartrosis de rodilla.	77.87	Osteotomía de rodilla.	2.969,00	2.464,27
		81.54	Sustitución total de rodilla.	6.406,78	5.317,63
717	Trastorno interno de rodilla.	80.26	Artroscopia diagnóstica o terapéutica.	882,08	732,13
		81.45	Reparación de ligamentos cruzados.	2.969,00	2.464,27
722	Trastorno del disco intervertebral.	80.51	Escisión de disco intervertebral.	2.766,77	2.296,42
454.9	Varices.	38.5	Ligadura y extirpación de venas varicosas.	823,07	683,14
	Varices bilaterales.		Ligadura y extirpación de venas varicosas, ambas piernas.	906,33	756,32
V45.1	Acceso vascular para hemodiálisis.	39.27	Arterlovenostomía para diálisis renal.	687,55	584,43
			Arterlovenostomía para diálisis renal con prótesis.	1.562,63	1.043,84
565.0	Fisura anal.	49.3	Fisurectomía anal.	549,89	456,40
565.1	Fístula anal.	49.12	Fistulectomía anal.	549,89	456,40
685	Quiste pilonidal.	86.21	Escisión de quiste.	593,80	492,86
354.0	Síndrome del túnel carpiano.	04.43	Liberación de túnel carpiano.	551,29	457,58
727.4	Ganglión.	82.21	Escisión de lesión de vaina tendón de mano.	343,78	285,33
728.6	Dupuytren.	82.35	Otra fasciectomía de mano.	551,29	457,58
752.5	Testículo no descendido.	62.5	Orquidopexia.	531,29	440,97
603	Hidrocele.	61.2	Escisión de hidrocele.	531,29	440,97

Diagnósticos C.I.E. 9-MC		Procedimientos C.I.E. 9-MC		Médicos centro (Euros)	Médicos INGESA (Euros)
Código	Descripción	Código	Descripción		
V25.2	Esterilización.	63.70	Vasectomía.	281,28	233,46
		66.39	Oclusión bilateral de trompas de Falopio.	343,78	285,33
375	Trastornos del aparato lacrimal.	09.81	Dacriocistorrinostomía.	291,12	241,62
372.4	Pterigión.	11.3	Escisión de Pterigión.	285,29	236,80
470	Tabique nasal desviado.	21.8	Septoplastia.	538,89	447,27

5.3 Procedimientos quirúrgicos de Cirugía Cardíaca.

Diagnósticos CIE 9-MC		Procedimientos CIE 9-MC		Porcentaje de aumento	Euros
Código	Descripción	Código	Descripción		
394	Enfermedad de la válvula mitral.	35.0	Valvulotomía cardíaca cerrada.	4	5.445,77
395	Enfermedad de la válvula aórtica.	35.1 + 39.61	Valvuloplastia cardíaca abierta	4	6.727,13
396	Enfermedad valvular mitroaórtica.	35.2 + 39.61	Sustitución de válvula o válvulas cardíaca/s.	4	7.875,66
397	Enfermedades de otras estructuras endocárdicas.	35.3 + 39.61	Excisión anillo subvalvular aórtico y otras op. sobre estructuras adyacentes a válvulas.	4	7.047,47
238.8	Tumoración cardíaca.				
745	Anomalías del cierre septal cardíaco.	35.5 – 35.6 – 35.7 + 39.61	Reparación de tabiques cardíacos con prótesis o con injerto de tejido.	4	6.566,96
996.02	Complicación tras sustitución valvular cardíaca.	35.95	Revisión de procedimiento correctivo sobre el corazón.	4	4.805,09
		35.95 + 39.61	Revisión de procedimiento correctivo sobre el corazón con cir. extracorp.	4	7.367,81
441.1	Aneurisma de aorta ascendente.	35.22 + 38.45 + 39.61	Resección de aneurisma de aorta con sustitución valvular o reimplantación de vasos.	4	7.688,15
429.9	Otra patología cardíaca.	39.61	Otras intervenciones sobre el corazón con circulación extracorpórea.	4	6.727,13
411	Cardiopatía isquémica crónica.	36.1 – 36.2 + 39.61	Revascularización miocárdica.	4	7.711,59
		35.22 + 36.1 – 36.2 + 39.61	Revascularización miocárdica más sustitución valvular aórtica.	4	8.203,81

Diagnósticos CIE 9-MC		Procedimientos CIE 9-MC		Porcentaje de aumento	Euros
Código	Descripción	Código	Descripción		
441	Aneurisma de aorta.	38.44	Resección aneurisma con sustitución.	4	4.805,09
747.0	Conducto arterioso permeable.	38.85	Excisión, ligadura de ductus.	4	3.203,40
747.1	Coartación de aorta.	38.64	Reparación de coartación.	4	4.164,41
423	Enfermedades del pericardio.	37.3	Pericardiectomía.	4	3.523,74
426.9	Bloqueo cardiaco.	37.80	Implantación, revisión, sustitución de marcapasos endocavitario permanente.	4	1.505,60
		37.74	Inserción sustitución marcapasos epicárdico.	4	961,0224
		37.8	Recambio generador de marcapasos.	4	480,5112
428	Insuficiencia cardiaca.	37.61	Implante de balón de contrapulsación.	4	2.562,72

Los conciertos para procedimientos quirúrgicos de cirugía cardíaca otorgados mediante Procedimientos Negociados deducidos de Contratos Marco se ejecutarán en los términos pactados, sin que quepa revisión sobre los precios negociados pactados.

5.4 Procedimientos de radiocirugía.

Tarifas máximas por procedimiento en el año 2003. Radiocirugía Estereotáxica

Diagnósticos CIE 9-MC		Procedimientos CIE 9-MC		Porcentaje de aumento	Euros
Código	Descripción	Código	Descripción		
2.39.6-239.7	Neoplasias del Sistema Nervioso Central.	92.3	Radiocirugía Estereotáxica.	4	8.438,21
747.81	Malformaciones vasculares cerebrales.	92.3	Radiocirugía Estereotáxica.	4	10.000,84
350.1	Neuralgia del Trigémino.	92.3	Radiocirugía Estereotáxica.	4	7.813,16

5.5 Procedimientos de hemodinámica cardiaca diagnóstica y terapéutica.

Tarifas máximas por procedimiento en el año 2003

Diagnósticos CIE 9-MC Descripción	Procedimientos CIE 9-MC		Porcentaje de aumento	Euros
	Código	Descripción		
Hemodinámica cardiaca, diagnóstica y terapéutica.	88.5/37.23	Angiocardiógrafa y/o cateterismo.	4	781,32
	36.0	Angioplastia transluminal coronaria.	4	3.125,26
	36.0 + 88.5	Angioplastia transluminal coronaria incluyendo angiocardiógrafa.	4	3.219,02

Diagnósticos CIE 9-MC — Descripción	Procedimientos CIE 9-MC		Porcentaje de aumento	Euros
	Código	Descripción		
	35.96	Valvuloplastia percutánea.	4	3.125,26
	35.96 + 88.5	Valvuloplastia percutánea incluyendo angiocardiografía.	4	3.250,27
	37.25	Biopsia endomiocárdica.	4	937,58

En el precio que se establece por cada uno de los procedimientos de los apartados 6.2, 6.3, 6.4 y 6.5 se consideran incluidos:

Las pruebas diagnósticas y terapéuticas rutinarias o especiales que sea preciso realizar al paciente con anterioridad al procedimiento a que vaya a ser sometido incluido, en su caso, el estudio preoperatorio.

Los costes derivados de las posibles complicaciones que puedan presentarse a lo largo de todo el proceso asistencial, tanto en la fase preoperatoria como en la intervención quirúrgica propiamente dicha y en el postoperatorio.

Las reintervenciones quirúrgicas necesarias que haya que realizar al paciente, siempre que estén relacionadas con el proceso que motivó su ingreso, obedezcan a una mala praxis quirúrgica y se realicen en plazo de tiempo no superior a dos meses a contar desde el día siguiente a producirse el alta.

El tratamiento medicamentoso que se requiera durante el proceso, así como la sangre y hemoderivados.

Curas.

Alimentación, incluidas nutrición parenteral y enteral.

La asistencia por equipo médico especializado, enfermería y personal auxiliar sanitario.

La utilización de quirófano y gastos de anestesia.

El material fungible necesario y los controles pre y postoperatorios, incluidos aquellos que se realicen en régimen ambulatorio.

Prótesis, en los procedimientos del apartado 6.2. Debiendo especificar el Centro, en la oferta de licitación, el tipo de prótesis, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación. En los casos en que así lo especifique el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, podrán concertarse procedimientos quirúrgicos con implante, diferenciando el valor de los mismos y sus mecanismos de liquidación económica. Para los procedimientos de los apartados 6.3, 6.4 y 6.5, no se encuentran incluidas las prótesis en la tarifa establecida.

Coste de los días de hospitalización en habitación compartida o individual, cuando sea preciso por las especiales circunstancias del paciente.

Estancias en la Unidad de Cuidados Intensivos que pudiera precisar. Para el caso de los procesos comprendidos en el apartado 6.3 (Procedimientos quirúrgicos de Cirugía Cardíaca), en el precio del proceso se incluye la estancia en Unidad de Cuidados Intensivos durante los cinco primeros días postintervención, las estancias generadas a partir del 6.º día de la intervención quirúrgica se facturarán con la tarifa de 625,04 Euros día.

Las consultas posthospitalarias de revisión que sean necesarias, debiendo realizarse al menos una consulta en cada uno de los procedimientos, salvo en el de extracción de cataratas con inclusión de lente intraocular, cuyo número de consultas posthospitalarias será, al menos, de cuatro.

El traslado forzoso de un paciente en transporte sanitario adecuado cuando, por razones clínicas insuperables para el Centro concertado, derivadas de la propia intervención quirúrgica que motivó el ingreso del paciente

o de complicaciones ajenas al proceso, surgidas después del ingreso y previa puesta en conocimiento del hospital de procedencia, sea necesaria su remisión al Hospital de Área correspondiente.

5.6 En los conciertos en que estén incluidos procesos médicos o quirúrgicos diferenciados y tengan prevista cláusula de revisión de precios, la cuantía individual de cada proceso podrá ser incrementada en el porcentaje máximo del 2 por ciento, siempre que no superen los topes establecidos en esta Resolución.

5.7 La facturación por procesos médicos y quirúrgicos excluirá la facturación por cualquier otro concepto y será incompatible con la facturación por estancias.

5.8 La inclusión en el concierto de alguno de los procedimientos quirúrgicos requerirá, en todo caso, que el Centro se encuentre clasificado, de forma provisional o definitiva, entre los grupos IV al VII de los establecidos en el anexo I de la Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad de 11 de abril de 1980.

5.9 La contratación de procesos médicos o quirúrgicos, distintos de los recogidos en el apartado 5.2 a 5.5 anteriores, requerirá la determinación, por el órgano de contratación, de los precios aplicables en cada caso, previo informe de la Subdirección General de Atención Sanitaria.

5.10 Para la realización o contratación de procedimientos quirúrgicos en Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria sin camas de hospitalización, será necesario el cumplimiento de los requisitos técnico-sanitarios y asistenciales que se determinen por el órgano de contratación, en función de los procesos objeto de contrato, sin que sea necesaria la clasificación prevista en el apartado 6.8 anterior del centro hospitalario en el que, en su caso, se encuentre ubicada la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

6. Impuestos y tasas.—En las tarifas indicadas en todos y cada uno de los apartados anteriores se consideran incluidos todos los impuestos, tasas y demás cargas legales y específicamente el Impuesto sobre el Valor Añadido (IVA) de los servicios gravados con el mismo.

Segundo. *Convenios singulares de Colaboración.*

1. El Instituto Nacional de Gestión Sanitaria podrá suscribir convenios singulares con entidades públicas o privadas en los que se establezca la vinculación de centros hospitalarios con la red sanitaria pública mediante un régimen de funcionamiento programado y coordinado con el de los centros sanitarios del Instituto.

La formalización de estos convenios se ajustará a las normas y condiciones generales contenidos en los artículos 66 y 67 de la Ley General de Sanidad, y su duración no podrá ser superior a ocho años.

2. Tendrán carácter sustitutorio los centros vinculados bajo el régimen de convenio singular que constituyan una alternativa al dispositivo asistencial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

El régimen de estos convenios sustitutorios se fijará en una cláusula adicional de carácter anual, que se incorporará mediante cláusula adicional al convenio vigente, en el que se especificarán el área o población asignada al centro, tipos de servicios a prestar por el hospital, oferta asistencial del mismo, actividad pactada y techo de financiación para este fin.

Las condiciones económicas de los citados convenios se establecerán anualmente por el órgano de contratación correspondiente, previo informe de la Subdirección General de Atención Sanitaria, sobre la base de los costes efectivos de cada centro, y teniendo en cuenta las distintas fuentes de financiación del hospital de que se trate, pudiendo determinarse bajo la modalidad de pago por procesos individuales o agrupados, unidades de complejidad o por Unidades Ponderadas de Asistencia (UPAS), estableciéndose en este último caso, para el año 2003, la siguiente ponderación:

	UPA (Unidad Ponderada de Asistencia)
Estancias:	
Médicas	1
Quirúrgicas	1,5
Obstétricas	1,2
Pediátricas	1,3
Neonatólogicas	1,3
UCI	5,8
Urgencias	0,3
Consultas:	
Primeras	0,25
Sucesivas	0,15
Cirugía menor ambulatoria	0,25

Además de los servicios de carácter sustitutorio, las cláusulas adicionales anuales podrán recoger las prestaciones complementarias que se consideren necesarias para otras provincias, áreas o zonas distintas a la asignada al hospital concertado.

3. La revisión de las condiciones económicas de los convenios singulares vigentes a la entrada en vigor de esta Resolución se realizará de acuerdo con lo previsto en cada uno de los convenios suscritos, teniendo en cuenta el grado de cumplimiento de los objetivos asistenciales pactados en cada caso y de la actividad prevista para el año 2003, en la que se incluirán los procesos médicos o quirúrgicos que se determinarán en función de las necesidades asistenciales. Las condiciones económicas y los objetivos asistenciales que se determinen en las cláusulas adicionales de los convenios singulares de carácter sustitutorio, tendrán vigencia desde el 1 de enero de 2003.

Tercero. *Contratos Marco.*—A efectos de lo previsto en el artículo 159.2.f) del Texto Refundido de la Ley de Contratos de las Administraciones Públicas, los convenios singulares regulados en el apartado segundo de la presente Resolución tendrán la consideración de contrato marco en relación con los servicios establecidos en el apartado primero, apartados 2.11, 2.12, 2.13, 2.14 y 5, siempre que dichas prestaciones figuren en la cartera de servicios del centro correspondiente.

Las cláusulas anuales de los convenios sustitutorios, así como las cláusulas adicionales de los restantes convenios singulares, que se suscriban a partir de la entrada en vigor de esta Resolución recogerán el carácter marco de los mismos.

Constituirán condiciones técnico-económicas, de carácter marco, para la contratación de las prestaciones

recogidas en el apartado primero, de esta Resolución, las establecidas en el propio convenio singular —si las hubiere—, las que determine específicamente el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria o, en su defecto, las generales establecidas en la presente Resolución.

Cuarto. *Normas de procedimiento.*

1. Las tarifas de los conciertos vigentes a la entrada en vigor de la presente Resolución, se incrementarán, se mantendrán o decrecerán, en los porcentajes y cuantías establecidos en cada caso.

2. Los incrementos autorizados para la actualización de precios de los conciertos vigentes se aplicarán siempre que no se superen los importes de las tarifas máximas establecidos para cada una de las prestaciones y servicios concertados.

3. En los conciertos en vigor que incluyan prestaciones cuyas tarifas para el año 2003 resulten inferiores a las que se venían practicando, la aplicación de las nuevas tarifas tendrá efectos a partir de la fecha de publicación de esta Resolución, y la reducción que corresponda se efectuará en la facturación del mes siguiente al de la entrada en vigor de la presente Resolución.

4. La revisión de las tarifas de los conciertos vigentes a 31 de diciembre de 2002 se realizará automáticamente por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria con efectos de 1 de enero de 2003, siempre que haya transcurrido un año desde la fecha de formalización del concierto y éste no haya sido revisado con anterioridad por Resolución individualizada de esta Presidencia Ejecutiva. Para los conciertos cuyo estado de ejecución sea inferior a un año, la aplicación de la revisión de precios establecida en la presente Resolución tendrá efectos a partir de la fecha en que se cumpla la primera anualidad de vigencia del correspondiente concierto.

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

5.1 Con independencia del procedimiento de revisión previsto en el punto segundo para los convenios singulares, los Directores Territoriales y los Gerentes de Atención Especializada del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, en el plazo máximo de un mes a partir de la fecha de publicación de esta disposición, remitirán al órgano fiscal que corresponda, salvo que el centro se encuentre en régimen de control financiero permanente, la cláusula adicional, de acuerdo con los modelos contenidos en los anexos I, II de la presente Resolución, debidamente cumplimentada pero sin firmar, con las nuevas tarifas que corresponden a cada uno de los conciertos vigentes.

5.2 Fiscalizado de conformidad por el órgano fiscal, se procederá a la firma de la misma y se diligenciará por el Director Territorial, resolución aprobatoria de la misma, procediéndose, a continuación, a las liquidaciones de atrasos que correspondan y a tramitar las nuevas facturaciones con las nuevas tarifas.

5.3 La citada cláusula adicional se formalizará en triplicado ejemplar, remitiéndose, una vez diligenciada, uno de los ejemplares al Área de Conciertos del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, y copia de la misma, en su caso, al órgano fiscal.

6. La revisión de las condiciones económicas de los conciertos por servicios prestados con anterioridad al año 2003, que por cualquier circunstancia aún estuviese pendiente de realizarse a la fecha de promulgación de esta Resolución, se efectuará por el procedimiento establecido en las respectivas Normas que aprobaron las correspondientes revisiones de tarifas.

7. Los Servicios de Inspección del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria velarán por el correcto cumplimiento de las obligaciones de los centros, servicios y empresas concertadas y en particular las que se refieren al tratamiento adecuado a los usuarios de la Seguridad Social.

Disposición final primera. *Delegación de funciones.*

Para dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente Resolución, se delega en los Directores Territoriales del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria la facultad de resolver los expedientes de revisión de tarifas, de los conciertos y convenios suscritos por los órganos centrales del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, de los centros y servicios concertados que estén ubicados en la Ciudad Autónoma donde resida la sede de la correspondiente Dirección Territorial. La Resolución se formulará

mediante diligencia a la cláusula adicional correspondiente a cada concierto, sin que sea precisa la autorización previa de la Subdirección General de Atención Sanitaria.

Disposición final segunda. *Entrada en vigor.*

La presente Resolución entrará en vigor el día siguiente de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 31 de julio de 2003.—La Directora, María Dolores Casado Yubero.

ANEXO I

(CENTROS HOSPITALARIOS)

Cláusula adicional de revisión de precios

Del concierto de asistencia sanitaria suscrito por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y el centro de fecha para la asistencia sanitaria de enfermos beneficiarios de la Seguridad Social.

D., Director Territorial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de y D., como representante legal del Centro, cuya representación acredita por medio de suscriben la presente cláusula adicional al concierto referido, en los siguientes términos:

Primero.—De acuerdo con lo previsto en la Resolución de la Secretaría de Estado para la Sanidad de 11 de Abril de 1980, el centro está calificado en el año como Hospital en el Grupo, Nivel

Segundo.—De conformidad con lo dispuesto en la Resolución, BOE número, de fecha, se establecen las siguientes tarifas:

1. Tarifas de hospitalización:

Por día de estancia:

(Médicos del centro) €.

Por día de estancia:

(Médicos del INGESA) €.

2. Consultas, intervenciones quirúrgicas menores y urgencias:

Primeras: €.

Intervenciones quirúrgicas: €.

Consultas sucesivas: €.

Urgencias: €.

3. Otros servicios:

- _____
- _____
- _____
- _____

4. Las prótesis que sea necesario implantar a los pacientes beneficiarios de la Seguridad Social, serán a cargo del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Tercero.—Las tarifas convenidas en la estipulación anterior, se aplicarán con efectividad de, de acuerdo con lo señalado en el artículo de la Resolución de, incorporándose al contrato en vigor, previa fiscalización y firma del presente documento.

Cuarto.—En las tarifas indicadas en las estipulaciones anteriores se consideran incluidos todos los impuestos, tasas y gastos legales establecidos o que pudieran establecerse durante la vigencia de las mismas.

Quinto.—Las tarifas que se convienen no podrán ser modificadas con efectos anteriores a 1 de enero de 2003.

Sexto.—Quedan anuladas todas las anteriores estipulaciones contenidas en el contrato de origen y sus cláusulas adicionales, en lo que se opongan a lo establecido en la Resolución y a lo convenido en el presente documento.

En a de de 2003.

Por el centro,
Sanitaria

Por el Instituto Nacional de Gestión,

Fdo.:

Fdo.:

DILIGENCIA: D., Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en, a la vista del informe fiscal emitido por la Intervención de la Seguridad Social de fecha, resuelve aprobar la presente Cláusula Adicional, incorporándose al concierto de su razón.

En a de de 2003.

Fdo.:

ANEXO II

(SERVICIOS NO HOSPITALARIOS)

Cláusula adicional de revisión de precios

Del concierto de asistencia sanitaria suscrito por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria y el Centro de fecha para la asistencia sanitaria de enfermos beneficiarios de la Seguridad Social.

D., Director Provincial del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria de y D., como representante legal de la empresa, cuya representación acredita por medio de suscriben la presente cláusula adicional al concierto referido, en los siguientes términos:

Primero.—De acuerdo con lo previsto en la Resolución, BOE número, de fecha, se establecen las siguientes tarifas:

Tarifas

1. Servicios:

- _____
- _____
- _____
- _____

2. Otros servicios:

- _____
- _____
- _____
- _____

Segundo.—Las tarifas convenidas en la estipulación anterior, se aplicarán con efectividad de, de acuerdo con lo señalado en el artículo de la Resolución de, incorporándose al contrato en vigor, previa fiscalización y firma del presente documento.

Tercero.—Las tarifas indicadas en las estipulaciones anteriores se consideran incluidos todos los impuestos, tasas y gastos legales establecidos o que pudieran establecerse durante la vigencia de las mismas.

Cuarto.—Las tarifas que se convienen no podrán ser modificadas con efectos anteriores a 1 de enero de 2003.

Quinto.—Quedan anuladas todas las anteriores estipulaciones contenidas en el contrato de origen y sus cláusulas adicionales, en lo que se opongan a lo establecido en la Resolución y a lo convenido en el presente documento.

En a de de 2003.

Por la empresa,
Sanitaria

Por el Instituto Nacional de Gestión,

Fdo.:

Fdo.:

DILIGENCIA: D., Director del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria en, a la vista del informe fiscal emitido por la Intervención de la Seguridad Social de fecha, resuelve aprobar la presente Cláusula Adicional, incorporándose al concierto de su razón.

En a de de 2003.

Fdo.: