

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO

4590 *RESOLUCIÓN de 1 de marzo de 2006, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por la que se revisan las condiciones económicas aplicables en el año 2006, a la prestación de servicios concertados de asistencia sanitaria.*

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 199 de Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en relación con el artículo 90 de Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) estableció mediante Resolución de 31 de julio del 2003, publicada en el Boletín Oficial del Estado de número 249, de 17 de octubre, las condiciones económicas aplicables en el año 2003 a los servicios concertados de asistencia sanitaria con entidades públicas y privadas en su propio ámbito de gestión.

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 artículo 15 del Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establecía la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo, y teniendo en cuenta los criterios de gestión de la prestación de la asistencia sanitaria en el ámbito del INGESA, la evolución de los índices de precios en los años 2004 y 2005 y las previsiones para el año 2006, resulta necesario 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 2006 y la actualización de precios de los concertos 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 INGESA
Grupo I:			
Nivel I	4	24,77	17,86
Nivel II	4	31,38	24,47
Nivel III	4	37,35	30,54
Grupo II:			
Nivel I	4	32,59	25,62
Nivel II	4	45,31	37,89
Nivel III	4	69,64	62,96
Grupo III:			
Nivel I	4	39,34	32,55
Nivel II	4	57,79	51,22
Grupo IV:			
Nivel I-A	4	67,53	60,55
Nivel I-B	4	51,85	45,00
Nivel II	4	72,09	65,32
Nivel III	4	72,09	65,32

Grupos y niveles	Porcentaje de aumento	Médicos propios	Médicos del INGESA
Grupo V:			
Nivel I	4	60,53	54,24
Nivel II	4	67,31	61,02
Nivel III	4	91,61	85,23
Grupo VI:			
Nivel I	4	54,69	48,29
Nivel II	4	78,11	71,96
Nivel III	4	91,57	85,42
Grupo VII:			
Nivel I	4	114,33	108,02
Nivel II	4	139,73	133,54
Nivel III	4	176,64	170,34

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 INGESA
Grupo I:			
Nivel I	4	19,82	9,88
Nivel II	4	19,82	9,88
Nivel III	4	19,82	9,88
Grupo II:			
Nivel I	4	19,82	9,88
Nivel II	4	19,82	9,88
Nivel III	4	32,08	11,38
Grupo III:			
Nivel I	4	19,82	9,88
Nivel II	4	26,77	11,30
Grupo IV:			
Nivel I-A	4	30,50	15,59
Nivel I-B	4	23,45	15,59
Nivel II	4	33,18	19,81
Nivel III	4	33,00	19,81
Grupo V:			
Nivel I	4	28,50	20,01
Nivel II	4	31,70	20,01
Nivel III	4	42,94	23,10
Grupo VI:			
Nivel I	4	31,74	20,36
Nivel II	4	36,78	20,78
Nivel III	4	43,13	22,19
Grupo VII:			
Nivel I	4	53,84	23,88
Nivel II	4	65,20	25,28
Nivel III	4	80,68	27,39

1.2.2 Consultas sucesivas y revisiones, por servicio:

Grupos y niveles	Porcentaje de aumento	Médicos propios	Médicos del INGESA
Grupo I:			
Nivel I	4	9,91	4,94
Nivel II	4	9,91	4,94
Nivel III	4	9,91	4,94

Grupos y niveles	Porcentaje de aumento	Médicos propios	Médicos del INGESA
Grupo II:			
Nivel I	4	9,91	4,94
Nivel II	4	9,91	4,94
Nivel III	4	13,38	5,66
Grupo III:			
Nivel I	4	9,91	4,94
Nivel II	4	13,38	5,66
Grupo IV:			
Nivel I-A	4	15,25	7,79
Nivel I-B	4	11,73	7,79
Nivel II	4	16,59	9,90
Nivel III	4	16,49	9,90
Grupo V:			
Nivel I	4	14,25	9,90
Nivel II	4	15,85	9,90
Nivel III	4	21,48	11,55
Grupo VI:			
Nivel I	4	15,87	10,18
Nivel II	4	18,39	10,39
Nivel III	4	21,56	11,10
Grupo VII:			
Nivel I	4	26,23	11,94
Nivel II	4	32,59	12,64
Nivel III	4	40,34	13,70

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

Las tarifas máximas para el año 2006, 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 aumento	Euros
CPAP	4	2,31
BIPAP espontánea (doble presión)	4	3,35
BIPAP controlada (doble presión)	4	5,90
Respirador volumétrico	4	14,63
Monitor de apnea	4	7,00

2.5.1.1 Rehabilitación Ambulatoria:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de aumento	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	545,75
		1.2	AVC con hemiplejía y sin alteración del lenguaje y/o del habla.	4	483,29
2	Enfermedades del sistema nervioso central.	2.1	Enfermedades del sistema nervioso central.	4	379,60

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

	Porcentaje de aumento	Euros
1. Oxigenoterapia con concentradores	4	3,44
2. Oxigenoterapia con cilindro o bala de oxígeno	4	3,83
3. Oxígeno líquido	4	9,60

El INGESA abonará a los pacientes sometidos a tratamiento de oxigenoterapia domiciliaria con concentradores, en concepto de compensación económica por los gastos de electricidad, la cantidad de 14,13 euros por mes de tratamiento. Esta cantidad se podrá abonar directamente al paciente o a la empresa suministradora, previa justificación de pago por el 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 aumento	Euros
1. Tratamiento individualizado de aerosolterapia y ventiloterapia	4	1,37
2. Tratamiento individualizado de aerosolterapia con alto flujo	4	2,04

2.4 Radioterapia y quimioterapia, por sesión.

	Porcentaje de aumento	Euros
2.4.1 Radioterapia superficial	4	7,98
2.4.2 Radioterapia profunda	4	11,92
2.4.3 Planificación	4	277,01
2.4.4 Verificación	4	48,48
2.4.5 Quimioterapia	4	11,43

Las tarifas contempladas en los apartados 2.4.3 y 2.4.4 se aplicarán solamente a 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 aumento	Precio máximo - Euros
3	Lesiones de la médula espinal.	3.1	Lesiones de la médula espinal.	4	471,82
4	Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías.	4.1	Síndromes caniculares y/o de atrapamiento.	4	219,01
		4.2	Afecciones traumáticas del sistema nervioso periférico.	4	584,93
		4.3	Otras afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías.	4	584,93
5	Traumatismos cráneo encefálicos (TCE).	5.1	Traumatismos cráneo encefálicos.	4	648,74
6	Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	6.1	Fracturas extremo proximal del húmero.	4	334,22
		6.2	Otras afecciones traumáticas osteoarticulares de las extremidades.	4	280,31
		6.3	Afecciones traumáticas de las partes blandas de las extremidades.	4	194,80
		6.4	Politraumatismos con lesiones complejas de las extremidades.	4	569,34
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	321,18
		7.2	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de la rodilla.	4	221,24
		7.3	Otras afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto del hombro y rodilla).	4	183,41
		7.4	Artritis.	4	207,66
		7.5	Algoneurodistrofias.	4	618,11
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	160,93
		8.2	Síndromes algícos vertebrales de características mecánicas y/o degenerativas.	4	145,83
		8.3	Otras afecciones vertebrales.	4	191,70
9	Amputaciones.	9.1	Amputaciones.	4	506,84
11	Grupo específico de patología infantil.	11.1	Deformidades vertebrales, acortamientos musculares y otras alteraciones del sistema músculo-esquelético.	4	151,38
12	Grupo específico de patología senil.	12.1	Síndrome de inmovilidad.	4	462,64

2.5.1.2 Rehabilitación Domiciliaria:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de aumento	Precio máximo - Euros
1	Accidente vascular cerebral (AVC) con hemiplejía.	1.3	AVC con hemiplejía en fase aguda.	4	554,49
		1.4	AVC con hemiplejía en fase crónica.	4	512,17
2	Enfermedades del sistema nervioso central.	2.2	Parkinson.	4	596,93
		2.3	Esclerosis múltiple.	4	681,69
		2.4	Otras enfermedades del sistema nervioso central.	4	745,19
3	Lesiones de la médula espinal.	3.2	Lesiones de la médula espinal.	4	723,99
4	Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías.	4.4	Afecciones del sistema nervioso periférico y neuromiopatías.	4	723,99
5	Traumatismos cráneo encefálicos (TCE).	5.2	Traumatismos cráneo encefálicos.	4	872,31
6	Afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	6.5	Fracturas de la epífisis proximal del húmero.	4	596,98
		6.6	Fracturas de la epífisis proximal del fémur.	4	554,49
		6.7	Otras afecciones traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	4	554,49

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de aumento	Precio máximo – Euros
7	Afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades.	7.7	Artroplastia de rodilla.	4	490,98
		7.8	Artroplastia de cadera.	4	723,99
		7.9	Otras afecciones no traumáticas osteoarticulares y de las partes blandas de las extremidades (excepto artroplastia de rodilla y de cadera).	4	596,93
8	Afecciones traumáticas y no traumáticas de la columna vertebral sin lesión medular.	8.4	Afecciones vertebrales sin lesión medular.	4	469,79
9	Amputaciones.	9.2	Amputación de la/s extremidad/es inferior/es	4	723,99
10	Enfermedades respiratorias.	10.2	E.P.O.C.	4	723,99
11	Grupo específico de patología infantil.	11.2	Miopatías.	4	723,99
12	Grupo específico de patología senil.	12.2	Síndrome de inmovilidad.	4	681,67

2.5.1.3 Rehabilitación Respiratoria Ambulatoria:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de aumento	Precio máximo – Euros
10	Enfermedades respiratorias.	10.1	Enfermedades respiratorias.	4	511,97

2.5.1.4 Rehabilitación Cardiovascular:

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de aumento	Precio máximo – Euros
14	Grupo de patología cardiovascular.	14.1	Cardiopatía Isquémica en pacientes de riesgo cardiovascular medio-alto.	4	1.397,62
		14.2	Cardiopatía Isquémica en pacientes de riesgo cardiovascular bajo.	4	435,54
		14.3	Cardiopatías valvulares operadas.	4	1.118,09
		14.4	Cardiopatías congénitas operadas.	4	1.118,09
		14.5	Insuficiencia cardiaca.	4	1.430,12
		14.6	Transplante cardiaco.	4	1.397,62
		14.7	Arteriopatía de miembros inferiores.	4	1.430,12

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.	4	94,26
2. Por cada sesión de este tratamiento.	4	3,74

2.6.2 A los nuevos conciertos que se realicen a partir de la publicación de la presente resolución se aplicarán las siguientes tarifas máximas, las cuales 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 aumento	Precio máximo – Euros
13	Alteraciones del lenguaje, de la voz y/o del habla.	13.1	Disfonía	4	461,52
		13.2	Afasia	4	989,50
		13.3	Disartria	4	569,23

Código CMD	Descripción CMD	Código proceso	Descripción proceso	Porcentaje de aumento	Precio máximo - Euros
		13.4	Trastornos de la fluencia	4	425,73
		13.5	Anomalías funcionales dentofaciales	4	490,48
		13.6	Laringectomía	4	394,86

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	4	177,56
2. Por cada sesión de este tratamiento .	4	7,10

Las tarifas contempladas en los apartados 2.6.1 y 2.7, por meses completos de tratamiento de fisioterapia y logopedia, y de rehabilitación para parálíticos cerebrales 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 8,07 euros por cada sesión que no incluya concentrado de bicarbonato. En la hemodiálisis domiciliaria por cada sesión que no incluya concentrado de bicarbonato se deducirán 15,41 euros.

	Porcentaje de aumento	Euros
2.8.1 En centros hospitalarios	6	134,02
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	6	137,44
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	6	134,29
2.8.2.3 Que realicen más de 780 sesiones de tratamiento al mes a pacientes beneficiarios de la Seguridad Social pertenecientes al INGESA	6	131,16
2.8.3 En centro satélite con personal sanitario del INGESA	6	105,00
2.8.4 En centro satélite con personal sanitario de la empresa concertada	6	123,38
2.8.5 En el domicilio del paciente con máquina	6	120,82
2.8.6 Diálisis domiciliaria con máquina a través de club de diálisis	6	120,82

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 INGESA 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)	6	40,92
2.9.2 Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora	6	68,64
2.9.3 Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora bajo volumen (menor de 15 litros/día)... ..	6	55,39
2.9.4 Diálisis peritoneal domiciliaria con último cambio automático ..	6	48,58

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	6	6,16

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	6	60,29
Material fijo	6	60,54
Diálisis peritoneal ambulatoria continua:		
Material fungible	6	40,92
Diálisis peritoneal domiciliaria con ciclador:		
Material fungible	6	54,45
Material fijo	6	14,19
Diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora bajo volumen (< 15 l/día) ..		
Material fungible	6	44,30
Material fijo	6	11,08

Conceptos	Porcentaje de aumento	Euros
Diálisis peritoneal domiciliaria con último cambio automático:		
Material fungible	6	41,48
Material fijo	6	7,10

Con independencia de la tarifa fijada en los números 2.8.5 y 2.8.6 por cada sesión de hemodiálisis domiciliaria con máquina, el INGESA abonará por una sola vez a la firma comercial o club de diálisis concertado por aquellos pacientes que utilicen por primera vez el tratamiento de hemodiálisis domiciliaria la cantidad de 1.782,90 euros en concepto de gastos de instalación de los aparatos y adiestramiento del paciente.

Por los servicios de diálisis peritoneal ambulatoria prestados en el domicilio del paciente a través de un club de diálisis, el INGESA abonará, además de la tarifa por día establecida en el apartado 2.9, en concepto de formación, entrenamiento y adiestramiento del paciente en las operaciones previas a diálisis, una vez remitido el paciente tras la implantación del catéter por el centro de referencia, la cantidad de 320,90 euros por una sola vez en la facturación del mes siguiente al del inicio del tratamiento.

Además en la diálisis domiciliaria realizada a través de un club de diálisis, el INGESA abonará la cantidad de 5,17 euros por sesión en concepto de seguimiento clínico y controles analíticos rutinarios

El INGESA abonará al paciente por cada sesión de hemodiálisis domiciliaria con máquina, la cantidad de 4,29 euros por sesión como compensación económica por consumo de agua y electricidad. En el supuesto de diálisis peritoneal domiciliaria con cicladora el INGESA abonará al paciente la cantidad de 11,77 euros mensuales como compensación económica por consumo de electricidad.

2.11 Procedimientos diagnósticos.

2.11.1 Diagnóstico por imagen.

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
2.11.1.1 Radiología Simple Procedimientos diagnósticos generales		
Cráneo 1 RX		13,82
Cráneo 2 RX		15,79
Cráneo 3 RX		18,82
Cráneo 4 RX		23,69
Senos 1 RX		13,82
Senos 2 RX		15,79
Cervical o dorsal o lumbar 1 P		13,82
Cervical o dorsal o lumbar 2 P		15,79
Cervical o dorsal o lumbar 3 P		18,82
Cervical o dorsal o lumbar 4 P		23,69
Columna Completa 1 RX		21,71
Columna Completa 2 RX		31,58
Columna Completa 3 RX		41,45
Clavícula 1 RX		13,82
Clavícula 2 RX		15,79
Omóplato 1 RX		13,82
Omóplato 2 RX		15,79
Húmero 1 RX		13,82
Húmero 2 RX		15,79
Húmero 3 RX		18,82
Codo 1 RX		13,82
Codo 2 RX		15,79

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
Codo 3 RX		18,82
Antebrazo 1 RX		13,82
Antebrazo 2 RX		15,79
Mano 1 RX		13,82
Mano 2 RX		15,79
Mano 3 RX		18,82
Mano 4 RX		23,69
Fémur 1 RX		15,54
Fémur 2 RX		17,77
Rodilla 1 RX		13,82
Rodilla 2 RX		15,79
Rodilla 3 RX		21,71
Rodilla 4 RX		25,66
Tibia y peroné 1 RX		15,54
Tibia y peroné 2 RX		17,77
Tobillo 1 RX		13,82
Tobillo 2 RX		15,79
Tobillo 3 RX		19,74
Pie 1 RX		13,82
Pie 2 RX		15,79
Pie 3 RX		19,74
Pelvis 1 RX		17,77
Pelvis 2 RX		25,66
Esternón 1 RX		19,74
Parrilla Costal 1 RX		15,79
Parrilla Costal 2 RX		25,66
Abdomen 1 RX		17,77
Abdomen Completo incluyendo decúbito o bipedestación		27,64
Enema opaco		98,00
Tránsito Esofágico-gástrico-duodenal. .		85,00
Tránsito intestinal Completo		98,00
Tórax 1 RX		15,79
Tórax 2 RX		19,74
Adenoides		15,79
Mastoides		23,69
Mamografías		
Mamografía para Cribado, por paciente explorada	-	21,88
Mamografía para diagnóstico, por paciente explorada	-	50,00
Densitometrías		
Densitometría ósea (estudio e informe) .		61,13
Urografías		
Urografía intravenosa		122,05
Maxilofacial		
Ortopantomografía		18,15
Sialografía		165,47
Oftalmología		
Angiografía oftalmológica		161,09
2.11.1.2 Ultrasonidos Procedimientos diagnósticos generales		
Piel y partes blandas		34,39
Músculo o grupos musculares		34,39
Articulaciones		34,39
Cadera pediátrica		34,39
Hueso		34,39
Nervios periféricos		34,39
Cuello: Tiroides		34,39
Cuello: Paratiroides		34,39
Mama		34,39
Hígado, vías biliares, páncreas, bazo .		34,39

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros	Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
Retroperitoneo		34,39	1.1.4 Gammagrafía Con leucocitos: Rastreo Corporal	4	240,51
Abdomen Completo		34,39	1.2 Nefrología		
Obstetricia y ginecología			1.2.1 Gammagrafía Renal	4	71,67
Ecografía ginecológica		34,39	1.2.2 Renograma Isotópico-DTPA 99mTc	4	97,51
Ecografía obstétrica básica		34,39	1.2.3 Renograma Isotópico-MAG3 - 99mTc	4	104,01
Ecografía para diagnóstico prenatal ..		34,39	1.2.4 Renograma Con Captopril-DTPA 99mTc	4	130,01
Amniocentesis con control ecográfico ..		116,47	1.2.5 Renograma Con Captopril-MAG3 -99mTc	4	143,01
Urología			1.2.6 Cistogammagrafía Retrógrada ..	4	117,01
Riñón, vías urinarias, próstata		34,39	1.3 Sistema óseo		
Testículo		34,39	1.3.1 Gammagrafía ósea (Rastreo) ...	4	97,51
Cardiovascular			1.3.2 Gammagrafía ósea en tres fases	4	130,01
Ecocardiograma		67,20	1.3.3 Spect Oseo	4	117,01
Ecocardiograma Transesofágico		94,66	1.4 Respiratorio		
Ecocardiograma de Stress		126,21	1.4.1 Gammagrafía pulmonar de perfusión	4	97,51
Ecocardiograma de Esfuerzo		126,21	1.4.2 Gammagrafía pulmonar de ventilación	4	97,51
Cuello: Troncos Supra-aórticos		41,55	1.5 Endocrinología		
Abdomen		71,64	1.5.1 Captación Tiroidea con Radioyodo	4	39,00
Sistema venoso de EESS		38,68	1.5.2 Test de Perclorato	4	39,00
Sistema venoso de EEII		38,68	1.5.3 Gammagrafía Tiroidea	4	45,50
Sistema Arterial de EESS		73,07	1.5.4 Gammagrafía Tiroidea con Radioyodo	4	130,01
Sistema Arterial de EEII		73,07	1.5.5 Rastreo corporal total con I131 ..	4	143,01
2.11.1.3 T.A.C. Scanner			1.5.6 Gammagrafía de paratiroides (MIBI/Tetrofosmin)	4	247,03
Por cada estudio simple con o sin contraste	-	90,64	1.5.7 Gammagrafía suprarrenal cortical	4	390,03
Por cada estudio doble con o sin contraste	-	131,26	1.5.8 Gammagrafía suprarrenal medular-I123 localizada	4	585,05
Por cada estudio vascular (angioTAC)	-	123,14	1.5.9 Gammagrafía suprarrenal medular-I123Rastreo C	4	585,05
Suplemento por anestesia	-	93,76	1.5.10 Gammagrafía suprarrenal medular-I131 localizada	4	390,03
2.11.1.4 P.E.T			1.5.11 Gammagrafía suprarrenal medular-I131 rastreo C	4	390,03
Cuerpo completo		778,68	1.6 Digestivo		
Cerebro		616,46	1.6.1 Gammagrafía para detección de mucosa gástrica Ectópica	4	110,51
Anestesia		189,00	1.6.2 Gammagrafía hepato-esplénica	4	97,51
2.11.1.5 Resonancia magnética			1.6.3 Estudio de glándulas salivares ..	4	84,51
Por cada estudio simple	-	178,14	1.6.4 Detección y localización de la hemorragia intestinal	4	182,01
Por cada estudio doble, o de mama, o cardiaco, o vascular	-	249,39	1.6.5 Estudio del tránsitoesofágico ..	4	117,01
Por cada estudio funcional basado en perfusión, difusión, o BOLD	-	300,03	1.6.6 Estudio del reflujo gastro-esofágico	4	117,01
Espectroscopia basada en RM (debe incluir Estudio de imagen por RM Simple)	-	300,03	1.6.7 Estudios de vaciamiento gástrico ..	4	162,51
Plus de anestesia	-	93,76	1.7 Oncología		
Plus de contraste	-	54,51	1.7.1 Gammagrafía con Galio 67	4	201,51
Plus de estudio de estimulación	-	62,50	1.7.2 Spect con galio67	4	201,51
2.11.2 Exploraciones o tratamientos mediante Medicina Nuclear:			1.7.3 Gammagrafía con 201Talio -rastreo corporal	4	201,51
2.11.2.1 Procedimientos Diagnósticos			1.7.4 Gammagrafía con 111In-Pentetreótida	4	780,07
1.1 Inflamación e infección			1.7.5 SpectCon 111In-Pentetreótida ..	4	780,07
1.1.1 Gammagrafía Con Galio 67-Localizada	4	195,01			
1.1.2 Gammagrafía Con Galio 67 -Rastreo Corporal	4	201,51			
1.1.3 Gammagrafía Con leucocitos: Localizada (Planar y/o Spect) ...	4	234,01			

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
1.8 Cardiovacular*		
1.8.1 Gammagrafía miocárdica mediante pirofosfatos 99 mTc ..	4	130,01
1.8.2 Ventriculografía de primer paso. Reposo	4	130,01
1.8.3 Ventriculografía de primer paso. Post esfuerzo / interv. farmacológica	4	156,01
1.8.4 Ventriculografía de equilibrio. Reposo	4	130,01
1.8.5 Ventriculografía de equilibrio. Post esfuerzo o intervención farmacológica	4	156,01
1.8.6 Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con 201 Talio - Reposo	4	162,51
1.8.7 Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con 201 Talio - Post esfuerzo o intervención farmacológica	4	188,51
1.8.8 Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con MIBI/ Tetrofosmina-99 mTc. Reposo	4	227,51
1.8.9 Estudios de perfusión cardiaca mediante Spect con MIBI / Tetrofosmina-99mTc. Post esfuerzo o intervención farmacológica	4	260,03
1.9. Neurología		
1.9.1 SpectCerebral de perfusión con HMPAO -99mTc	4	227,51
1.9.2 Gammamielografía	4	227,51
1.9.3 Angioencefalografía	4	97,51
1.10 Hematología		
1.10.1 Eritrocínica	4	214,51
1.10.2 Ferrocínica	4	214,51
1.10.3 Cálculo de Masa Eritrocitaria ..	4	143,01
1.10.4 Gammagrafía de médula ósea	4	130,01
1.10.5 Determinación del volumen plasmático	4	214,51
1.10.6 Test de Schilling	4	175,51
1.11 Miscelánea		
1.11.1 Gammagrafía peritoneal	4	195,01
1.11.2 Gammagrafía esplénica	4	162,51
1.11.3 Gammagrafía testicular	4	97,51
1.11.4 Linfogammagrafía	4	143,01
1.11.5 Valoración de prótesis óseas ..	4	195,01
2.11.2 Procedimientos terapéuticos		
2.1 Oncología		
2.1.1 Tratamiento del dolor óseo metastásico (89Sr)	4	1.527,64
2.2 Endocrinología		
2.2.1 Tratamiento Con 131 I (< 21 mCi) ..	4	208,01
2.2.2 Tratamiento del Cáncer de Tiroides 131 I	4	1.625,14

Si en un mismo procedimiento de medicina nuclear se realiza 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%.

2.11.3 Exploraciones de Neurofisiología.

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
2.11.3.1 Electroencefalografía:		
Electroencefalograma básico		24,06
Electroencefalograma con privación del sueño		81,11
Estudio de patología del sueño		129,78
2.11.3.2 Electromiografía y electroneurografía:		
Electromiograma básico		33,86
Electromiograma con ampliación		11,08
Electroneurograma básico		37,01
Electroneurograma con ampliación ..		11,08
Estudio de nervio mixto		59,48
Estudio de raíz nerviosa		91,93
Estudio de plexo nervioso: plexo lumbosacro		131,94
Estudio de plexo nervioso: plexo braquial		131,94
Estudio de miopatía		131,94
Estudio de polineuropatía		131,94
Estudio de unión neuromuscular: miastenia		186,02
Estudio de síndrome del túnel carpiano .		86,52
Estudio de la motoneurona inferior ..		186,02
2.11.3.3 Potenciales evocados:		
Estudio de potenciales evocados visuales		58,75
Estudio de potenciales evocados auditivos		58,75
Estudio de potenciales evocados somatosensoriales		58,75
2.11.3.4 Polisomnografía:		
Estudio polisomnográfico		454,23
Estudio polisomnográfico con titulación de CPAP		346,08
Estudio polisomnográfico en noche partida		302,82
Estudio de poligrafía respiratoria basal.		91,82
Estudio de poligrafía respiratoria completa (con CPAP)		118,97
2.11.4 Pruebas funcionales.		
Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
2.11.4.1 Cardíacas:		
Coronariografía		549,40
Holter		61,57
Ergometría		68,75
2.11.4.2 Respiratorias:		
Espirometría simple		26,47
Pletismografía		46,33
Estudio de difusión pulmonar		199,67
2.11.4.3 Urológicas:		
Exploración urodinámica		112,52
2.11.4.4 O.R.L.:		
Audiometría		22,37
Pruebas vestibulares		185,33

2.11.5 Anatomía patológica.

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
Biopsia de próstata, cérvix, piel, pólipos		39,55
Estudio de nódulos uterinos, mama, quistes anexiales, legrados endometriales		50,35
Estudio de mastectomía, histerectomía, pieza operatoria		57,54
Inmunofluorescencia-estudio		165,47
PAAF+estudio citológico		86,52
Citología cérvico-vaginal		25,02

2.11.6 Estudios genéticos.

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
Cariotipo de sangre		112,52
Cariotipo de líquido amniótico		276,84
Cariotipo de biopsia		276,84
Cariotipo de médula ósea		165,47
Test despistaje Down		56,26
Técnica PCR		132,37
Técnica Southven		264,75

2.11.7 Pruebas alérgicas.

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
Pruebas alérgicas a medicamentos		99,28
Pruebas epicutáneas		46,33
Provocaciones		27,81
Pruebas de función respiratoria		27,81

2.11.8 Endoscopias.

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
Broncoscopia		84,36
Laringoscopia		55,64
Panendoscopia oral		68,75

Descripción	Porcentaje de aumento	Euros
Colonoscopia sin biopsia		80,33
Colonoscopia con biopsia		108,18
Uretrocistoscopia		77,87
Histeroscopia		44,84
Colangiografía retrógrada endoscópica diagnóstica		271,37
Cápsula endoscópica		1012,20

3. Contratación de terapias respiratorias a presupuesto fijo.

El INGESA, 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 será determinado 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.

En las concurrencias que se establezcan serán considerados los servicios especiales de diagnóstico y tratamiento en medios móviles, y su contratación requerirá la determinación por el órgano de contratación de las condiciones técnico-sanitarias de los medios asistenciales y del régimen económico aplicable en cada caso, previo informe de la Subdirección General de Atención Sanitaria.

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	877,57

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

Tarifas máximas por procedimiento en el año 2006

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.	358,19	297,28
		28.3	Amigdalectomía con adenoidectomía.	358,19	297,28
		28.6	Adenoidectomía sin amigdalectomía.	325,03	269,78
366	Cataratas.	13.7	Extracción+LIO.	955,39	792,98
574	Colelitiasis.	51.2	Colecistectomía.	1.531,98	1.271,54
605	Fimosis.	64.0	Circuncisión.	292,53	242,80
735.0	Dedo gordo pie valgo.	77.54	Escisión de Hallux Valgus.	692,99	575,18
	Dedo gordo de pie valgo bilateral.		Escisión bilateral de Hallux Valgus.	786,57	644,85
455	Hemorroides.	49.46	Hemorroidectomía.	745,11	618,43

Diagnósticos C.I.E. 9-MC		Procedimientos C.I.E. 9-MC		Médicos centro - Euros	Médicos INGESA - Euros
Código	Descripción	Código	Descripción		
550.0	Hernia Inguinal unilateral.	53.0	Reparación unilateral h. inguinal.	846,21	702,34
550.2	Hernia Inguinal bilateral.	53.1	Reparación bilateral h. inguinal.	1.016,68	843,85
600	Hiperplasia próstata.	60.2	Resección transuretral.	1.176,83	976,78
		60.3	Prostatectomía suprapúbica.	1.866,23	1.548,97
715.95	Osteoartrosis de cadera.	81.51	Sustitución total de cadera.	6.013,00	4.990,79
715.96	Osteoartrosis de rodilla.	77.87	Osteotomía de rodilla.	3.087,76	2.562,84
		81.54	Sustitución total de rodilla.	6.663,05	5.530,34
717	Trastorno interno de rodilla.	80.26	Artroscopia diagnóstica o terapéutica.	917,36	761,42
		81.45	Reparación de ligamentos cruzados.	3.087,76	2.562,84
722	Trastorno del disco intervertebral.	80.51	Escisión de disco intervertebral.	2.877,44	2.388,28
454.9	Varices.	38.5	Ligadura y extirpación de venas varicosas.	855,99	710,47
	Varices bilaterales.		Ligadura y extirpación de venas varicosas, ambas piernas	942,58	786,57
V45.1	Acceso vascular para hemodiálisis.	39.27	Arterlovenostomía para diálisis renal.	715,05	607,81
		39.27	Arterlovenostomía para diálisis renal con prótesis.	1.625,14	1.085,59
565.0	Fisura anal.	49.3	Fisurectomía anal.	571,89	474,66
565.1	Fístula anal.	49.12	Fistulectomía anal.	571,89	474,66
685	Quieste pilonidal.	86.21	Escisión de quiste.	617,55	512,57
354.0	Síndrome del túnel carpiano.	04.43	Liberación de túnel carpiano.	573,34	475,88
727.4	Ganglión.	82.21	Escisión de lesión de vaina tendón de mano.	357,53	296,74
728.6	Dupuytren.	82.35	Otra fasciectomía de mano.	573,34	475,88
752.5	Testículo no descendido.	62.5	Orquidopexia.	552,54	458,61
603	Hidrocele.	61.2	Escisión de hidrocele.	552,54	458,61
V25.2	Esterilización.	63.70	Vasectomía.	292,53	242,80
V25.2	Esterilización.	66.39	Oclusión bilateral de trompas de Falopio.	357,53	296,74
375	Trastornos del aparato lacrimal.	09.81	Dacriocistorrinostomía.	302,76	251,28
372.4	Pterigión.	11.3	Escisión de Pterigión.	296,70	246,27
470	Tabique nasal desviado.	21.8	Septoplastia.	560,45	465,16

5.3 Procedimientos quirúrgicos de cirugía cardíaca.

Tarifas máximas por procedimiento en el año 2006

Diagnósticos C.I.E. 9-MC		Procedimientos C.I.E. 9-MC		Porcentaje de aumento	Euros
Código	Descripción	Código	Descripción		
394	Enfermedad de la válvula mitral.	35.0	Valvulotomía cardíaca cerrada.	4	5.663,60
395	Enfermedad de la válvula aórtica.	35.1+39.61	Valvuloplastia cardíaca abierta.	4	6.996,22
396	Enfermedad valvular mitroaórtica.	35.2+39.61	Sustitución de válvula o válvulas cardíaca/s.	4	8.190,69
397	Enfermedades de otras estructuras endocárdicas.	35.3+39.61	Excisión anillo subvalvular aórtico y otras op. sobre estructuras adyacentes a válvulas.	4	7.329,37
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	6.829,64
996.02	Complicación tras sustitución valvular cardíaca.	35.95	Revisión de procedimiento correctivo sobre el corazón.	4	4.997,29
		35.95+39.61	Revisión de procedimiento correctivo sobre el corazón con Cir. Extracorp.	4	7.662,52
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	7.995,68
429.9	Otra patología cardíaca.	39.61	Otras intervenciones sobre el corazón con circulación extracorporea.	4	6.996,22
411	Cardiopatía isquémica crónica.	36.1-36.2+39.61	Revascularización miocárdica.	4	8.020,05
		35.22+36.1-36.2+39.61	Revascularización miocárdica más sustitución valvular aórtica.	4	8.531,96
441	Aneurisma de aorta.	38.44	Resección aneurisma con sustitución.	4	4.997,29

Diagnósticos C.I.E. 9-MC		Procedimientos C.I.E. 9-MC		Porcentaje de aumento	Euros
Código	Descripción	Código	Descripción		
747.0	Conducto arterioso permeable.	38.85	Escisión, ligadura de ductus.	4	3.331,54
747.1	Coartación de aorta.	38.64	Reparación de coartación.	4	4.330,99
423	Enfermedades del pericardio.	37.3	Pericardiectomía.	4	3.664,69
426.9	Bloqueo cardiaco.	37.80	Implantación, revisión, sustitución de marcapasos endocavitario permanente.	4	1.565,82
		37.74	Inserción sustitución marcapasos epicárdico.	4	999,46
		37.8	Recambio generador de marcapasos.	4	499,73
428	Insuficiencia cardiaca.	37.61	Implante de balón de contrapulsación.	4	2.665,23

Los conciertos para procedimientos quirúrgicos de cirugía cardiaca 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 estereotáxica.

Tarifas máximas por procedimiento en el año 2006

Diagnósticos C.I.E. 9-MC		Procedimientos C.I.E. 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	8.775,74
747.81	Malformaciones vasculares cerebrales.	92.3	Radiocirugía estereotáxica.	4	10.400,87
350.1	Neuralgia del trigémino.	92.3	Radiocirugía estereotáxica.	4	8.125,69

5.5 Procedimientos de hemodinámica cardíaca diagnóstica y terapéutica.

Tarifas máximas por procedimiento en el año 2006

Diagnósticos C.I.E. 9-MC		Procedimientos C.I.E. 9-MC		Porcentaje de aumento	Euros
Descripción	Código	Descripción	Código		
Hemodinámica cardíaca diagnóstica y terapéutica.	88.5/37.23	Angiocardiógrafa y/o cateterismo.		4	812,57
	36.0	Angioplastia transluminal coronaria.		4	3.250,27
	36.0+88.5	Angioplastia transluminal coronaria incluyendo angiocardiógrafa.		4	3.347,78
	35.96	Valvuloplastia percutánea.		4	3.250,27
	35.96+88.5	Valvuloplastia percutánea incluyendo angiocardiógrafa.		4	3.380,28
	37.25	Biopsia endomiocárdica.		4	975,08

En el precio de todos los procedimientos descritos en los apartados 5.2, 5.3, 5.4 y 5.5 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 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 los que se realicen en régimen ambulatorio.

Prótesis, en los procedimientos del apartado 5.2. En estos casos el Centro deberá especificar en su oferta de licitación el tipo de prótesis, marca, precio y técnica quirúrgica de implantación. En los casos en que así lo especifique el INGESA podrán concertarse procedimientos quirúrgicos con implante, diferenciando el valor de los mismos y sus mecanismos de liquidación económica. En las tarifas de los procedimientos descritos en los apartados 5.3, 5.4 y 5.5, no se encuentran incluidas las prótesis.

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

Estancias que fueran necesarias en unidad de cuidados intensivos. En el precio de los procesos comprendidos en el apartado 5.3 (procedimientos quirúrgicos de cirugía cardíaca) se incluye la estancia en unidad de cuidados intensivos durante los cinco primeros días después de la intervención; las estancias que fueran necesarias en unidad de cuidados intensivos a partir del sexto día de la intervención quirúrgica se facturarán a 650 euros diarios.

Las consultas de revisión que sean necesarias después del alta hospitalaria, 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 después del alta hospitalaria será, al menos, de cuatro.

El traslado forzoso del paciente en transporte sanitario adecuado al hospital de Área Sanitaria correspondiente 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.

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 4 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 los apartados 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 realizar o contratar procedimientos quirúrgicos en Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria sin camas de hospitalización será necesario cumplir los requisitos técnico-sanitarios y asistenciales que determine el órgano de contratación en función de los procesos objeto de contrato, sin que el Centro hospitalario en el que se encuentre ubicada la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria necesite la clasificación prevista en el apartado 5.8.

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).

Segundo. *Convenios singulares de Colaboración.*

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

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 INGESA.

El régimen de estos convenios sustitutorios se fijará en una cláusula adicional de carácter anual que se incorporará al convenio vigente, en la cual se especificará 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 contrata-

ción 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 2006, 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 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 2006, 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 2006.

Tercero. *Contratos Marco.*

1. 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.

2. 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 de contrato marco de los mismos.

3. 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 INGESA 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 se reducirán 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 2006 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 2005 se realizará automáticamente por el INGESA con efectos de 1 de enero de 2006, siempre que haya transcurrido un año desde la fecha de formalización del concierto y éste no haya sido revisado con anterioridad por Resolución individualizada. Para los conciertos cuyo grado 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.

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 Sanitaria 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 y 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 Una vez fiscalizada de conformidad, se firmará la cláusula adicional, y se diligenciará por el Director Territorial resolución aprobatoria de la misma, liquidándose a continuación los atrasos que correspondan y aplicando en la facturación 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 INGESA, 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 2006 que por cualquier circunstancia aún estuviese pendiente 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 INGESA velarán por el correcto cumplimiento de las obligaciones de los centros, servicios y empresas concertadas y en particular de las obligaciones 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 INGESA la facultad de resolver los expedientes de revisión de tarifas de los conciertos y convenios suscritos por los órganos centrales del INGESA con centros y servicios concertados que estén ubicados en la Ciudad Autónoma donde resida 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 al de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 1 de marzo de 2006.—El Director, Francisco Javier Muñoz Aizpuru.

Sres. Subdirectores generales, Directores territoriales y Gerentes de Atención Sanitaria del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

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 Secretaria 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:

Tarifas de Hospitalización:

- Por día de estancia:

(Médicos del centro).€.

- Por día de estancia:

(Médicos del INGESA).....€.

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 2006.

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 2006

Por el Centro,

Por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria,

Fdo.:

Fdo.:

DILIGENCIA: D., Director Territorial 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 2006

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 Territorial 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:

1. Servicios:	Tarifas
- _____	
- _____	
- _____	
- _____	
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: 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.

Cuarto: Las tarifas que se convienen no podrán ser modificadas con efectos anteriores a 1 de enero de 2006.

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 de de de 2006

Por el Centro,

Por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria,

Fdo.:

Fdo.:

DILIGENCIA: D., Director Territorial 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 de de de 2006

Fdo.: