

Proyecto de Orden por la que se actualizan los anexos I, II, III y IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

El Fondo de cohesión sanitaria (en adelante, FCS), creado por la Ley 21/2001, de 27 de diciembre, por la que se regulan las medidas fiscales y administrativas del nuevo sistema de financiación de las comunidades autónomas de régimen común y ciudades con Estatuto de Autonomía, tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español.

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

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria contempla, en su artículo 4.1, que se compensará con cargo a dicho Fondo la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos por alguno de los procesos contemplados en sus anexos I y II. Así mismo, en su artículo 6.1 recoge que el FCS compensará la asistencia cuando se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia (en adelante, CSUR) por el Ministerio de Sanidad.

Dicho real decreto establece que serán incorporadas como anexo al mismo las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos (en adelante, PTTP) atendidos por los CSUR que hayan de ser objeto de compensación con cargo al FCS, recogándose en cada caso la cuantía del coste financiado.

Asimismo, señala que las PTTP objeto de financiación por el FCS habrán de ser objeto de revisión y actualización con la periodicidad adecuada para recoger las atenciones realizadas en los CSUR designados, de acuerdo con sus normas reguladoras.

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

Tras el correspondiente acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, la incorporación y revisión de PTTP al anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se ha llevado a cabo por distintas órdenes ministeriales.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud ha continuado acordando y revisando PTTP para las que es necesario designar CSUR en el Sistema Nacional de Salud y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia.

Por ello, mediante esta orden se incorporan al apartado A del anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, las nuevas PTTP acordadas por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para las que se han designado CSUR.

Asimismo, desde la publicación de la Orden SND/433/2026, de 27 de abril, ha sido preciso actualizar los procesos con ingreso hospitalario recogidos en el anexo III.B, así como, los procedimientos ambulatorios del anexo II.

El artículo 4.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, determina que el Ministerio de Sanidad, en la medida que la evidencia científica lo aconseje, actualizará la lista de procesos contemplados en los anexos I y II.

Se incorporan tres nuevos procedimientos ambulatorios en el apartado A del anexo II: dos relativos a estudios genéticos y uno relativo al transporte en ECMO neonatal y pediátrico. Para este último, se designaron centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud mediante la Orden de 28 de julio de 2025. Los costes compensables de los tres nuevos procedimientos fueron acordados por la Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria. Para el resto de los procedimientos del apartado A del anexo II se han mantenido los mismos importes establecidos en la Orden SND/433/2026, de 27 de abril.

Tal como se establece en los artículos 7.2 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, el Ministerio de Sanidad, previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, actualizará anualmente los importes e informará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de los criterios utilizados. Por ello, se ha procedido a actualizar los importes. Al igual que en la Orden SND/433/2026, de 27 de abril, la cuantía de los costes es, en el caso de los GRD resultantes del proceso con ingreso hospitalario, de acuerdo con el listado de GRD recogido en el anexo I y en apartado B del anexo III, recogiendo como últimos disponibles, los costes basados en los datos aportados a través de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Este mismo criterio se ha seguido para la actualización de los costes de los procedimientos médicos y quirúrgicos ambulatorios que compensan por GRD del apartado B del anexo II.

Por último, el apartado 2 del artículo 6 bis del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, establece que el anexo IV se revisará periódicamente por orden ministerial para recoger las técnicas, tecnologías y procedimientos cuyo uso tutelado esté vigente en cada momento.

Tras la publicación del Real Decreto 207/2010, de 26 de febrero, por el que se establecen las condiciones del uso tutelado de técnicas, tecnologías y procedimientos sanitarios y se modifica el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se

regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, se puso en marcha el uso tutelado del tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA. Durante tres años se procedió a recoger los datos sobre los resultados de la aplicación de dichos tratamientos a los pacientes siguiendo un protocolo establecido al efecto. Una vez finalizado el uso tutelado, la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación de 29 de mayo de 2014 propuso la inclusión del tratamiento quirúrgico con grasa autóloga en la cartera común básica de servicios asistenciales, para aquellos pacientes con lipoatrofia asociada al VIH-SIDA. Su inclusión se hizo efectiva mediante la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos.

Por tanto, al no existir ningún uso tutelado en vigor, procede la actualización del contenido del anexo IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

Esta orden se ajusta a los principios de buena regulación contenidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En virtud de los principios de necesidad y eficacia, este proyecto de reforma de los anexos I, II, III y IV del FCS busca la revisión y actualización del listado de los procesos, patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos que pueden ser objeto de financiación con cargo al FCS, así como de sus costes compensables.

En virtud del principio de proporcionalidad, esta iniciativa propone la actualización necesaria de los anexos mediante orden, sin que exista ninguna otra alternativa de reforma normativa. Igualmente, esta iniciativa supone la modificación de los anexos sin incorporar ninguna medida restrictiva de los derechos de los usuarios del Sistema Nacional de Salud.

De conformidad con el principio de seguridad jurídica, esta reforma busca que los anexos que afectan al FCS estén actualizados, sirvan como un listado claro y predecible de qué procesos son susceptibles de ser derivados entre las comunidades autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía. Además, esta reforma normativa no modifica el reconocimiento de la asistencia sanitaria prestada a los ciudadanos europeos desplazados temporalmente a España y resulta coherente con el ordenamiento jurídico de la Unión Europea.

En aplicación del principio de transparencia, la consulta de los anexos actualizados permitirá un acceso sencillo, actualizado y centralizado a los procesos objeto de derivación, y permitirá consultar por los pacientes, los profesionales sanitarios y los particulares cuál es el coste medio y el coste compensable de los diferentes conceptos.

En aplicación del principio de eficiencia, esta actualización no genera nuevas cargas administrativas, sino que permite consolidar los anexos de conformidad con las últimas actualizaciones legales y los avances científicos, permitiendo un uso más racional de los recursos públicos.

Esta orden ha sido informada por la Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria, el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Con carácter previo a la elaboración del texto del proyecto se ha realizado el trámite de consulta pública previsto en el artículo 26.2 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. Asimismo, se ha realizado el trámite de información pública, en el que han sido oídos los distintos sectores afectados y han sido consultadas las comunidades autónomas, las ciudades de Ceuta y Melilla y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.

Esta orden se dicta en uso de la habilitación contenida en la disposición final segunda y de conformidad con lo dispuesto en los artículos 6.3, 6 bis.2, 7.2, 9.2, 9.3 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

En su virtud, de acuerdo con el Consejo de Estado,

DISPONGO:

Artículo único. *Modificación de los anexos I, II, III y IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.*

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

Uno. El anexo I queda sustituido en su totalidad por el anexo I de esta orden.

Dos. El anexo II queda sustituido en su totalidad por el anexo II de esta orden.

Tres. El anexo III queda sustituido en su totalidad por el anexo III de esta orden.

Cuatro. El anexo IV queda sustituido en su totalidad por el anexo IV de esta orden.

Disposición adicional única. *Aplicación de los nuevos anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.*

Los nuevos costes de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se aplicarán por primera vez en la liquidación del Fondo de cohesión sanitaria del año 2026, que corresponde a la actividad registrada en el Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria en el año 2025.

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

En tanto no se designen centros, servicios o unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud para la atención o realización de las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos incluidos en el apartado A del anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se continuará compensando esta actividad por los conceptos e importes recogidos en el apartado B del citado anexo III a todos los centros que las

realicen. Una vez designados CSUR para una patología, técnica, tecnología o procedimiento, sólo se compensará la actividad remitida a aquellos centros, servicios o unidades que hayan sido designados de referencia para la misma.

Disposición derogatoria única. *Derogación normativa.*

Queda derogada la Orden SND/433/2026, de 27 de abril, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, así como cuantas disposiciones de igual o inferior rango se opongan a lo dispuesto en esta orden.

Disposición final única. *Entrada en vigor.*

Esta orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”.

Madrid, de de 2026

LA MINISTRA DE SANIDAD

ANEXO I

Procesos con ingreso hospitalario

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
1	1	TRASPLANTE HEPÁTICO Y/O DE INTESTINO	34.442,62	27.554,09
1	2	TRASPLANTE HEPÁTICO Y/O DE INTESTINO	39.201,12	31.360,90
1	3	TRASPLANTE HEPÁTICO Y/O DE INTESTINO	52.925,29	42.340,23
1	4	TRASPLANTE HEPÁTICO Y/O DE INTESTINO	85.009,71	68.007,77
2	1	TRASPLANTE CARDIACO Y/O PULMONAR	47.545,10	38.036,08
2	2	TRASPLANTE CARDIACO Y/O PULMONAR	50.259,86	40.207,89
2	3	TRASPLANTE CARDIACO Y/O PULMONAR	64.201,77	51.361,42
2	4	TRASPLANTE CARDIACO Y/O PULMONAR	111.647,80	89.318,24
4	1	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	56.944,02	45.555,22
4	2	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	65.625,55	52.500,44
4	3	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	79.361,26	63.489,01
4	4	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	91.265,06	73.012,05
5	1	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	46.259,00	37.007,20
5	2	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	58.127,91	46.502,33
5	3	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	63.516,30	50.813,04
5	4	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	80.521,22	64.416,97
7	1	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	34.863,40	27.890,72
7	2	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	37.181,32	29.745,06
7	3	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	48.042,37	38.433,90
7	4	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	82.651,74	66.121,40
8	1	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O INMUNOTERAPIA CÉLUAS T	13.904,46	11.123,57
8	2	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O INMUNOTERAPIA CÉLUAS T	18.331,71	14.665,36
8	3	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O INMUNOTERAPIA CÉLUAS T	23.917,61	19.134,08
8	4	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O INMUNOTERAPIA CÉLUAS T	47.503,65	38.002,92
9	1	OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)	20.457,39	16.365,91
9	2	OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)	20.457,39	16.365,91
9	3	OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)	41.474,98	33.179,99
9	4	OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)	70.067,11	56.053,69
20	1	CRANEOTOMÍA ABIERTA POR TRAUMA	12.065,74	9.652,59
20	2	CRANEOTOMÍA ABIERTA POR TRAUMA	23.370,92	18.696,73
20	3	CRANEOTOMÍA ABIERTA POR TRAUMA	35.342,46	28.273,97
20	4	CRANEOTOMÍA ABIERTA POR TRAUMA	40.605,86	32.484,69
21	1	CRANEOTOMÍA ABIERTA EXCEPTO POR TRAUMA	13.387,78	10.710,22
21	2	CRANEOTOMÍA ABIERTA EXCEPTO POR TRAUMA	18.387,74	14.710,19
21	3	CRANEOTOMÍA ABIERTA EXCEPTO POR TRAUMA	32.460,31	25.968,25
21	4	CRANEOTOMÍA ABIERTA EXCEPTO POR TRAUMA	47.255,15	37.804,12
22	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	7.698,73	6.158,98
22	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	9.791,69	7.833,35
22	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	24.226,83	19.381,46
22	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	43.871,00	35.096,80

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
23	1	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	11.907,91	9.526,33
23	2	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	19.421,75	15.537,40
23	3	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	34.843,81	27.875,05
23	4	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	55.947,07	44.757,65
24	1	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES ABIERTOS	7.834,82	6.267,86
24	2	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES ABIERTOS	9.713,77	7.771,01
24	3	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES ABIERTOS	15.143,95	12.115,16
24	4	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES ABIERTOS	27.920,76	22.336,61
26	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	4.733,84	3.787,07
26	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	8.985,00	7.188,00
26	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	15.689,51	12.551,61
26	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	27.876,98	22.301,58
29	1	OTROS PROCEDIMIENTOS PERCUTANEOS INTRACRANEALES	10.237,01	8.189,61
29	2	OTROS PROCEDIMIENTOS PERCUTANEOS INTRACRANEALES	10.237,01	8.189,61
29	3	OTROS PROCEDIMIENTOS PERCUTANEOS INTRACRANEALES	18.482,22	14.785,78
29	4	OTROS PROCEDIMIENTOS PERCUTANEOS INTRACRANEALES	31.616,91	25.293,53
30	1	PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERCUTANEOS INTRACRANEALES Y EXTRACRANEALES	9.002,37	7.201,90
30	2	PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERCUTANEOS INTRACRANEALES Y EXTRACRANEALES	9.373,39	7.498,71
30	3	PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERCUTANEOS INTRACRANEALES Y EXTRACRANEALES	12.634,93	10.107,94
30	4	PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERCUTANEOS INTRACRANEALES Y EXTRACRANEALES	20.187,60	16.150,08
40	1	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	6.043,83	4.835,06
40	2	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	7.663,01	6.130,41
40	3	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	13.244,99	10.595,99
40	4	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	20.685,06	16.548,05
41	1	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO	4.607,28	3.685,82
41	2	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO	5.145,88	4.116,71
41	3	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO	7.044,80	5.635,84
41	4	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO	9.063,99	7.251,19
42	1	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE	3.942,54	3.154,03
42	2	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE	5.583,29	4.466,63
42	3	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE	8.512,93	6.810,34
42	4	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE	14.963,60	11.970,88
44	1	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	4.877,51	3.902,01
44	2	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	6.955,49	5.564,39
44	3	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	7.983,51	6.386,81
44	4	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	12.510,80	10.008,64
45	1	ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO	3.972,47	3.177,98
45	2	ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO	5.074,71	4.059,77
45	3	ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO	7.576,87	6.061,49
45	4	ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO	10.499,43	8.399,55
46	1	ACVA NO ESPECÍFICO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES SIN INFARTO	2.904,07	2.323,26
46	2	ACVA NO ESPECÍFICO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES SIN INFARTO	3.655,02	2.924,01
46	3	ACVA NO ESPECÍFICO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES SIN INFARTO	5.384,40	4.307,52

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
46	4	ACVA NO ESPECÍFICO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES SIN INFARTO	8.328,71	6.662,97
48	1	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	3.638,01	2.910,41
48	2	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	4.845,24	3.876,19
48	3	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	8.419,73	6.735,78
48	4	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	20.316,47	16.253,18
49	1	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO	6.919,38	5.535,51
49	2	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO	9.637,37	7.709,89
49	3	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO	15.078,47	12.062,77
49	4	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO	22.435,38	17.948,31
52	1	ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	2.055,00	1.644,00
52	2	ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	3.857,51	3.086,01
52	3	ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	6.103,15	4.882,52
52	4	ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	11.919,30	9.535,44
55	1	TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA >1H O HEMORRAGIA	3.196,37	2.557,10
55	2	TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA >1H O HEMORRAGIA	4.366,72	3.493,38
55	3	TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA >1H O HEMORRAGIA	7.924,94	6.339,95
55	4	TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA >1H O HEMORRAGIA	15.281,46	12.225,17
56	1	FRACTURA CRANEAL Y LESIÓN INTRACRANEAL COMPLICADA, COMA < 1H O SIN COMA	2.874,38	2.299,51
56	2	FRACTURA CRANEAL Y LESIÓN INTRACRANEAL COMPLICADA, COMA < 1H O SIN COMA	4.340,45	3.472,36
56	3	FRACTURA CRANEAL Y LESIÓN INTRACRANEAL COMPLICADA, COMA < 1H O SIN COMA	6.608,16	5.286,53
56	4	FRACTURA CRANEAL Y LESIÓN INTRACRANEAL COMPLICADA, COMA < 1H O SIN COMA	35.924,06	28.739,25
57	1	CONMOCION CEREBRAL, FRACTURA CRANEAL CERRADA NEOM, LESIÓN INTRACRANEAL NO COMPLICADA, COMA <1 HR O SIN COMA	1.734,55	1.387,64
57	2	CONMOCION CEREBRAL, FRACTURA CRANEAL CERRADA NEOM, LESIÓN INTRACRANEAL NO COMPLICADA, COMA <1 HR O SIN COMA	2.584,01	2.067,21
57	3	CONMOCION CEREBRAL, FRACTURA CRANEAL CERRADA NEOM, LESIÓN INTRACRANEAL NO COMPLICADA, COMA <1 HR O SIN COMA	4.948,42	3.958,74
57	4	CONMOCION CEREBRAL, FRACTURA CRANEAL CERRADA NEOM, LESIÓN INTRACRANEAL NO COMPLICADA, COMA <1 HR O SIN COMA	9.749,96	7.799,97
58	1	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	3.437,32	2.749,85
58	2	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	5.418,71	4.334,97
58	3	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	8.630,17	6.904,13
58	4	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	14.675,51	11.740,41
59	1	ANOXIA Y OTRO DAÑO CEREBRAL SEVERO	3.934,99	3.147,99
59	2	ANOXIA Y OTRO DAÑO CEREBRAL SEVERO	5.617,41	4.493,92
59	3	ANOXIA Y OTRO DAÑO CEREBRAL SEVERO	7.368,78	5.895,02
59	4	ANOXIA Y OTRO DAÑO CEREBRAL SEVERO	12.997,37	10.397,90
73	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	3.325,16	2.660,13
73	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	4.644,61	3.715,69
73	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	7.675,96	6.140,76
73	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	19.144,88	15.315,91
82	1	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	3.050,39	2.440,31
82	2	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	3.565,71	2.852,56
82	3	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	5.862,98	4.690,38
82	4	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	10.850,75	8.680,60
89	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	6.604,15	5.283,32

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
89	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	16.027,71	12.822,17
89	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	28.291,55	22.633,24
89	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	57.781,46	46.225,17
91	1	OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO	10.719,92	8.575,94
91	2	OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO	20.697,51	16.558,01
91	3	OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO	33.272,10	26.617,68
91	4	OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO	47.119,32	37.695,46
92	1	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	6.333,77	5.067,01
92	2	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	10.756,80	8.605,44
92	3	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	15.294,14	12.235,31
92	4	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	34.882,35	27.905,88
95	1	REPARACIÓN DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR	6.723,10	5.378,48
95	2	REPARACIÓN DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR	7.774,50	6.219,60
95	3	REPARACIÓN DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR	8.987,71	7.190,17
95	4	REPARACIÓN DE HENDIDURA LABIAL Y PALADAR	8.987,71	7.190,17
98	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	4.254,55	3.403,64
98	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	6.934,07	5.547,26
98	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	14.794,88	11.835,90
98	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	31.806,95	25.445,56
110	1	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	3.603,12	2.882,50
110	2	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	4.823,83	3.859,07
110	3	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	8.569,36	6.855,48
110	4	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	14.216,80	11.373,44
114	1	ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DENTALES	2.550,32	2.040,26
114	2	ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DENTALES	3.080,31	2.464,25
114	3	ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DENTALES	5.145,56	4.116,45
114	4	ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DENTALES	10.528,37	8.422,70
115	1	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	2.486,29	1.989,03
115	2	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	3.646,12	2.916,90
115	3	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	6.373,11	5.098,49
115	4	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	12.653,69	10.122,96
120	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	9.804,04	7.843,23
120	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	11.938,51	9.550,81
120	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	17.589,99	14.071,99
120	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	36.441,72	29.153,38
121	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	6.517,00	5.213,60
121	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	8.372,54	6.698,03
121	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	13.515,24	10.812,20
121	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	29.720,91	23.776,73
130	1	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA DE MÁS DE 96 HORAS	14.374,81	11.499,85
130	2	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA DE MÁS DE 96 HORAS	16.432,15	13.145,72
130	3	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA DE MÁS DE 96 HORAS	24.165,24	19.332,19
130	4	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA DE MÁS DE 96 HORAS	33.289,13	26.631,30

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
131	1	FIBROSIS QUÍSTICA - ENFERMEDAD PULMONAR	4.979,42	3.983,53
131	2	FIBROSIS QUÍSTICA - ENFERMEDAD PULMONAR	6.416,53	5.133,22
131	3	FIBROSIS QUÍSTICA - ENFERMEDAD PULMONAR	7.651,49	6.121,19
131	4	FIBROSIS QUÍSTICA - ENFERMEDAD PULMONAR	13.025,12	10.420,10
132	1	BDP Y OTRAS ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	2.781,66	2.225,33
132	2	BDP Y OTRAS ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	3.445,87	2.756,70
132	3	BDP Y OTRAS ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	5.253,46	4.202,77
132	4	BDP Y OTRAS ENF. RESPIRATORIAS CRÓNICAS CON ORIGEN EN PERIODO PERINATAL	8.398,05	6.718,44
133	1	FALLO RESPIRATORIO	3.404,50	2.723,60
133	2	FALLO RESPIRATORIO	4.120,30	3.296,24
133	3	FALLO RESPIRATORIO	6.351,78	5.081,42
133	4	FALLO RESPIRATORIO	13.989,49	11.191,59
134	1	EMBOLISMO PULMONAR	3.660,36	2.928,29
134	2	EMBOLISMO PULMONAR	4.627,40	3.701,92
134	3	EMBOLISMO PULMONAR	5.972,78	4.778,22
134	4	EMBOLISMO PULMONAR	8.971,69	7.177,35
135	1	TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	3.006,13	2.404,91
135	2	TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	3.840,97	3.072,78
135	3	TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	5.889,37	4.711,50
135	4	TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	10.609,71	8.487,77
136	1	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	3.287,17	2.629,74
136	2	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	4.751,64	3.801,32
136	3	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	7.151,94	5.721,55
136	4	NEOPLASIAS RESPIRATORIAS	10.292,63	8.234,10
137	1	INFECCIONES E INFLAMACIONES PULMONARES MAYORES	3.847,42	3.077,94
137	2	INFECCIONES E INFLAMACIONES PULMONARES MAYORES	4.534,31	3.627,45
137	3	INFECCIONES E INFLAMACIONES PULMONARES MAYORES	4.948,66	3.958,93
137	4	INFECCIONES E INFLAMACIONES PULMONARES MAYORES	7.903,09	6.322,47
138	1	BRONQUIOLITIS Y NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	2.781,72	2.225,38
138	2	BRONQUIOLITIS Y NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	3.718,95	2.975,16
138	3	BRONQUIOLITIS Y NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	4.166,98	3.333,58
138	4	BRONQUIOLITIS Y NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	7.550,71	6.040,57
139	1	OTRA NEUMONÍA	2.847,98	2.278,38
139	2	OTRA NEUMONÍA	3.949,10	3.159,28
139	3	OTRA NEUMONÍA	4.605,24	3.684,19
139	4	OTRA NEUMONÍA	7.221,99	5.777,59
140	1	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	2.784,51	2.227,60
140	2	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	3.561,91	2.849,53
140	3	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	4.334,11	3.467,29
140	4	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA	6.740,23	5.392,18
142	1	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	3.273,77	2.619,02
142	2	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	4.347,81	3.478,25
142	3	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	5.799,12	4.639,29

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
142	4	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	9.590,12	7.672,10
143	1	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELANEAS	2.558,92	2.047,13
143	2	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELANEAS	3.942,36	3.153,89
143	3	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELANEAS	5.265,13	4.212,11
143	4	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELANEAS	8.168,58	6.534,87
160	1	REPARACIÓN CARDIOTORÁCICA MAYOR DE ANOMALÍA CARDIACA	21.729,19	17.383,35
160	2	REPARACIÓN CARDIOTORÁCICA MAYOR DE ANOMALÍA CARDIACA	27.215,65	21.772,52
160	3	REPARACIÓN CARDIOTORÁCICA MAYOR DE ANOMALÍA CARDIACA	39.079,73	31.263,78
160	4	REPARACIÓN CARDIOTORÁCICA MAYOR DE ANOMALÍA CARDIACA	63.037,35	50.429,88
161	1	SISTEMAS IMPLANTABLES DE ASISTENCIA CARDIACA	5.826,92	4.661,54
161	2	SISTEMAS IMPLANTABLES DE ASISTENCIA CARDIACA	53.793,29	43.034,63
161	3	SISTEMAS IMPLANTABLES DE ASISTENCIA CARDIACA	53.793,29	43.034,63
161	4	SISTEMAS IMPLANTABLES DE ASISTENCIA CARDIACA	90.772,68	72.618,14
162	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	25.056,15	20.044,92
162	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	33.639,78	26.911,83
162	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	42.324,69	33.859,75
162	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	57.940,07	46.352,06
163	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	20.908,58	16.726,87
163	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	25.057,83	20.046,27
163	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	35.018,89	28.015,12
163	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	50.896,37	40.717,09
165	1	BYPASS CORONARIO CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	21.869,76	17.495,80
165	2	BYPASS CORONARIO CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	24.716,45	19.773,16
165	3	BYPASS CORONARIO CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	33.451,13	26.760,91
165	4	BYPASS CORONARIO CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	53.481,46	42.785,17
166	1	BYPASS CORONARIO SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	18.467,24	14.773,79
166	2	BYPASS CORONARIO SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	22.218,98	17.775,19
166	3	BYPASS CORONARIO SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	28.640,86	22.912,69
166	4	BYPASS CORONARIO SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	49.305,00	39.444,00
167	1	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁCICOS Y VASCULARES TORÁCICOS	15.026,12	12.020,89
167	2	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁCICOS Y VASCULARES TORÁCICOS	15.403,97	12.323,18
167	3	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁCICOS Y VASCULARES TORÁCICOS	27.983,65	22.386,92
167	4	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁCICOS Y VASCULARES TORÁCICOS	45.571,01	36.456,80
169	1	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES VASCULARES MAYORES	17.278,98	13.823,18
169	2	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES VASCULARES MAYORES	20.116,85	16.093,48
169	3	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES VASCULARES MAYORES	24.693,23	19.754,59
169	4	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES VASCULARES MAYORES	45.051,50	36.041,20
170	1	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	10.480,74	8.384,59
170	2	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	11.090,04	8.872,03
170	3	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	13.982,47	11.185,98
170	4	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	21.618,48	17.294,78
171	1	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	6.776,72	5.421,38
171	2	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	8.145,66	6.516,53

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
171	3	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	11.072,15	8.857,72
171	4	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	18.626,14	14.900,91
174	1	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS CON IAM	7.234,03	5.787,23
174	2	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS CON IAM	8.581,90	6.865,52
174	3	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS CON IAM	12.322,40	9.857,92
174	4	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS CON IAM	20.468,16	16.374,53
175	1	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	3.923,78	3.139,02
175	2	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	6.585,69	5.268,55
175	3	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	11.425,37	9.140,30
175	4	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	23.005,02	18.404,02
176	1	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	6.322,30	5.057,84
176	2	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	9.197,14	7.357,71
176	3	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	13.377,35	10.701,88
176	4	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	20.966,34	16.773,07
180	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	2.987,01	2.389,60
180	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	7.861,50	6.289,20
180	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	13.661,43	10.929,14
180	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	26.362,93	21.090,35
181	1	PROCEDIMIENTOS ARTERIALES SOBRE EXTREMIDAD INFERIOR	11.432,81	9.146,25
181	2	PROCEDIMIENTOS ARTERIALES SOBRE EXTREMIDAD INFERIOR	16.283,95	13.027,16
181	3	PROCEDIMIENTOS ARTERIALES SOBRE EXTREMIDAD INFERIOR	24.168,06	19.334,44
181	4	PROCEDIMIENTOS ARTERIALES SOBRE EXTREMIDAD INFERIOR	39.038,00	31.230,40
182	1	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERIFÉRICOS	7.601,06	6.080,85
182	2	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERIFÉRICOS	9.855,72	7.884,58
182	3	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERIFÉRICOS	14.248,82	11.399,06
182	4	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERIFÉRICOS	26.689,98	21.351,98
191	1	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	3.354,68	2.683,75
191	2	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	4.365,52	3.492,41
191	3	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	6.844,59	5.475,67
191	4	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	11.715,47	9.372,38
192	1	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	3.559,76	2.847,81
192	2	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	5.737,87	4.590,30
192	3	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	9.609,59	7.687,67
192	4	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	15.517,73	12.414,18
193	1	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	7.435,51	5.948,41
193	2	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	9.409,46	7.527,57
193	3	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	12.087,78	9.670,22
193	4	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	14.923,21	11.938,57
194	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	2.985,86	2.388,69
194	2	INSUFICIENCIA CARDIACA	4.019,21	3.215,37
194	3	INSUFICIENCIA CARDIACA	4.854,31	3.883,45
194	4	INSUFICIENCIA CARDIACA	7.010,88	5.608,70

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
206	1	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. CARDIOVASCULAR.	2.760,46	2.208,37
206	2	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. CARDIOVASCULAR.	4.626,30	3.701,04
206	3	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. CARDIOVASCULAR.	7.720,64	6.176,52
206	4	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. CARDIOVASCULAR.	13.449,95	10.759,96
220	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	8.001,02	6.400,81
220	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	13.265,90	10.612,72
220	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	21.069,60	16.855,68
220	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	37.017,37	29.613,89
226	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO	2.342,17	1.873,74
226	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO	4.134,76	3.307,81
226	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO	9.183,03	7.346,42
226	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO	22.042,33	17.633,86
230	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO DELGADO	9.718,04	7.774,43
230	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO DELGADO	13.328,13	10.662,50
230	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO DELGADO	18.757,33	15.005,86
230	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO DELGADO	28.595,35	22.876,28
231	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO GRUESO	10.093,95	8.075,16
231	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO GRUESO	12.258,59	9.806,87
231	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO GRUESO	17.142,76	13.714,21
231	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO GRUESO	24.730,41	19.784,33
248	1	INFECCIONES BACTERIANAS MAYORES DE APARATO DIGESTIVO	2.879,04	2.303,23
248	2	INFECCIONES BACTERIANAS MAYORES DE APARATO DIGESTIVO	4.452,66	3.562,12
248	3	INFECCIONES BACTERIANAS MAYORES DE APARATO DIGESTIVO	6.996,64	5.597,32
248	4	INFECCIONES BACTERIANAS MAYORES DE APARATO DIGESTIVO	11.235,52	8.988,41
260	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PÁNCREAS, HÍGADO Y DERIVACIÓN	11.705,78	9.364,62
260	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PÁNCREAS, HÍGADO Y DERIVACIÓN	15.640,88	12.512,71
260	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PÁNCREAS, HÍGADO Y DERIVACIÓN	25.226,30	20.181,04
260	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PÁNCREAS, HÍGADO Y DERIVACIÓN	44.145,20	35.316,16
263	1	COLECISTECTOMÍA	3.948,08	3.158,46
263	2	COLECISTECTOMÍA	5.760,44	4.608,35
263	3	COLECISTECTOMÍA	9.968,69	7.974,95
263	4	COLECISTECTOMÍA	22.182,43	17.745,94
264	1	OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES, PÁNCREAS Y ABDOMINALES	3.135,11	2.508,09
264	2	OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES, PÁNCREAS Y ABDOMINALES	4.351,95	3.481,56
264	3	OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES, PÁNCREAS Y ABDOMINALES	13.234,82	10.587,85
264	4	OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES, PÁNCREAS Y ABDOMINALES	29.309,53	23.447,62
279	1	COMA HEPÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MAYORES DE HÍGADO	3.250,09	2.600,08
279	2	COMA HEPÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MAYORES DE HÍGADO	4.498,50	3.598,80
279	3	COMA HEPÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MAYORES DE HÍGADO	7.560,12	6.048,10
279	4	COMA HEPÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MAYORES DE HÍGADO	16.206,80	12.965,44
281	1	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PÁNCREAS	3.249,92	2.599,94
281	2	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PÁNCREAS	4.768,26	3.814,61
281	3	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PÁNCREAS	6.992,89	5.594,31

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
281	4	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PÁNCREAS	10.254,28	8.203,42
283	1	OTROS TRASTORNOS DE HÍGADO	2.574,24	2.059,40
283	2	OTROS TRASTORNOS DE HÍGADO	3.999,78	3.199,83
283	3	OTROS TRASTORNOS DE HÍGADO	6.467,61	5.174,09
283	4	OTROS TRASTORNOS DE HÍGADO	12.221,22	9.776,98
284	1	TRASTORNOS DEL TRACTO Y VESÍCULA BILIAR	3.297,38	2.637,90
284	2	TRASTORNOS DEL TRACTO Y VESÍCULA BILIAR	4.489,75	3.591,80
284	3	TRASTORNOS DEL TRACTO Y VESÍCULA BILIAR	6.986,46	5.589,17
284	4	TRASTORNOS DEL TRACTO Y VESÍCULA BILIAR	11.576,90	9.261,52
303	1	PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR POR ESCOLIOSIS	25.262,15	20.209,72
303	2	PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR POR ESCOLIOSIS	30.418,14	24.334,52
303	3	PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR POR ESCOLIOSIS	42.868,17	34.294,53
303	4	PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR POR ESCOLIOSIS	53.156,93	42.525,54
304	1	PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR EXCEPTO POR ESCOLIOSIS	13.065,87	10.452,70
304	2	PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR EXCEPTO POR ESCOLIOSIS	16.197,15	12.957,72
304	3	PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR EXCEPTO POR ESCOLIOSIS	22.486,05	17.988,84
304	4	PROCEDIMIENTOS DE FUSIÓN DORSAL Y LUMBAR EXCEPTO POR ESCOLIOSIS	49.127,56	39.302,05
310	1	ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	6.276,95	5.021,56
310	2	ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	9.527,13	7.621,70
310	3	ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	18.177,72	14.542,18
310	4	ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	40.597,39	32.477,91
321	1	FUSIÓN ESPINAL CERVICAL Y OTROS PROC. DE LA ESPALDA/CUELLO EXCEPTO ESCISIÓN/DESCOMP. DISCAL	10.156,06	8.124,85
321	2	FUSIÓN ESPINAL CERVICAL Y OTROS PROC. DE LA ESPALDA/CUELLO EXCEPTO ESCISIÓN/DESCOMP. DISCAL	13.907,04	11.125,63
321	3	FUSIÓN ESPINAL CERVICAL Y OTROS PROC. DE LA ESPALDA/CUELLO EXCEPTO ESCISIÓN/DESCOMP. DISCAL	27.332,76	21.866,21
321	4	FUSIÓN ESPINAL CERVICAL Y OTROS PROC. DE LA ESPALDA/CUELLO EXCEPTO ESCISIÓN/DESCOMP. DISCAL	38.730,93	30.984,74
347	1	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	3.283,81	2.627,05
347	2	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	4.799,67	3.839,73
347	3	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	7.489,83	5.991,86
347	4	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	14.112,19	11.289,75
361	1	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	5.738,17	4.590,54
361	2	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	10.311,62	8.249,29
361	3	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	22.962,23	18.369,78
361	4	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	47.788,72	38.230,98
364	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	4.309,63	3.447,71
364	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	7.698,57	6.158,85
364	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	14.688,70	11.750,96
364	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	25.697,36	20.557,89
381	1	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	3.435,40	2.748,32
381	2	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	5.077,81	4.062,25
381	3	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	7.840,22	6.272,17
381	4	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	17.225,73	13.780,58
383	1	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	2.962,26	2.369,80

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
383	2	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	4.360,13	3.488,10
383	3	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	6.488,51	5.190,81
383	4	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	11.119,37	8.895,50
385	1	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	2.978,84	2.383,07
385	2	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	4.148,42	3.318,74
385	3	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	6.447,49	5.157,99
385	4	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	10.461,33	8.369,06
401	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULA ADRENAL	7.254,29	5.803,44
401	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULA ADRENAL	10.032,30	8.025,84
401	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULA ADRENAL	20.843,14	16.674,52
401	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULA ADRENAL	38.891,87	31.113,50
403	1	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA OBESIDAD	6.690,00	5.352,00
403	2	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA OBESIDAD	7.715,97	6.172,78
403	3	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA OBESIDAD	13.713,61	10.970,89
403	4	PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS PARA OBESIDAD	40.515,87	32.412,70
404	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	4.847,76	3.878,21
404	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	6.585,01	5.268,01
404	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	11.835,55	9.468,44
404	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	26.738,65	21.390,92
405	1	OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	7.394,52	5.915,62
405	2	OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	9.858,70	7.886,96
405	3	OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	17.061,83	13.649,46
405	4	OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	41.694,61	33.355,69
422	1	HIPOVOLEMIA Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS RELACIONADOS	2.233,06	1.786,45
422	2	HIPOVOLEMIA Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS RELACIONADOS	3.369,74	2.695,79
422	3	HIPOVOLEMIA Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS RELACIONADOS	4.979,73	3.983,78
422	4	HIPOVOLEMIA Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS RELACIONADOS	8.541,21	6.832,97
425	1	OTROS TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS NO HIPOVOLÉMICOS	2.736,18	2.188,94
425	2	OTROS TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS NO HIPOVOLÉMICOS	3.689,87	2.951,89
425	3	OTROS TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS NO HIPOVOLÉMICOS	5.845,52	4.676,42
425	4	OTROS TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS NO HIPOVOLÉMICOS	10.752,10	8.601,68
426	1	TRASTORNOS DEL SODIO NO HIPOVOLÉMICOS	2.786,90	2.229,52
426	2	TRASTORNOS DEL SODIO NO HIPOVOLÉMICOS	3.646,06	2.916,85
426	3	TRASTORNOS DEL SODIO NO HIPOVOLÉMICOS	5.367,53	4.294,02
426	4	TRASTORNOS DEL SODIO NO HIPOVOLÉMICOS	8.705,97	6.964,78
427	1	TRASTORNOS DE LA TIROIDES	2.126,57	1.701,26
427	2	TRASTORNOS DE LA TIROIDES	3.012,75	2.410,20
427	3	TRASTORNOS DE LA TIROIDES	7.024,27	5.619,42
427	4	TRASTORNOS DE LA TIROIDES	9.907,34	7.925,87
440	1	TRASPLANTE RENAL	20.582,94	16.466,35
440	2	TRASPLANTE RENAL	23.910,98	19.128,79
440	3	TRASPLANTE RENAL	31.546,07	25.236,86
440	4	TRASPLANTE RENAL	51.582,39	41.265,91

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
441	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	8.988,52	7.190,82
441	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	17.004,18	13.603,34
441	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	21.965,89	17.572,71
441	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	41.044,79	32.835,83
442	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR NEOPLASIA	6.999,95	5.599,96
442	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR NEOPLASIA	8.582,13	6.865,70
442	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR NEOPLASIA	14.427,65	11.542,12
442	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR NEOPLASIA	31.893,62	25.514,90
443	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	3.798,00	3.038,40
443	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	5.508,87	4.407,10
443	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	11.245,43	8.996,34
443	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	20.877,85	16.702,28
446	1	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	2.646,18	2.116,94
446	2	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	3.593,51	2.874,81
446	3	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	7.233,29	5.786,63
446	4	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	17.354,68	13.883,75
461	1	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	2.634,79	2.107,84
461	2	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	4.046,89	3.237,51
461	3	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	7.367,54	5.894,04
461	4	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	9.294,81	7.435,85
466	1	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO QUIRÚRGICO GENITOURINARIO	2.263,12	1.810,50
466	2	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO QUIRÚRGICO GENITOURINARIO	3.314,67	2.651,74
466	3	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO QUIRÚRGICO GENITOURINARIO	5.765,57	4.612,46
466	4	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO QUIRÚRGICO GENITOURINARIO	9.536,79	7.629,43
469	1	DAÑO AGUDO DE RINÓN	3.261,47	2.609,18
469	2	DAÑO AGUDO DE RINÓN	4.385,88	3.508,71
469	3	DAÑO AGUDO DE RINÓN	6.677,99	5.342,39
469	4	DAÑO AGUDO DE RINÓN	10.782,53	8.626,02
480	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA	7.871,31	6.297,05
480	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA	8.971,83	7.177,46
480	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA	15.124,22	12.099,38
480	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA	29.543,30	23.634,64
483	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	3.399,62	2.719,70
483	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	5.563,03	4.450,42
483	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	12.247,74	9.798,19
483	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	37.026,38	29.621,10
484	1	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	4.952,75	3.962,20
484	2	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	5.276,96	4.221,57
484	3	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	7.134,04	5.707,24
484	4	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	23.849,74	19.079,79
500	1	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	2.472,50	1.978,00
500	2	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	4.265,28	3.412,23
500	3	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	7.057,62	5.646,10

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
500	4	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	8.793,01	7.034,41
511	1	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	8.036,90	6.429,52
511	2	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	11.109,34	8.887,48
511	3	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	17.774,65	14.219,72
511	4	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	35.125,02	28.100,01
518	1	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	3.601,82	2.881,46
518	2	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	6.136,68	4.909,35
518	3	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	14.271,61	11.417,29
518	4	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	26.589,12	21.271,30
519	1	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	6.015,13	4.812,10
519	2	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	7.003,48	5.602,78
519	3	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	11.927,09	9.541,67
519	4	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	26.348,00	21.078,40
530	1	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	3.652,44	2.921,95
530	2	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	4.097,26	3.277,81
530	3	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	6.413,62	5.130,89
530	4	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	8.724,92	6.979,94
580	1	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.061,16	848,93
580	2	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.319,22	1.055,38
580	3	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.501,29	1.201,03
580	4	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.653,63	1.322,90
581	1	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NACIDO EN EL CENTRO	1.192,01	953,61
581	2	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NACIDO EN EL CENTRO	1.439,07	1.151,26
581	3	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NACIDO EN EL CENTRO	2.345,59	1.876,47
581	4	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NACIDO EN EL CENTRO	2.345,59	1.876,47
583	1	NEONATO CON OXIGENACIÓN MEMBRANA EXTRACORPÓREA	56.243,10	44.994,48
583	2	NEONATO CON OXIGENACIÓN MEMBRANA EXTRACORPÓREA	69.655,04	55.724,03
583	3	NEONATO CON OXIGENACIÓN MEMBRANA EXTRACORPÓREA	69.655,04	55.724,03
583	4	NEONATO CON OXIGENACIÓN MEMBRANA EXTRACORPÓREA	94.916,20	75.932,96
588	1	NEONATO, PESO AL NACER < 1500 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	21.497,51	17.198,01
588	2	NEONATO, PESO AL NACER < 1500 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	54.333,49	43.466,79
588	3	NEONATO, PESO AL NACER < 1500 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	55.687,53	44.550,03
588	4	NEONATO, PESO AL NACER < 1500 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	79.296,62	63.437,29
589	1	NEONATO, PESONAC<500g, Ó PESONAC<1Kg Y SM<24, Ó PESONAC<750g CON ANOMALÍA MAYOR O SIN INTERVENCIÓN DE SOPORTE VITAL	28.032,11	22.425,69
589	2	NEONATO, PESONAC<500g, Ó PESONAC<1Kg Y SM<24, Ó PESONAC<750g CON ANOMALÍA MAYOR O SIN INTERVENCIÓN DE SOPORTE VITAL	28.032,11	22.425,69
589	3	NEONATO, PESONAC<500g, Ó PESONAC<1Kg Y SM<24, Ó PESONAC<750g CON ANOMALÍA MAYOR O SIN INTERVENCIÓN DE SOPORTE VITAL	28.032,11	22.425,69
589	4	NEONATO, PESONAC<500g, Ó PESONAC<1Kg Y SM<24, Ó PESONAC<750g CON ANOMALÍA MAYOR O SIN INTERVENCIÓN DE SOPORTE VITAL	28.032,11	22.425,69
591	1	NEONATO, PESO AL NACER 500-749 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	58.313,97	46.651,17
591	2	NEONATO, PESO AL NACER 500-749 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	58.313,97	46.651,17
591	3	NEONATO, PESO AL NACER 500-749 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	58.313,97	46.651,17
591	4	NEONATO, PESO AL NACER 500-749 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	62.739,84	50.191,87
593	1	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	28.455,79	22.764,63

CÓDIGO APR-GRD¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
593	2	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	61.370,83	49.096,67
593	3	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	64.880,67	51.904,54
593	4	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	71.009,11	56.807,29
602	1	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	40.955,69	32.764,55
602	2	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	52.009,34	41.607,48
602	3	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	57.586,15	46.068,92
602	4	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	61.256,45	49.005,16
603	1	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	30.135,09	24.108,07
603	2	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	41.610,62	33.288,50
603	3	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	50.133,44	40.106,75
603	4	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	50.133,44	40.106,75
607	1	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	28.851,33	23.081,06
607	2	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	38.669,58	30.935,66
607	3	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	45.870,72	36.696,58
607	4	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	57.213,93	45.771,14
608	1	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	23.475,72	18.780,57
608	2	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	30.788,08	24.630,46
608	3	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	43.382,06	34.705,65
608	4	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	43.382,06	34.705,65
609	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-2499 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	2.258,40	1.806,72
609	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-2499 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	42.819,11	34.255,28
609	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-2499 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	45.715,38	36.572,30
609	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-2499 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	67.620,90	54.096,72
611	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON ANOMALÍAS MAYORES	13.561,86	10.849,49
611	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON ANOMALÍAS MAYORES	19.746,63	15.797,31
611	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON ANOMALÍAS MAYORES	33.187,39	26.549,91
611	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON ANOMALÍAS MAYORES	34.837,89	27.870,31
612	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	19.110,91	15.288,73
612	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	26.654,38	21.323,50
612	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	28.296,41	22.637,13
612	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	41.079,09	32.863,27
613	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	16.822,41	13.457,93
613	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	21.394,16	17.115,33
613	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	24.007,69	19.206,15
613	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	24.007,69	19.206,15
614	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	11.598,75	9.279,00
614	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	18.746,28	14.997,02
614	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	26.016,97	20.813,58
614	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	28.192,43	22.553,95
621	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 CON ANOMALÍAS MAYORES	5.821,83	4.657,46

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
621	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 CON ANOMALÍAS MAYORES	11.915,30	9.532,24
621	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 CON ANOMALÍAS MAYORES	25.361,81	20.289,45
621	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 CON ANOMALÍAS MAYORES	43.600,47	34.880,37
622	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	8.700,08	6.960,06
622	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	15.286,28	12.229,02
622	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	15.711,72	12.569,37
622	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	23.009,27	18.407,41
623	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	8.720,02	6.976,01
623	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	12.622,58	10.098,06
623	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	20.812,05	16.649,64
623	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	20.812,05	16.649,64
625	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	8.783,97	7.027,17
625	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	13.350,47	10.680,38
625	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	20.981,30	16.785,04
625	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	20.981,30	16.785,04
626	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTROS PROBLEMAS	3.942,54	3.154,03
626	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTROS PROBLEMAS	4.478,19	3.582,56
626	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTROS PROBLEMAS	6.621,62	5.297,29
626	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTROS PROBLEMAS	10.708,05	8.566,44
630	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR MAYOR	12.787,78	10.230,23
630	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR MAYOR	37.569,85	30.055,88
630	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR MAYOR	51.692,88	41.354,31
630	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR MAYOR	75.139,44	60.111,55
631	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	8.876,16	7.100,93
631	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	22.640,64	18.112,52
631	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	40.804,35	32.643,48
631	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	61.106,22	48.884,98
633	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON ANOMALÍAS MAYORES	4.246,02	3.396,82
633	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON ANOMALÍAS MAYORES	7.965,49	6.372,40
633	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON ANOMALÍAS MAYORES	17.103,73	13.682,98
633	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON ANOMALÍAS MAYORES	30.067,19	24.053,75
634	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	3.845,68	3.076,54
634	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	7.743,13	6.194,51
634	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	8.782,03	7.025,62
634	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	22.049,95	17.639,96
636	1	NEONATO, PESO AL NACER > 2499G CON INFECCIÓN CONGÉNITA/PERINATAL	4.746,82	3.797,46
636	2	NEONATO, PESO AL NACER > 2499G CON INFECCIÓN CONGÉNITA/PERINATAL	8.285,25	6.628,20
636	3	NEONATO, PESO AL NACER > 2499G CON INFECCIÓN CONGÉNITA/PERINATAL	13.436,51	10.749,21
636	4	NEONATO, PESO AL NACER > 2499G CON INFECCIÓN CONGÉNITA/PERINATAL	27.121,56	21.697,25
639	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS	4.086,09	3.268,87
639	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS	7.991,14	6.392,91

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
639	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS	13.304,69	10.643,76
639	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS	16.158,64	12.926,91
640	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTRO PROBLEMA	2.114,55	1.691,64
640	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTRO PROBLEMA	2.514,44	2.011,55
640	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTRO PROBLEMA	3.454,26	2.763,41
640	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTRO PROBLEMA	21.764,52	17.411,62
650	1	ESPLENECTOMÍA	7.713,33	6.170,66
650	2	ESPLENECTOMÍA	9.725,58	7.780,47
650	3	ESPLENECTOMÍA	15.757,12	12.605,70
650	4	ESPLENECTOMÍA	24.011,37	19.209,10
651	1	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	4.208,83	3.367,07
651	2	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	7.340,53	5.872,43
651	3	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	15.135,37	12.108,30
651	4	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	31.810,82	25.448,66
660	1	DIAG MAYORES HEMATOLÓGICOS/INMUNOLÓGICOS EXCEPTO CRISIS POR CÉLULAS FALCIFORMES Y COAGULACIÓN	4.134,04	3.307,24
660	2	DIAG MAYORES HEMATOLÓGICOS/INMUNOLÓGICOS EXCEPTO CRISIS POR CÉLULAS FALCIFORMES Y COAGULACIÓN	4.843,73	3.874,99
660	3	DIAG MAYORES HEMATOLÓGICOS/INMUNOLÓGICOS EXCEPTO CRISIS POR CÉLULAS FALCIFORMES Y COAGULACIÓN	7.936,90	6.349,52
660	4	DIAG MAYORES HEMATOLÓGICOS/INMUNOLÓGICOS EXCEPTO CRISIS POR CÉLULAS FALCIFORMES Y COAGULACIÓN	17.652,01	14.121,61
663	1	OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	3.007,29	2.405,83
663	2	OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	4.178,38	3.342,70
663	3	OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	6.231,22	4.984,98
663	4	OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	8.748,97	6.999,18
680	1	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	9.516,59	7.613,27
680	2	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	13.710,50	10.968,40
680	3	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	25.737,98	20.590,39
680	4	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	41.686,32	33.349,05
681	1	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	5.143,70	4.114,96
681	2	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	7.058,10	5.646,48
681	3	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	16.671,90	13.337,52
681	4	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	31.696,62	25.357,29
690	1	LEUCEMIA AGUDA	8.210,38	6.568,31
690	2	LEUCEMIA AGUDA	14.862,09	11.889,67
690	3	LEUCEMIA AGUDA	22.760,07	18.208,06
690	4	LEUCEMIA AGUDA	36.067,58	28.854,07
691	1	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	4.552,41	3.641,92
691	2	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	7.211,77	5.769,42
691	3	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	13.240,60	10.592,48
691	4	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	21.649,20	17.319,36
692	1	RADIOTERAPIA	2.331,76	1.865,41
692	2	RADIOTERAPIA	4.035,84	3.228,67
692	3	RADIOTERAPIA	9.314,17	7.451,34
692	4	RADIOTERAPIA	10.728,89	8.583,11

CÓDIGO APR-GRD¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
694	1	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	3.687,33	2.949,86
694	2	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	5.073,22	4.058,58
694	3	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	7.402,31	5.921,85
694	4	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	11.203,91	8.963,13
695	1	QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA	2.096,22	1.676,98
695	2	QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA	5.463,55	4.370,84
695	3	QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA	14.281,69	11.425,35
695	4	QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA	32.580,27	26.064,21
696	1	OTRA QUIMIOTERAPIA	2.590,89	2.072,71
696	2	OTRA QUIMIOTERAPIA	3.460,35	2.768,28
696	3	OTRA QUIMIOTERAPIA	6.489,00	5.191,20
696	4	OTRA QUIMIOTERAPIA	17.705,46	14.164,37
710	1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	6.463,65	5.170,92
710	2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	10.450,94	8.360,75
710	3	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	16.666,00	13.332,80
710	4	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	28.839,18	23.071,34
711	1	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	7.508,45	6.006,76
711	2	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	11.574,52	9.259,62
711	3	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	19.862,06	15.889,65
711	4	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	33.220,43	26.576,34
720	1	SEPTICEMIA E INFECCIONES DISEMINADAS	3.971,90	3.177,52
720	2	SEPTICEMIA E INFECCIONES DISEMINADAS	5.031,94	4.025,55
720	3	SEPTICEMIA E INFECCIONES DISEMINADAS	6.970,94	5.576,75
720	4	SEPTICEMIA E INFECCIONES DISEMINADAS	11.095,33	8.876,26
721	1	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	4.586,07	3.668,85
721	2	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	5.754,97	4.603,98
721	3	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	8.319,77	6.655,82
721	4	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	15.595,59	12.476,47
740	1	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	6.080,46	4.864,37
740	2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	12.973,95	10.379,16
740	3	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	19.624,27	15.699,42
740	4	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	35.988,14	28.790,52
759	1	TRASTORNO ALIMENTARIO	16.052,77	12.842,22
759	2	TRASTORNO ALIMENTARIO	18.185,89	14.548,71
759	3	TRASTORNO ALIMENTARIO	21.255,95	17.004,76
759	4	TRASTORNO ALIMENTARIO	27.986,40	22.389,12
850	1	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	4.795,74	3.836,59
850	2	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	7.454,67	5.963,74
850	3	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	15.107,53	12.086,02
850	4	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	34.954,18	27.963,34
860	1	REHABILITACIÓN	12.831,43	10.265,15

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80 %) - (En euros)
860	2	REHABILITACIÓN	13.495,55	10.796,44
860	3	REHABILITACIÓN	15.767,77	12.614,22
860	4	REHABILITACIÓN	18.306,51	14.645,21
863	1	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES	6.778,13	5.422,50
863	2	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES	11.938,20	9.550,56
863	3	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES	23.826,33	19.061,06
863	4	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES	28.519,33	22.815,46
890	1	VIH CON MÚLTIPLES CONDICIONES MAYORES RELACIONADAS CON VIH	8.918,26	7.134,61
890	2	VIH CON MÚLTIPLES CONDICIONES MAYORES RELACIONADAS CON VIH	8.918,26	7.134,61
890	3	VIH CON MÚLTIPLES CONDICIONES MAYORES RELACIONADAS CON VIH	12.016,08	9.612,87
890	4	VIH CON MÚLTIPLES CONDICIONES MAYORES RELACIONADAS CON VIH	19.775,11	15.820,09
892	1	VIH CON CONDICIONES MAYORES RELACIONADAS CON VIH	2.487,63	1.990,11
892	2	VIH CON CONDICIONES MAYORES RELACIONADAS CON VIH	5.664,68	4.531,74
892	3	VIH CON CONDICIONES MAYORES RELACIONADAS CON VIH	8.388,86	6.711,09
892	4	VIH CON CONDICIONES MAYORES RELACIONADAS CON VIH	13.740,01	10.992,01
893	1	VIH CON MÚLTIPLES CONDICIONES SIGNIFICATIVAS MAYORES RELACIONADAS CON VIH	4.783,74	3.826,99
893	2	VIH CON MÚLTIPLES CONDICIONES SIGNIFICATIVAS MAYORES RELACIONADAS CON VIH	6.730,37	5.384,29
893	3	VIH CON MÚLTIPLES CONDICIONES SIGNIFICATIVAS MAYORES RELACIONADAS CON VIH	10.457,92	8.366,34
893	4	VIH CON MÚLTIPLES CONDICIONES SIGNIFICATIVAS MAYORES RELACIONADAS CON VIH	26.707,46	21.365,97
894	1	VIH CON UNA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA VIH O SIN CONDICIÓN SIGNIFICATIVA RELACIONADA	3.519,71	2.815,77
894	2	VIH CON UNA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA VIH O SIN CONDICIÓN SIGNIFICATIVA RELACIONADA	4.658,76	3.727,01
894	3	VIH CON UNA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA VIH O SIN CONDICIÓN SIGNIFICATIVA RELACIONADA	6.911,69	5.529,35
894	4	VIH CON UNA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA VIH O SIN CONDICIÓN SIGNIFICATIVA RELACIONADA	16.976,45	13.581,16
910	1	CRANEOTOMÍA POR TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	12.746,53	10.197,22
910	2	CRANEOTOMÍA POR TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	26.434,59	21.147,68
910	3	CRANEOTOMÍA POR TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	40.379,19	32.303,35
910	4	CRANEOTOMÍA POR TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	47.624,42	38.099,53
911	1	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	10.879,36	8.703,49
911	2	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	11.117,16	8.893,72
911	3	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	18.394,64	14.715,71
911	4	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	38.034,98	30.427,98
912	1	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	14.261,53	11.409,22
912	2	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	14.261,53	11.409,22
912	3	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	25.056,30	20.045,04
912	4	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	42.105,70	33.684,56
930	1	TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	4.022,77	3.218,22
930	2	TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	5.172,48	4.137,99
930	3	TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	9.173,84	7.339,08
930	4	TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	18.504,54	14.803,63

¹ All Patient Refined – Grupo Relacionado de Diagnóstico

Los GRD compensables de este anexo I serán aplicables a los procesos con ingreso hospitalario excepto en patologías y procedimientos correspondientes al listado que figura en el apartado A del anexo III.

ANEXO II

A. Procedimientos ambulatorios

CÓDIGO A.II/III	Descripción	Coste medio - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
1	ANGIOGRAFÍA DIAGNÓSTICA	1.033	826,40
2	ESTUDIO DE FÍSTULAS DE HEMODIÁLISIS.	572	457,60
3	MUESTREO VENOSO (DETERMINACIONES HORMONALES)	1.076	860,80
4	BIOPSIA TRANSYUGULAR CON O SIN MANOMETRÍA VENOSA	1.627	1.301,60
5	ESTUDIO HEMODINÁMICO HEPÁTICO (MANOMETRÍA VENOSA)	930	744,00
6	EMBOLIZACIÓN Y QUIMIOTERAPIA EN TUMORES	2.648	2.118,40
7	FILTRO DEFINITIVO DE CAVA	2.351	1.880,80
8	RESERVORIO SUBCUTÁNEO PARA ACCESO VASCULAR	1.316	1.052,80
9	ULTRASONIDOS ENDOLUMINAL	3.386	2.708,80
10	CATÉTER VASCULAR CON O SIN TRACTO SUBCUTÁNEO	1.057	845,60
11	EXTRACCIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS ENDOVASCULARES	2.055	1.644,00
12	PUNCIÓN ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF)	168	134,40
13	BIOPSIA PERCUTÁNEA O ENDOCAVITARIA	1.182	945,60
14	CAMBIO DE CATÉTER	597	477,60
15	ABLACIÓN TUMORAL POR ETANOLIZACIÓN	613	490,40
16	ABLACIÓN TUMORAL POR RADIOFRECUENCIA EN HIGADO	2.020	1.616,00
17	EMBOLIZACIÓN /ESCLEROSIS PERCUTÁNEA	1.934	1.547,20
18	GASTROSCOPIA DIAGNÓSTICA	160	128,00
19	GASTROSCOPIA TERAPÉUTICA	449	359,20
20	GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA	601	480,80
21	RECAMBIO SONDA DE GASTROSTOMÍA	178	142,40
22	COLONOSCOPIA DIAGNÓSTICA	300	240,00
23	COLONOSCOPIA TERAPÉUTICA	468	374,40
24	ECOENDOSCOPIAS	536	428,80
25	EXPLORACIÓN CON CÁPSULOENDOSCOPIA	991	792,80
26	ENTEROSCOPIA	860	688,00
27	COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETOHEPÁTICA	445	356,00
28	COLANGIOPANCREATOGRAFÍAS	1.091	872,80
29	COLEDOSCOPÍA ULTRASELECTIVA (SPYGLASS)	1.830	1.464,00
30	SONDAJE DIGESTIVO:	439	351,20
31	MANOMETRÍA ESOFÁGICA	399	319,20
32	MANOMETRÍA ANO-RECTAL	332	265,60
33	MANOMETRÍA BILIOPANCREÁTICA	581	464,80
34	PH-METRÍA ESOFÁGICA Y/O GÁSTRICA AMBULATORIA DE 24 HORAS DE UN CANAL	700	560,00
35	PH-METRÍA ESOFÁGICA Y/O GÁSTRICA AMBULATORIA DE 24 HORAS DE DOS CANALES	834	667,20
36	REGISTRO AMBULATORIO DE 24 H. DE REFLUJO BILIAR (BILITEC)	919	735,20
37	BIO-FEED-BACK ANO-RECTAL	417	333,60
38	TIEMPO DE TRÁNSITO COLÓNICO CON MARCADORES RADIO-OPACOS	197	157,60

CÓDIGO A.II/III	Descripción	Coste medio - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
39	ENDOPRÓTESIS DIGESTIVA	3.660	2.928,00
40	DILATACIÓN DE TRACTO DIGESTIVO (EXCLUIDA COLONOSCOPIA Y GASTROSCOPIA TERAPÉUTICA)	1.729	1.383,20
41	BRONCOSCOPIA	277	221,60
42	ECOBRONCOSCOPIA (EBUS)	582	465,60
43	BIOPSIA PLEURAL CIEGA	180	144,00
44	TORACOSCOPIA DIAGNÓSTICA	425	340,00
45	ENDOPRÓTESIS TRAQUEOBRONQUIAL	838	670,40
46	VOLÚMENES PULMONARES	70	56,00
47	PRUEBAS DE PROVOCACIÓN BRONQUIAL	105	84,00
48	ESTUDIOS DE ESFUERZO	115	92,00
49	OTROS ESTUDIOS PULMONARES	145	116,00
50	LITOTRIZIA RENAL EXTRACORPÓREA	1.328	1.062,40
51	CISTOMANOMETRÍA	231	184,80
52	UROFLUJOMETRÍA	128	102,40
53	CISTOSCOPIA/URETROCISTOSCOPIA	140	112,00
54	ESTUDIO COMBINADO URODINÁMICO	237	189,60
55	CATETERISMOS DE VÍA URINARIA	1.084	867,20
56	DILATACIÓN URETRA	1.418	1.134,40
57	FOTOCOAGULACIÓN CON LÁSER	574	459,20
58	PIELOGRAFÍA PERCUTÁNEA	461	368,80
59	DILATACIÓN DE ESTENOSIS GENITOURINARIA	1.901	1.520,80
60	ENDOPRÓTESIS URETERAL	3.218	2.574,40
61	ESCLEROSIS DE QUISTE RENAL	1.142	913,60
62	TC SIN CONTRASTE	122	97,60
63	TC CON CONTRASTE	153	122,40
64	ANGIOTC	220	176,00
65	ARTROTC	118	94,40
66	MIELOTC	129	103,20
67	RM SIN CONTRASTE	191	152,80
68	RM CON CONTRASTE	267	213,60
69	ECOGRFÍA	62	49,60
70	DOPPLER	84	67,20
71	ESTUDIOS GENÉTICOS	500	400,00
72	PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD	341	272,80
73	FECUNDACIÓN IN VITRO CLÁSICA (FIV) CICLO COMPLETO	4.242	3.393,60
74	DIAGNÓSTICO GENÉTICO PREIMPLANTACIONAL	2.192	1.753,60
75	DIAGNÓSTICO PRENATAL CON BIOPSIA CORIAL	510	408,00
76	PET INDICACIONES ONCOLÓGICAS	1.173	938,40
77	PET INDICACIONES NO ONCOLÓGICAS	938	750,40
78	GAMMAGRAFÍA: IMAGEN PLANAR DE MEDICINA NUCLEAR	193	154,40

CÓDIGO A.II/III	Descripción	Coste medio - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
79	GAMMAGRAFÍA: IMAGEN TOMOGRÁFICA DE MEDICINA NUCLEAR	266	212,80
80	ELECTROMIOGRAFÍA (EMG)	126	100,80
81	ELECTRONEUROGRAFÍA (ENG)	122	97,60
82	REFLEXOLOGÍA	104	83,20
83	POTENCIALES EVOCADOS	133	106,40
84	ELECTROENCEFALOGRAFÍA (EEG)	154	123,20
85	POLISOMNOGRAFÍA Y ESTUDIOS DEL SUEÑO	610	488,00
86	CATETERISMO CARDÍACO DIAGNÓSTICOS/CORONARIOGRAFÍA.	1.439	1.151,20
87	CATETERISMO CARDÍACO TERAPÉUTICO.	3.621	2.896,80
88	HEMODINAMIA INTERVENCIONISTA EN CARDIOPATÍA ESTRUCTURAL/VALVULOPLASTIA	5.998	4.798,40
89	TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS CARDIOVASCULARES NO INVASIVAS	232	185,60
90	TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS CARDIOVASCULARES INVASIVAS	1.261	1.008,80
91	HOSPITAL DE DÍA ONCOLÓGICO (TRATAMIENTO COMPLETO)	5.590	4.472,00
92	HOSPITAL DE DÍA MÉDICO BÁSICO (TRATAMIENTO COMPLETO)	1.235	988,00
93	HOSPITAL DE DÍA MÉDICO INTERMEDIO (INMUNOGLOBULINAS, INMUNOSUPRESORES, MEDICACIÓN ASMA GRAVE NO CONTROLADA EOSINOFÍLICA) (TRATAMIENTO COMPLETO)	7.260	5.808,00
94	HOSPITAL DE DÍA MÉDICO COMPLEJO (ESCLEROSIS MÚLTIPLE) (TRATAMIENTO COMPLETO)	14.908	11.926,40
95	RADIOTERAPIA PALIATIVA (TRATAMIENTO COMPLETO)	3.097	2.477,60
96	RADIOTERAPIA EXTERNA (TRATAMIENTO COMPLETO)	5.269	4.215,20
97	BRAQUITERAPIA ALTA TASA (TRATAMIENTO COMPLETO)	2.629	2.103,20
98	BRAQUITERAPIA BAJA TASA (CON SEMILLAS) (TRATAMIENTO COMPLETO)	9.318	7.454,40
99	BRAQUITERAPIA ALTA TASA PRÓSTATA (TRATAMIENTO COMPLETO)	7.915	6.332,00
100	RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA EXTERNA DE TUMORES Y NEURALGIAS	6.878	5.502,40
101	RADIOCIRUGÍA ESTEREOTÁXICA EXTERNA DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS	7.179	5.743,20
102	LASERTERAPIA EN MALFORMACIONES VASCULARES CONGÉNITAS	184	147,20
103	TERAPIA FOTODINÁMICA	1.929	1.543,20
104	TRATAMIENTO CÁMARA HIPERBÁRICA (TRATAMIENTO COMPLETO)	2.802	2.241,60
105	DIÁLISIS.	230	184,00
106	PRIMERA CONSULTA, CON O SIN DESPLAZAMIENTO DE PACIENTES.	150	120,00
107	CONSULTA SUCESIVA, CON O SIN DESPLAZAMIENTO DE PACIENTES.	90	72,00
108	DERIVACIÓN A REDES EUROPEAS DE REFERENCIA (ERN), VALORACIÓN CASO CLÍNICO PARA PRESENTACIÓN EN ER	150	120,00
109	DERIVACIÓN A REDES EUROPEAS DE REFERENCIA (ERN), PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO EN ERN Y COMUNICACIÓN DE LAS CONCLUSIONES DEL ESTUDIO AL CENTRO SOLICITANTE PARA QUE CONTINÚE CON LA ATENCIÓN DEL PACIENTE SEGÚN PROCEDA	150	120,00
110	TRANSPORTE EN ECMO NEONATAL Y PEDIÁTRICO	77.819	62.255,20
111	PCR CLONOSPECÍFICA DIAGNÓSTICO	3.039	2.431,20
112	PCR CLONOSPECÍFICA SEGUIMIENTO	526,70	421,36
113	PROCEDIMIENTOS MÉDICOS Y QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS QUE COMPENSAN POR GRD	GRD resultante	GRD resultante

Los costes compensables de este anexo II serán también aplicables a los procedimientos ambulatorios realizados en los CSUR designados para la atención de las patologías y procedimientos del listado que figura en el apartado A del anexo III.

BORRADOR

B. Procedimientos médicos y quirúrgicos ambulatorios que compensan por GRD

CÓDIGO APR GRD¹ (versión 38)	Descripción GRD	Tipo GRD APR	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
23	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	Quirúrgico	5.465,46	4.372,37
26	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	Quirúrgico	1.092,99	874,39
48	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	Médico	862,44	689,95
73	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	Quirúrgico	1.148,88	919,10
82	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	Médico	916,80	733,44
89	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	Quirúrgico	973,03	778,43
92	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	Quirúrgico	1.093,72	874,97
97	AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA	Quirúrgico	1.524,09	1.219,27
98	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	Quirúrgico	1.703,59	1.362,88
110	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	Médico	1.564,71	1.251,76
113	INFECCIONES DE VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES	Médico	1.086,56	869,25
114	ENFERMEDADES Y TRASTORNOS DENTALES	Médico	843,04	674,43
115	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	Médico	1.235,44	988,36
175	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	Quirúrgico	3.468,06	2.774,45
176	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	Quirúrgico	4.460,58	3.568,47
180	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	Quirúrgico	1.575,24	1.260,19
182	OTROS PROCEDIMIENTOS VASCULARES PERIFÉRICOS	Quirúrgico	1.657,12	1.325,69
191	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	Médico	1.815,71	1.452,57
192	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	Médico	1.700,86	1.360,69
197	TRASTORNOS VASCULARES PERIFÉRICOS Y OTROS	Médico	1.041,75	833,40
226	PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO	Quirúrgico	1.148,81	919,05
227	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA EXCEPTO INGUINAL, FEMORAL Y UMBILICAL	Quirúrgico	1.775,16	1.420,13
228	PROCEDIMIENTOS SOBRE HERNIA INGUINAL, FEMORAL Y UMBILICAL	Quirúrgico	1.836,04	1.468,83
229	OTROS PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS SOBRE APARATO DIGESTIVO	Quirúrgico	1.680,93	1.344,75
243	OTRAS ENFERMEDADES ESOFÁGICAS	Médico	921,57	737,26
254	OTROS DIAGNÓSTICOS DEL APARATO DIGESTIVO	Médico	1.143,72	914,97
263	COLECISTECTOMÍA	Quirúrgico	2.100,60	1.680,48
309	OTRAS CIRUGÍAS SIGNIFICATIVAS SOBRE CADERA Y FÉMUR	Quirúrgico	1.832,66	1.466,12
312	DIAGNÓSTICOS DE INJERTO DE PIEL POR TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO, EXCEPTO MANO	Quirúrgico	1.673,57	1.338,86
313	PROCEDIMIENTOS SOBRE RODILLA Y PARTE INFERIOR DE LA PIERNA EXCEPTO PIE	Quirúrgico	1.959,02	1.567,22
314	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIE Y DEDOS DEL PIE	Quirúrgico	1.677,01	1.341,61
315	PROCEDIMIENTOS SOBRE HOMBRO, CODO Y ANTEBRAZO EXC. SUSTITUCIÓN DE ARTICULACIÓN	Quirúrgico	2.483,95	1.987,16
316	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO Y MUÑECA	Quirúrgico	1.582,06	1.265,64
317	PROCEDIMIENTOS SOBRE TENDONES, MÚSCULOS Y OTROS TEJIDOS BLANDOS	Quirúrgico	1.528,27	1.222,61
320	OTROS PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	Quirúrgico	1.448,94	1.159,16
321	FUSIÓN ESPINAL CERVICAL Y OTROS PROC. DE LA ESPALDA/CUELLO EXCEPTO ESCISIÓN/DESCOMP. DISCAL	Quirúrgico	2.577,72	2.062,18

CÓDIGO APR GRD¹ (versión 38)	Descripción GRD	Tipo GRD APR	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
342	FRACTURA O LUXACIÓN EXCEPTO FÉMUR, PELVIS O ESPALDA	Médico	1.252,57	1.002,06
346	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO	Médico	871,06	696,85
347	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	Médico	687,02	549,61
349	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. ORTOPÉDICO	Médico	1.202,56	962,05
351	OTROS DIAGNÓSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	Médico	881,00	704,80
361	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	Quirúrgico	1.312,12	1.049,69
363	PROCEDIMIENTOS SOBRE MAMA EXCEPTO MASTECTOMÍA	Quirúrgico	2.272,99	1.818,40
364	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	Quirúrgico	1.118,62	894,90
381	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	Médico	995,12	796,10
382	ENFERMEDADES MALIGNAS DE LA MAMA	Médico	1.785,11	1.428,09
383	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	Médico	1.103,26	882,61
384	TRAUMATISMOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y HERIDA ABIERTA	Médico	1.109,82	887,86
385	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	Médico	884,86	707,88
423	TRASTORNOS CONGÉNITOS DEL METABOLISMO	Médico	1.153,39	922,71
443	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	Quirúrgico	1.465,51	1.172,41
444	PROCEDIMIENTOS DEL DISPOSITIVO DE ACCESO Y REPARACIÓN DE VASOS PARA DIALISIS RENAL	Quirúrgico	1.779,94	1.423,95
445	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VEJIGA	Quirúrgico	1.886,96	1.509,56
446	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	Quirúrgico	1.649,88	1.319,91
461	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	Médico	1.091,64	873,31
465	CÁLCULOS URINARIOS Y OBSTRUCCIÓN ADQUIRIDA DEL TRACTO URINARIO SUPERIOR	Médico	1.268,95	1.015,16
468	OTROS DIAGNÓSTICOS, SIGNOS Y SÍNTOMAS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	Médico	1.036,84	829,47
470	ENFERMEDAD CRÓNICA DE RIÑÓN	Médico	1.297,06	1.037,65
483	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	Quirúrgico	1.233,59	986,87
484	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	Quirúrgico	1.337,70	1.070,16
500	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	Médico	791,66	633,33
501	DIAGNÓSTICOS DE APARATO GENITAL MASCULINO EXCEPTO NEOPLASIA	Médico	1.030,64	824,51
513	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NO MALIGNIDAD, EXCEPTO LEIOMIOMA	Quirúrgico	1.280,83	1.024,67
514	PROC. DE RECONSTRUCCIÓN APARATO GENITAL FEMENINO	Quirúrgico	1.788,72	1.430,98
517	DILATACIÓN Y LEGRADO PARA DIAGNÓSTICOS NO OBSTÉTRICOS	Quirúrgico	1.155,68	924,54
518	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	Quirúrgico	1.127,70	902,16
519	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	Quirúrgico	1.646,50	1.317,20
530	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	Médico	2.906,42	2.325,14
531	INFECCIONES DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	Médico	1.099,27	879,42
532	OTRAS ENFERMEDADES MENSTRUALES Y DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO	Médico	1.047,04	837,63
543	ABORTO CON DILATACIÓN Y LEGRADO, ASPIRACIÓN O HISTEROTOMÍA	Quirúrgico	997,55	798,04
548	DIAGNÓSTICOS POSTPARTO Y POSTABORTO CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Quirúrgico	1.156,06	924,85
651	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	Quirúrgico	1.783,70	1.426,96
681	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	Quirúrgico	1.669,46	1.335,57
690	LEUCEMIA AGUDA	Médico	783,81	627,05
691	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	Médico	1.062,02	849,62
694	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	Médico	1.083,06	866,45

CÓDIGO APR GRD¹ (versión 38)	Descripción GRD	Tipo GRD APR	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
740	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	Quirúrgico	1.807,68	1.446,14
793	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MODERADAMENTE EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	Quirúrgico	1.746,61	1.397,28
794	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	Quirúrgico	1.442,55	1.154,04
813	OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	Médico	1.114,61	891,69
842	QUEMADURAS CON INJERTO DE PIEL EXC. EXTENSAS DE 3ER GRADO	Quirúrgico	2.371,13	1.896,90
850	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	Quirúrgico	1.392,69	1.114,15
861	SIGNOS, SÍNTOMAS Y OTROS FACTORES QUE AFECTAN AL ESTADO DE SALUD	Médico	853,41	682,73
862	OTROS CUIDADOS POSTERIORES Y CONVALECENCIA	Médico	1.106,72	885,37
	OTROS GRD QUIRÚRGICOS	Quirúrgico	1.400,09	1.120,07
	OTROS GRD MÉDICOS	Médico	956,64	765,31

ANEXO III

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

Código PTPP ¹	Descripción
1	QUEMADOS CRÍTICOS
2	RECONSTRUCCIÓN DEL PABELLÓN AURICULAR
3	GLAUCOMA EN LA INFANCIA
4	ALTERACIONES CONGÉNITAS DEL DESARROLLO OCULAR Y PALPEBRAL
5	TUMORES ORBITARIOS INFANTILES
6	TUMORES INTRAOCULARES EN LA INFANCIA
7	TUMORES INTRAOCULARES DEL ADULTO
8	DESCOMPRESIÓN ORBITARIA EN OFTALMOPATÍA TIROIDEA
9	TUMORES ORBITARIOS DEL ADULTO
11	RECONSTRUCCIÓN DE LA SUPERFICIE OCULAR COMPLEJA. QUERATOPRÓTESIS
13	IRRADIACIÓN TOTAL CON ELECTRONES EN MICOSIS FUNGOIDE
14	TUMORES GERMINALES DE RIESGO ALTO E INTERMEDIO Y RESISTENTES A QUIMIOTERAPIA DE PRIMERA LÍNEA EN ADULTOS
15.A	TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO
15.B	DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE RENAL PEDIÁTRICO
16.A	TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO
16.B	DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO
18	TRASPLANTE PULMONAR PEDIÁTRICO Y ADULTO
19	TRASPLANTE CARDIOPULMONAR DE ADULTOS
20	TRASPLANTE CARDIACO PEDIÁTRICO
21	TRASPLANTE DE PÁNCREAS
22	TRASPLANTE DE INTESTINO (INFANTIL Y ADULTO)
23	QUERATOPLASTIA EN NIÑOS
25	OSTEOTOMÍA PÉLVICA EN DISPLASIAS DE CADERA EN EL ADULTO
26	TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES OSTEOARTICULARES RESISTENTES
27	ORTOPEDIA INFANTIL: TRATAMIENTO ORTOPÉDICO EN LAS ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES (PARÁLISIS CEREBRAL, MIELOMENINGOCELE), MALFORMACIONES CONGÉNITAS (FÉMUR CORTO CONGÉNITO, AGENESIA DE TIBIA/PERONÉ), DISPLASIAS ÓSEAS (OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA, ARTROGRIPOSIS) Y GRANDES ALARGAMIENTOS DE MIEMBROS.
28	REIMPLANTES, INCLUYENDO MANO CATASTRÓFICA
31.A	TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICO INFANTIL
31.B	DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE DE PROGENITORES HEMATOPOYÉTICOS ALOGÉNICO INFANTIL
32	CARDIOPATÍAS COMPLEJAS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS
33	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN ADULTOS
34	CIRUGÍA REPARADORA COMPLEJA DE VÁLVULA MITRAL EN ADULTOS
35	ARRITMIAS EN EDAD PEDIÁTRICA
37	CARDIOPATÍAS FAMILIARES
38	CIRUGÍA DEL PLEXO BRAQUIAL
39	EPILEPSIA REFRACTARIA
40	CIRUGÍA DE LOS TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO
41	NEUROMODULACIÓN CEREBRAL Y MEDULAR DEL DOLOR NEUROPÁTICO REFRACTARIO

Código PTPP¹	Descripción
42	ATAXIAS Y PARAPLEJÍAS HEREDITARIAS
43	ESCLEROSIS MÚLTIPLE
45	ATENCIÓN AL LESIONADO MEDULAR COMPLEJO
46	NEUROCIRUGÍA PEDIÁTRICA COMPLEJA
48	ATENCIÓN DE LA PATOLOGÍA VASCULAR RAQUIMEDULAR
49	ENFERMEDADES TROPICALES IMPORTADAS
50	ENFERMEDADES METABÓLICAS CONGÉNITAS
51	ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES RARAS
52	SÍNDROMES NEUROCRÁNEOS GENÉTICOS (FACOMATOSIS)
53	ENFERMEDADES RARAS QUE CURSAN CON TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO
55	TRASTORNOS COMPLEJOS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO
56	NEUROBLASTOMA
57	SARCOMAS EN LA INFANCIA
58	SARCOMAS Y OTROS TUMORES MUSCULOESQUELÉTICOS EN ADULTOS
59	HIPERTENSIÓN PULMONAR COMPLEJA
60	TUMORES RENALES CON AFECTACIÓN VASCULAR
61	EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA HEREDITARIA
62	TRASTORNOS HEREDITARIOS DE LA QUERATINIZACIÓN
63	COMPLEJO EXTROFIA-EPIPADIAS (EXTROFIA VESICAL, EPIPADIAS Y EXTROFIA DE CLOACA)
64	ENFERMEDAD RENAL INFANTIL GRAVE Y TRATAMIENTO CON DIÁLISIS
65	CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA URETRAL COMPLEJA DEL ADULTO
66	ENFERMEDADES GLOMERULARES COMPLEJAS (NIÑOS Y ADULTOS)
67	ERITROPATOLOGÍA HEREDITARIA
68	COAGULOPATÍAS CONGÉNITAS
69	SÍNDROMES DE FALLO MEDULAR CONGÉNITO
70	MASTOCITOSIS
71	PATOLOGÍA COMPLEJA HIPOTÁLAMO-HIPOFISARIA (NIÑOS Y ADULTOS)
73	ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS
74	ANGIOEDEMA HEREDITARIO
75	INMUNODEFICIENCIAS PRIMARIAS
76	ENFERMEDADES AUTOINFLAMATORIAS
77	CIRUGÍA VITRORETINIANA PEDIÁTRICA
78	CATARATA COMPLEJA EN NIÑOS
79	DISTROFIAS HEREDITARIAS DE RETINA
80	ATRESIA DE ESÓFAGO COMPLEJA
81	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL PEDIÁTRICA
82	TRASTORNOS DE CONDUCTA DE ALIMENTACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA CON DISPOSITIVOS DE SOPORTE ARTIFICIAL
83	HEPATOPATÍAS COMPLEJAS PEDIÁTRICAS
84	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO AVANZADO MEDIANTE POEM EN ACALASIA PRIMARIA TIPO III DEL ADULTO
85	ENFERMEDAD VASCULAR HEPÁTICA COMPLEJA EN EL ADULTO
86	DRENAJE GUIADO POR ECOENDOSCOPIA DE LA OBSTRUCCIÓN BILIO-PANCREÁTICA COMPLEJA
87	EXTRACCIÓN DE ELECTRODOS EN ADULTOS
88	CIRUGÍA PRESERVADORA DE LA VÁLVULA AÓRTICA EN ADULTOS

Código PTPP ¹	Descripción
89	ANEURISMA INTRACRANEAL COMPLEJO Y REVASCULARIZACIÓN CEREBRAL EN ADULTOS
90	ATENCIÓN A LAS MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS CEREBRALES Y A LA PATOLOGÍA VASCULAR RAQUIMEDULAR EN ADULTOS
91	CEFALEAS Y NEURALGIAS CRANEALES REFRACTARIAS EN ADULTOS
92	MALFORMACIONES COMPLEJAS DE LA CHARNELA CRÁNEO-CERVICAL EN ADULTOS
93	ENFERMEDADES MINORITARIAS EN ADULTOS QUE CURSAN CON TRASTORNOS COGNITIVOS
94	TUMORES RENALES PEDIÁTRICOS
95	CÁNCER ADRENOCORTICAL (ADULTOS Y NIÑOS)
97	CIRUGÍA DE RESECCIÓN O RECONSTRUCCIÓN ESOFÁGICA COMPLEJA EN ADULTOS
98	TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE NEOPLASIAS GASTROINTESTINALES PRECOCES COMPLEJAS
99	TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE PÁNCREAS DE RESECABILIDAD LÍMITE EN ADULTOS
101	TRANSPORTE EN ECMO NEONATAL Y PEDIÁTRICO

¹Patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos

B. Costes compensables correspondientes a los GRD resultantes de los procesos con ingreso hospitalario realizados en los CSUR designados para la atención de las patologías y procedimientos del listado recogido en el apartado A de este anexo:

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
1	1	TRASPLANTE HEPÁTICO Y/O DE INTESTINO	34.442,62	27.554,09
1	2	TRASPLANTE HEPÁTICO Y/O DE INTESTINO	39.201,12	31.360,90
1	3	TRASPLANTE HEPÁTICO Y/O DE INTESTINO	52.925,29	42.340,23
1	4	TRASPLANTE HEPÁTICO Y/O DE INTESTINO	85.009,71	68.007,77
2	1	TRASPLANTE CARDIACO Y/O PULMONAR	47.545,10	38.036,08
2	2	TRASPLANTE CARDIACO Y/O PULMONAR	50.259,86	40.207,89
2	3	TRASPLANTE CARDIACO Y/O PULMONAR	64.201,77	51.361,42
2	4	TRASPLANTE CARDIACO Y/O PULMONAR	111.647,80	89.318,24
4	1	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	56.944,02	45.555,22
4	2	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	65.625,55	52.500,44
4	3	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	79.361,26	63.489,01
4	4	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS CON PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	91.265,06	73.012,05
5	1	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	46.259,00	37.007,20
5	2	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	58.127,91	46.502,33
5	3	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	63.516,30	50.813,04
5	4	TRAQUEOSTOMÍA CON VM 96+ HORAS SIN PROCEDIMIENTO EXTENSIVO	80.521,22	64.416,97
6	1	TRASPLANTE DE PÁNCREAS	30.487,17	24.389,74
6	2	TRASPLANTE DE PÁNCREAS	41.242,91	32.994,33
6	3	TRASPLANTE DE PÁNCREAS	50.095,30	40.076,24
6	4	TRASPLANTE DE PÁNCREAS	71.918,29	57.534,64
7	1	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	34.863,40	27.890,72
7	2	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	37.181,32	29.745,06
7	3	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	48.042,37	38.433,90
7	4	TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA	82.651,74	66.121,40
8	1	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O INMUNOTERAPIA CÉLUAS T	13.904,46	11.123,57
8	2	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O INMUNOTERAPIA CÉLUAS T	18.331,71	14.665,36
8	3	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O INMUNOTERAPIA CÉLUAS T	23.917,61	19.134,08
8	4	TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA O INMUNOTERAPIA CÉLUAS T	47.503,65	38.002,92
9	1	OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)	20.457,39	16.365,91
9	2	OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)	20.457,39	16.365,91
9	3	OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)	41.474,98	33.179,99
9	4	OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO)	70.067,11	56.053,69
20	1	CRANEOTOMÍA ABIERTA POR TRAUMA	12.065,74	9.652,59
20	2	CRANEOTOMÍA ABIERTA POR TRAUMA	23.370,92	18.696,73
20	3	CRANEOTOMÍA ABIERTA POR TRAUMA	35.342,46	28.273,97

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
20	4	CRANEOTOMÍA ABIERTA POR TRAUMA	40.605,86	32.484,69
21	1	CRANEOTOMÍA ABIERTA EXCEPTO POR TRAUMA	13.387,78	10.710,22
21	2	CRANEOTOMÍA ABIERTA EXCEPTO POR TRAUMA	18.387,74	14.710,19
21	3	CRANEOTOMÍA ABIERTA EXCEPTO POR TRAUMA	32.460,31	25.968,25
21	4	CRANEOTOMÍA ABIERTA EXCEPTO POR TRAUMA	47.255,15	37.804,12
22	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	7.698,73	6.158,98
22	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	9.791,69	7.833,35
22	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	24.226,83	19.381,46
22	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE SHUNT VENTRICULAR	43.871,00	35.096,80
23	1	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	11.907,91	9.526,33
23	2	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	19.421,75	15.537,40
23	3	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	34.843,81	27.875,05
23	4	PROCEDIMIENTOS ESPINALES	55.947,07	44.757,65
24	1	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES ABIERTOS	7.834,82	6.267,86
24	2	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES ABIERTOS	9.713,77	7.771,01
24	3	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES ABIERTOS	15.143,95	12.115,16
24	4	PROCEDIMIENTOS VASCULARES EXTRACRANEALES ABIERTOS	27.920,76	22.336,61
26	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	4.733,84	3.787,07
26	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	8.985,00	7.188,00
26	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	15.689,51	12.551,61
26	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA NERVIOSO Y RELACIONADOS	27.876,98	22.301,58
29	1	OTROS PROCEDIMIENTOS PERCUTANEOS INTRACRANEALES	10.237,01	8.189,61
29	2	OTROS PROCEDIMIENTOS PERCUTANEOS INTRACRANEALES	10.237,01	8.189,61
29	3	OTROS PROCEDIMIENTOS PERCUTANEOS INTRACRANEALES	18.482,22	14.785,78
29	4	OTROS PROCEDIMIENTOS PERCUTANEOS INTRACRANEALES	31.616,91	25.293,53
40	1	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	6.043,83	4.835,06
40	2	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	7.663,01	6.130,41
40	3	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	13.244,99	10.595,99
40	4	TRASTORNOS Y LESIONES ESPINALES	20.685,06	16.548,05
41	1	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO	4.607,28	3.685,82
41	2	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO	5.145,88	4.116,71
41	3	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO	7.044,80	5.635,84
41	4	NEOPLASIAS DE SISTEMA NERVIOSO	9.063,99	7.251,19
42	1	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE	3.942,54	3.154,03
42	2	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE	5.583,29	4.466,63
42	3	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE	8.512,93	6.810,34
42	4	TRASTORNOS DEGENERATIVOS DE SISTEMA NERVIOSO, EXCEPTO ESCLEROSIS MÚLTIPLE	14.963,60	11.970,88
43	1	ESCLEROSIS MÚLTIPLE, OTRAS ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES Y NEUROPATÍAS INFLAMATORIAS	4.394,63	3.515,70
43	2	ESCLEROSIS MÚLTIPLE, OTRAS ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES Y NEUROPATÍAS INFLAMATORIAS	7.439,49	5.951,59
43	3	ESCLEROSIS MÚLTIPLE, OTRAS ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES Y NEUROPATÍAS INFLAMATORIAS	10.745,30	8.596,24

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
43	4	ESCLEROSIS MÚLTIPLE, OTRAS ENFERMEDADES DESMIELINIZANTES Y NEUROPATÍAS INFLAMATORIAS	19.947,08	15.957,66
44	1	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	4.877,51	3.902,01
44	2	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	6.955,49	5.564,39
44	3	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	7.983,51	6.386,81
44	4	HEMORRAGIA INTRACRANEAL	12.510,80	10.008,64
45	1	ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO	3.972,47	3.177,98
45	2	ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO	5.074,71	4.059,77
45	3	ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO	7.576,87	6.061,49
45	4	ACVA Y OCLUSIONES PRECEREBRALES CON INFARTO	10.499,43	8.399,55
46	1	ACVA NO ESPECÍFICO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES SIN INFARTO	2.904,07	2.323,26
46	2	ACVA NO ESPECÍFICO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES SIN INFARTO	3.655,02	2.924,01
46	3	ACVA NO ESPECÍFICO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES SIN INFARTO	5.384,40	4.307,52
46	4	ACVA NO ESPECÍFICO Y OCLUSIONES PRECEREBRALES SIN INFARTO	8.328,71	6.662,97
48	1	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	3.638,01	2.910,41
48	2	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	4.845,24	3.876,19
48	3	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	8.419,73	6.735,78
48	4	TRASTORNOS DE NERVIOS CRANEALES, PERIFÉRICOS Y AUTÓNOMOS	20.316,47	16.253,18
49	1	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO	6.919,38	5.535,51
49	2	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO	9.637,37	7.709,89
49	3	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO	15.078,47	12.062,77
49	4	INFECCIONES BACTERIANAS Y TUBERCULOSAS DEL SISTEMA NERVIOSO	22.435,38	17.948,31
50	1	INFECCIONES NO BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VÍRICA	5.151,49	4.121,19
50	2	INFECCIONES NO BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VÍRICA	7.718,95	6.175,16
50	3	INFECCIONES NO BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VÍRICA	12.844,72	10.275,78
50	4	INFECCIONES NO BACTERIANAS DEL SISTEMA NERVIOSO EXCEPTO MENINGITIS VÍRICA	27.072,59	21.658,07
51	1	MENINGITIS VÍRICA	2.867,77	2.294,22
51	2	MENINGITIS VÍRICA	5.712,22	4.569,78
51	3	MENINGITIS VÍRICA	10.381,91	8.305,52
51	4	MENINGITIS VÍRICA	16.967,36	13.573,89
52	1	ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	2.055,00	1.644,00
52	2	ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	3.857,51	3.086,01
52	3	ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	6.103,15	4.882,52
52	4	ALTERACIÓN DE LA CONCIENCIA	11.919,30	9.535,44
53	1	CONVULSIONES	2.448,96	1.959,17
53	2	CONVULSIONES	3.864,16	3.091,33
53	3	CONVULSIONES	5.952,90	4.762,32
53	4	CONVULSIONES	14.172,51	11.338,01
54	1	MIGRAÑA Y OTRAS CEFALÉAS	2.426,17	1.940,94
54	2	MIGRAÑA Y OTRAS CEFALÉAS	2.974,98	2.379,98
54	3	MIGRAÑA Y OTRAS CEFALÉAS	4.585,15	3.668,12

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
54	4	MIGRAÑA Y OTRAS CEFALEAS	4.585,15	3.668,12
55	1	TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA >1H O HEMORRAGIA	3.196,37	2.557,10
55	2	TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA >1H O HEMORRAGIA	4.366,72	3.493,38
55	3	TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA >1H O HEMORRAGIA	7.924,94	6.339,95
55	4	TRAUMATISMO CRANEAL CON COMA >1H O HEMORRAGIA	15.281,46	12.225,17
56	1	FRACTURA CRANEAL Y LESIÓN INTRACRANEAL COMPLICADA, COMA < 1H O SIN COMA	2.874,38	2.299,51
56	2	FRACTURA CRANEAL Y LESIÓN INTRACRANEAL COMPLICADA, COMA < 1H O SIN COMA	4.340,45	3.472,36
56	3	FRACTURA CRANEAL Y LESIÓN INTRACRANEAL COMPLICADA, COMA < 1H O SIN COMA	6.608,16	5.286,53
56	4	FRACTURA CRANEAL Y LESIÓN INTRACRANEAL COMPLICADA, COMA < 1H O SIN COMA	35.924,06	28.739,25
57	1	CONMOCION CEREBRAL, FRACTURA CRANEAL CERRADA NEOM, LESIÓN INTRACRANEAL NO COMPLICADA, COMA <1 HR O SIN COMA	1.734,55	1.387,64
57	2	CONMOCION CEREBRAL, FRACTURA CRANEAL CERRADA NEOM, LESIÓN INTRACRANEAL NO COMPLICADA, COMA <1 HR O SIN COMA	2.584,01	2.067,21
57	3	CONMOCION CEREBRAL, FRACTURA CRANEAL CERRADA NEOM, LESIÓN INTRACRANEAL NO COMPLICADA, COMA <1 HR O SIN COMA	4.948,42	3.958,74
57	4	CONMOCION CEREBRAL, FRACTURA CRANEAL CERRADA NEOM, LESIÓN INTRACRANEAL NO COMPLICADA, COMA <1 HR O SIN COMA	9.749,96	7.799,97
58	1	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	3.437,32	2.749,85
58	2	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	5.418,71	4.334,97
58	3	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	8.630,17	6.904,13
58	4	OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	14.675,51	11.740,41
59	1	ANOXIA Y OTRO DAÑO CEREBRAL SEVERO	3.934,99	3.147,99
59	2	ANOXIA Y OTRO DAÑO CEREBRAL SEVERO	5.617,41	4.493,92
59	3	ANOXIA Y OTRO DAÑO CEREBRAL SEVERO	7.368,78	5.895,02
59	4	ANOXIA Y OTRO DAÑO CEREBRAL SEVERO	12.997,37	10.397,90
73	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	3.325,16	2.660,13
73	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	4.644,61	3.715,69
73	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	7.675,96	6.140,76
73	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE OJO Y ÓRBITA	19.144,88	15.315,91
82	1	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	3.050,39	2.440,31
82	2	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	3.565,71	2.852,56
82	3	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	5.862,98	4.690,38
82	4	INFECCIONES Y OTRAS ENFERMEDADES OCULARES	10.850,75	8.680,60
89	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	6.604,15	5.283,32
89	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	16.027,71	12.822,17
89	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	28.291,55	22.633,24
89	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE HUESOS CRANEALES/FACIALES	57.781,46	46.225,17
91	1	OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO	10.719,92	8.575,94
91	2	OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO	20.697,51	16.558,01
91	3	OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO	33.272,10	26.617,68
91	4	OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE CABEZA Y CUELLO	47.119,32	37.695,46
92	1	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	6.333,77	5.067,01
92	2	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	10.756,80	8.605,44

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
92	3	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	15.294,14	12.235,31
92	4	PROC. SOBRE HUESOS FACIALES EXCEPTO PROC. MAYORES SOBRE HUESO CRANEAL/FACIAL	34.882,35	27.905,88
98	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	4.254,55	3.403,64
98	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	6.934,07	5.547,26
98	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	14.794,88	11.835,90
98	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE OÍDO, NARIZ, BOCA Y GARGANTA	31.806,95	25.445,56
110	1	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	3.603,12	2.882,50
110	2	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	4.823,83	3.859,07
110	3	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	8.569,36	6.855,48
110	4	NEOPLASIAS DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	14.216,80	11.373,44
115	1	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	2.486,29	1.989,03
115	2	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	3.646,12	2.916,90
115	3	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	6.373,11	5.098,49
115	4	OTRAS ENFERMEDADES DE OÍDO, NARIZ, BOCA, GARGANTA Y CRANEALES/FACIALES	12.653,69	10.122,96
120	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	9.804,04	7.843,23
120	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	11.938,51	9.550,81
120	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	17.589,99	14.071,99
120	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE APARATO RESPIRATORIO	36.441,72	29.153,38
121	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	6.517,00	5.213,60
121	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	8.372,54	6.698,03
121	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	13.515,24	10.812,20
121	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE APARATO RESPIRATORIO	29.720,91	23.776,73
130	1	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA DE MÁS DE 96 HORAS	14.374,81	11.499,85
130	2	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA DE MÁS DE 96 HORAS	16.432,15	13.145,72
130	3	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA DE MÁS DE 96 HORAS	24.165,24	19.332,19
130	4	ENFERMEDADES APARATO RESPIRATORIO CON VENTILACIÓN ASISTIDA DE MÁS DE 96 HORAS	33.289,13	26.631,30
131	1	FIBROSIS QUÍSTICA - ENFERMEDAD PULMONAR	4.979,42	3.983,53
131	2	FIBROSIS QUÍSTICA - ENFERMEDAD PULMONAR	6.416,53	5.133,22
131	3	FIBROSIS QUÍSTICA - ENFERMEDAD PULMONAR	7.651,49	6.121,19
131	4	FIBROSIS QUÍSTICA - ENFERMEDAD PULMONAR	13.025,12	10.420,10
133	1	FALLO RESPIRATORIO	3.404,50	2.723,60
133	2	FALLO RESPIRATORIO	4.120,30	3.296,24
133	3	FALLO RESPIRATORIO	6.351,78	5.081,42
133	4	FALLO RESPIRATORIO	13.989,49	11.191,59
134	1	EMBOLISMO PULMONAR	3.660,36	2.928,29
134	2	EMBOLISMO PULMONAR	4.627,40	3.701,92
134	3	EMBOLISMO PULMONAR	5.972,78	4.778,22
134	4	EMBOLISMO PULMONAR	8.971,69	7.177,35
135	1	TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	3.006,13	2.404,91

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
135	2	TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	3.840,97	3.072,78
135	3	TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	5.889,37	4.711,50
135	4	TRAUMATISMOS TORÁCICOS PRINCIPALES	10.609,71	8.487,77
137	1	INFECCIONES E INFLAMACIONES PULMONARES MAYORES	3.847,42	3.077,94
137	2	INFECCIONES E INFLAMACIONES PULMONARES MAYORES	4.534,31	3.627,45
137	3	INFECCIONES E INFLAMACIONES PULMONARES MAYORES	4.948,66	3.958,93
137	4	INFECCIONES E INFLAMACIONES PULMONARES MAYORES	7.903,09	6.322,47
138	1	BRONQUIOLITIS Y NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	2.781,72	2.225,38
138	2	BRONQUIOLITIS Y NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	3.718,95	2.975,16
138	3	BRONQUIOLITIS Y NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	4.166,98	3.333,58
138	4	BRONQUIOLITIS Y NEUMONÍA POR VIRUS SINCITAL RESPIRATORIO	7.550,71	6.040,57
139	1	OTRA NEUMONÍA	2.847,98	2.278,38
139	2	OTRA NEUMONÍA	3.949,10	3.159,28
139	3	OTRA NEUMONÍA	4.605,24	3.684,19
139	4	OTRA NEUMONÍA	7.221,99	5.777,59
142	1	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	3.273,77	2.619,02
142	2	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	4.347,81	3.478,25
142	3	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	5.799,12	4.639,29
142	4	ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL Y ALVEOLAR	9.590,12	7.672,10
143	1	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELÁNEAS	2.558,92	2.047,13
143	2	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELÁNEAS	3.942,36	3.153,89
143	3	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELÁNEAS	5.265,13	4.212,11
143	4	OTRAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS EXCEPTO SIGNOS, SÍNTOMAS Y ENF. MISCELÁNEAS	8.168,58	6.534,87
160	1	REPARACIÓN CARDIOTORÁCICA MAYOR DE ANOMALÍA CARDIACA	21.729,19	17.383,35
160	2	REPARACIÓN CARDIOTORÁCICA MAYOR DE ANOMALÍA CARDIACA	27.215,65	21.772,52
160	3	REPARACIÓN CARDIOTORÁCICA MAYOR DE ANOMALÍA CARDIACA	39.079,73	31.263,78
160	4	REPARACIÓN CARDIOTORÁCICA MAYOR DE ANOMALÍA CARDIACA	63.037,35	50.429,88
161	1	SISTEMAS IMPLANTABLES DE ASISTENCIA CARDIACA	5.826,92	4.661,54
161	2	SISTEMAS IMPLANTABLES DE ASISTENCIA CARDIACA	53.793,29	43.034,63
161	3	SISTEMAS IMPLANTABLES DE ASISTENCIA CARDIACA	53.793,29	43.034,63
161	4	SISTEMAS IMPLANTABLES DE ASISTENCIA CARDIACA	90.772,68	72.618,14
162	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	25.056,15	20.044,92
162	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	33.639,78	26.911,83
162	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	42.324,69	33.859,75
162	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	57.940,07	46.352,06
163	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	20.908,58	16.726,87
163	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	25.057,83	20.046,27
163	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	35.018,89	28.015,12

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
163	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE VÁLVULAS CARDIACAS SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	50.896,37	40.717,09
165	1	BYPASS CORONARIO CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	21.869,76	17.495,80
165	2	BYPASS CORONARIO CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	24.716,45	19.773,16
165	3	BYPASS CORONARIO CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	33.451,13	26.760,91
165	4	BYPASS CORONARIO CON IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	53.481,46	42.785,17
166	1	BYPASS CORONARIO SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	18.467,24	14.773,79
166	2	BYPASS CORONARIO SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	22.218,98	17.775,19
166	3	BYPASS CORONARIO SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	28.640,86	22.912,69
166	4	BYPASS CORONARIO SIN IAM O DIAGNÓSTICO PRINCIPAL COMPLEJO	49.305,00	39.444,00
167	1	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁDICOS Y VASCULARES TORÁDICOS	15.026,12	12.020,89
167	2	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁDICOS Y VASCULARES TORÁDICOS	15.403,97	12.323,18
167	3	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁDICOS Y VASCULARES TORÁDICOS	27.983,65	22.386,92
167	4	OTROS PROCEDIMIENTOS CARDIOTORÁDICOS Y VASCULARES TORÁDICOS	45.571,01	36.456,80
169	1	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES VASCULARES MAYORES	17.278,98	13.823,18
169	2	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES VASCULARES MAYORES	20.116,85	16.093,48
169	3	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES VASCULARES MAYORES	24.693,23	19.754,59
169	4	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES VASCULARES MAYORES	45.051,50	36.041,20
170	1	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	10.480,74	8.384,59
170	2	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	11.090,04	8.872,03
170	3	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	13.982,47	11.185,98
170	4	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE CON IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	21.618,48	17.294,78
171	1	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	6.776,72	5.421,38
171	2	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	8.145,66	6.516,53
171	3	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	11.072,15	8.857,72
171	4	IMPLANT. MARCAPASOS CARDIACO PERMANENTE SIN IAM, FALLO CARDIACO O SHOCK	18.626,14	14.900,91
174	1	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS CON IAM	7.234,03	5.787,23
174	2	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS CON IAM	8.581,90	6.865,52
174	3	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS CON IAM	12.322,40	9.857,92
174	4	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS CON IAM	20.468,16	16.374,53
175	1	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	3.923,78	3.139,02
175	2	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	6.585,69	5.268,55
175	3	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	11.425,37	9.140,30
175	4	INTERVENCIONES CARDIACAS PERCUTÁNEAS SIN IAM	23.005,02	18.404,02
176	1	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	6.322,30	5.057,84
176	2	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	9.197,14	7.357,71
176	3	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	13.377,35	10.701,88
176	4	INSERCIÓN, REVISIÓN Y SUSTITUCIÓN DE GENERADOR DE MARCAPASOS Y OTROS DISPOSITIVOS CARDIACOS	20.966,34	16.773,07
177	1	REVISIÓN DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR	6.128,19	4.902,55

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
177	2	REVISIÓN DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR	10.296,13	8.236,90
177	3	REVISIÓN DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR	14.587,40	11.669,92
177	4	REVISIÓN DE MARCAPASOS Y DESFIBRILADOR CARDIACO EXCEPTO SUSTITUCIÓN DE GENERADOR	17.326,01	13.860,80
180	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	2.987,01	2.389,60
180	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	7.861,50	6.289,20
180	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	13.661,43	10.929,14
180	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE SISTEMA CIRCULATORIO	26.362,93	21.090,35
191	1	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	3.354,68	2.683,75
191	2	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	4.365,52	3.492,41
191	3	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	6.844,59	5.475,67
191	4	CATETERISMO CARDIACO POR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA	11.715,47	9.372,38
192	1	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	3.559,76	2.847,81
192	2	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	5.737,87	4.590,30
192	3	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	9.609,59	7.687,67
192	4	CATETERISMO CARDIACO POR OTRA CONDICIÓN NO CORONARIA	15.517,73	12.414,18
193	1	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	7.435,51	5.948,41
193	2	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	9.409,46	7.527,57
193	3	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	12.087,78	9.670,22
193	4	ENDOCARDITIS AGUDA Y SUBAGUDA	14.923,21	11.938,57
194	1	INSUFICIENCIA CARDIACA	2.985,86	2.388,69
194	2	INSUFICIENCIA CARDIACA	4.019,21	3.215,37
194	3	INSUFICIENCIA CARDIACA	4.854,31	3.883,45
194	4	INSUFICIENCIA CARDIACA	7.010,88	5.608,70
199	1	HIPERTENSIÓN	2.259,12	1.807,30
199	2	HIPERTENSIÓN	3.397,69	2.718,15
199	3	HIPERTENSIÓN	5.251,31	4.201,05
199	4	HIPERTENSIÓN	7.174,82	5.739,86
200	1	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y ENFERMEDADES VALVULARES	2.160,13	1.728,11
200	2	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y ENFERMEDADES VALVULARES	3.473,27	2.778,61
200	3	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y ENFERMEDADES VALVULARES	6.399,30	5.119,44
200	4	CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS Y ENFERMEDADES VALVULARES	8.683,73	6.946,99
201	1	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN	2.062,86	1.650,29
201	2	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN	3.011,88	2.409,50
201	3	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN	4.430,04	3.544,03
201	4	ARRITMIAS CARDIACAS Y TRASTORNOS DE LA CONDUCCIÓN	7.086,03	5.668,83
203	1	DOLOR TORÁCICO	1.683,62	1.346,90
203	2	DOLOR TORÁCICO	2.152,69	1.722,15
203	3	DOLOR TORÁCICO	3.619,59	2.895,67
203	4	DOLOR TORÁCICO	7.426,24	5.940,99
204	1	SINCOPE Y COLAPSO	2.192,26	1.753,81

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
204	2	SINCOPE Y COLAPSO	2.966,24	2.372,99
204	3	SINCOPE Y COLAPSO	4.496,38	3.597,11
204	4	SINCOPE Y COLAPSO	7.594,03	6.075,23
205	1	MIOCARDIOPATÍA	2.693,23	2.154,58
205	2	MIOCARDIOPATÍA	3.795,51	3.036,41
205	3	MIOCARDIOPATÍA	5.962,25	4.769,80
205	4	MIOCARDIOPATÍA	6.550,18	5.240,15
206	1	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. CARDIOVASCULAR.	2.760,46	2.208,37
206	2	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. CARDIOVASCULAR.	4.626,30	3.701,04
206	3	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. CARDIOVASCULAR.	7.720,64	6.176,52
206	4	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. CARDIOVASCULAR.	13.449,95	10.759,96
207	1	OTROS DIAGNÓSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO	2.952,03	2.361,63
207	2	OTROS DIAGNÓSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO	4.459,77	3.567,82
207	3	OTROS DIAGNÓSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO	6.986,55	5.589,24
207	4	OTROS DIAGNÓSTICOS DE APARATO CIRCULATORIO	11.209,96	8.967,97
220	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	8.001,02	6.400,81
220	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	13.265,90	10.612,72
220	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	21.069,60	16.855,68
220	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	37.017,37	29.613,89
222	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	4.208,31	3.366,65
222	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	6.710,83	5.368,66
222	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	10.392,15	8.313,72
222	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE ESTOMAGO, ESÓFAGO Y DUODENO	20.754,34	16.603,47
223	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE INTESTINO DELGADO Y GRUESO	6.743,86	5.395,09
223	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE INTESTINO DELGADO Y GRUESO	8.784,20	7.027,36
223	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE INTESTINO DELGADO Y GRUESO	13.032,85	10.426,28
223	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE INTESTINO DELGADO Y GRUESO	20.151,16	16.120,93
224	1	ADHESIOLISIS PERITONEAL	6.774,12	5.419,29
224	2	ADHESIOLISIS PERITONEAL	8.579,46	6.863,57
224	3	ADHESIOLISIS PERITONEAL	12.742,24	10.193,79
224	4	ADHESIOLISIS PERITONEAL	19.216,21	15.372,97
230	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO DELGADO	9.718,04	7.774,43
230	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO DELGADO	13.328,13	10.662,50
230	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO DELGADO	18.757,33	15.005,86
230	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO DELGADO	28.595,35	22.876,28
231	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO GRUESO	10.093,95	8.075,16
231	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO GRUESO	12.258,59	9.806,87
231	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO GRUESO	17.142,76	13.714,21
231	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE INTESTINO GRUESO	24.730,41	19.784,33
240	1	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA	4.130,84	3.304,67

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
240	2	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA	5.042,75	4.034,20
240	3	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA	7.163,40	5.730,72
240	4	NEOPLASIA MALIGNA DIGESTIVA	10.985,33	8.788,26
242	1	ENFERMEDADES MAYORES DEL ESÓFAGO	2.479,51	1.983,61
242	2	ENFERMEDADES MAYORES DEL ESÓFAGO	3.447,90	2.758,32
242	3	ENFERMEDADES MAYORES DEL ESÓFAGO	5.325,72	4.260,58
242	4	ENFERMEDADES MAYORES DEL ESÓFAGO	13.083,66	10.466,92
243	1	OTRAS ENFERMEDADES ESOFÁGICAS	2.344,66	1.875,73
243	2	OTRAS ENFERMEDADES ESOFÁGICAS	3.965,50	3.172,40
243	3	OTRAS ENFERMEDADES ESOFÁGICAS	7.024,95	5.619,96
243	4	OTRAS ENFERMEDADES ESOFÁGICAS	12.959,03	10.367,23
244	1	DIVERTICULITIS Y DIVERTICULOSIS	3.035,52	2.428,42
244	2	DIVERTICULITIS Y DIVERTICULOSIS	3.984,31	3.187,45
244	3	DIVERTICULITIS Y DIVERTICULOSIS	6.107,76	4.886,21
244	4	DIVERTICULITIS Y DIVERTICULOSIS	11.139,64	8.911,71
245	1	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	3.813,73	3.050,99
245	2	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	5.357,67	4.286,14
245	3	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	8.608,20	6.886,56
245	4	ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL	18.049,73	14.439,78
246	1	INSUFICIENCIA VASCULAR GASTROINTESTINAL	3.192,93	2.554,34
246	2	INSUFICIENCIA VASCULAR GASTROINTESTINAL	4.150,98	3.320,78
246	3	INSUFICIENCIA VASCULAR GASTROINTESTINAL	6.062,55	4.850,04
246	4	INSUFICIENCIA VASCULAR GASTROINTESTINAL	7.214,86	5.771,89
247	1	OBSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL	2.706,85	2.165,48
247	2	OBSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL	3.767,60	3.014,08
247	3	OBSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL	5.515,35	4.412,28
247	4	OBSTRUCCIÓN GASTROINTESTINAL	7.517,08	6.013,66
248	1	INFECCIONES BACTERIANAS MAYORES DE APARATO DIGESTIVO	2.879,04	2.303,23
248	2	INFECCIONES BACTERIANAS MAYORES DE APARATO DIGESTIVO	4.452,66	3.562,12
248	3	INFECCIONES BACTERIANAS MAYORES DE APARATO DIGESTIVO	6.996,64	5.597,32
248	4	INFECCIONES BACTERIANAS MAYORES DE APARATO DIGESTIVO	11.235,52	8.988,41
252	1	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN Y COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROC. GASTROINTESTINAL	3.088,53	2.470,83
252	2	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN Y COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROC. GASTROINTESTINAL	4.179,05	3.343,24
252	3	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN Y COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROC. GASTROINTESTINAL	6.867,56	5.494,05
252	4	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN Y COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROC. GASTROINTESTINAL	12.557,64	10.046,11
260	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PÁNCREAS, HÍGADO Y DERIVACIÓN	11.705,78	9.364,62
260	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PÁNCREAS, HÍGADO Y DERIVACIÓN	15.640,88	12.512,71
260	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PÁNCREAS, HÍGADO Y DERIVACIÓN	25.226,30	20.181,04
260	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PÁNCREAS, HÍGADO Y DERIVACIÓN	44.145,20	35.316,16
261	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VÍA BILIAR	6.729,41	5.383,53

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
261	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VÍA BILIAR	11.221,25	8.977,00
261	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VÍA BILIAR	17.860,32	14.288,25
261	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VÍA BILIAR	33.055,35	26.444,28
263	1	COLECISTECTOMÍA	3.948,08	3.158,46
263	2	COLECISTECTOMÍA	5.760,44	4.608,35
263	3	COLECISTECTOMÍA	9.968,69	7.974,95
263	4	COLECISTECTOMÍA	22.182,43	17.745,94
264	1	OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES, PÁNCREAS Y ABDOMINALES	3.135,11	2.508,09
264	2	OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES, PÁNCREAS Y ABDOMINALES	4.351,95	3.481,56
264	3	OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES, PÁNCREAS Y ABDOMINALES	13.234,82	10.587,85
264	4	OTROS PROCEDIMIENTOS HEPATOBILIARES, PÁNCREAS Y ABDOMINALES	29.309,53	23.447,62
279	1	COMA HEPÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MAYORES DE HÍGADO	3.250,09	2.600,08
279	2	COMA HEPÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MAYORES DE HÍGADO	4.498,50	3.598,80
279	3	COMA HEPÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MAYORES DE HÍGADO	7.560,12	6.048,10
279	4	COMA HEPÁTICO Y OTROS TRASTORNOS MAYORES DE HÍGADO	16.206,80	12.965,44
281	1	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PÁNCREAS	3.249,92	2.599,94
281	2	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PÁNCREAS	4.768,26	3.814,61
281	3	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PÁNCREAS	6.992,89	5.594,31
281	4	NEOPLASIA MALIGNA DE SISTEMA HEPATOBILIAR O DE PÁNCREAS	10.254,28	8.203,42
282	1	TRASTORNOS DE PÁNCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	3.201,98	2.561,58
282	2	TRASTORNOS DE PÁNCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	4.438,35	3.550,68
282	3	TRASTORNOS DE PÁNCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	7.706,69	6.165,36
282	4	TRASTORNOS DE PÁNCREAS EXCEPTO NEOPLASIA MALIGNA	17.680,97	14.144,78
283	1	OTROS TRASTORNOS DE HÍGADO	2.574,24	2.059,40
283	2	OTROS TRASTORNOS DE HÍGADO	3.999,78	3.199,83
283	3	OTROS TRASTORNOS DE HÍGADO	6.467,61	5.174,09
283	4	OTROS TRASTORNOS DE HÍGADO	12.221,22	9.776,98
284	1	TRASTORNOS DEL TRACTO Y VESÍCULA BILIAR	3.297,38	2.637,90
284	2	TRASTORNOS DEL TRACTO Y VESÍCULA BILIAR	4.489,75	3.591,80
284	3	TRASTORNOS DEL TRACTO Y VESÍCULA BILIAR	6.986,46	5.589,17
284	4	TRASTORNOS DEL TRACTO Y VESÍCULA BILIAR	11.576,90	9.261,52
305	1	AMPUTACIÓN EXTREMIDADES INFERIORES EXCEPTO DEDOS DEL PIE	8.957,25	7.165,80
305	2	AMPUTACIÓN EXTREMIDADES INFERIORES EXCEPTO DEDOS DEL PIE	12.082,86	9.666,29
305	3	AMPUTACIÓN EXTREMIDADES INFERIORES EXCEPTO DEDOS DEL PIE	19.728,46	15.782,76
305	4	AMPUTACIÓN EXTREMIDADES INFERIORES EXCEPTO DEDOS DEL PIE	31.101,79	24.881,44
308	1	REPARACIÓN DE FRACTURA DE CADERA Y FÉMUR	7.941,98	6.353,58
308	2	REPARACIÓN DE FRACTURA DE CADERA Y FÉMUR	9.772,44	7.817,95
308	3	REPARACIÓN DE FRACTURA DE CADERA Y FÉMUR	12.429,43	9.943,55
308	4	REPARACIÓN DE FRACTURA DE CADERA Y FÉMUR	16.755,08	13.404,07
309	1	OTRAS CIRUGÍAS SIGNIFICATIVAS SOBRE CADERA Y FÉMUR	6.794,63	5.435,70
309	2	OTRAS CIRUGÍAS SIGNIFICATIVAS SOBRE CADERA Y FÉMUR	12.559,53	10.047,63

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
309	3	OTRAS CIRUGÍAS SIGNIFICATIVAS SOBRE CADERA Y FÉMUR	21.042,79	16.834,23
309	4	OTRAS CIRUGÍAS SIGNIFICATIVAS SOBRE CADERA Y FÉMUR	29.332,62	23.466,10
310	1	ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	6.276,95	5.021,56
310	2	ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	9.527,13	7.621,70
310	3	ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	18.177,72	14.542,18
310	4	ESCISIÓN Y DESCOMPRESIÓN DE DISCO INTERVERTEBRAL	40.597,39	32.477,91
312	1	DIAGNÓSTICOS DE INJERTO DE PIEL POR TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO, EXCEPTO MANO	7.370,29	5.896,23
312	2	DIAGNÓSTICOS DE INJERTO DE PIEL POR TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO, EXCEPTO MANO	17.162,64	13.730,11
312	3	DIAGNÓSTICOS DE INJERTO DE PIEL POR TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO, EXCEPTO MANO	29.399,01	23.519,21
312	4	DIAGNÓSTICOS DE INJERTO DE PIEL POR TRASTORNO MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO, EXCEPTO MANO	49.413,07	39.530,45
313	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE RODILLA Y PARTE INFERIOR DE LA PIERNA EXCEPTO PIE	5.614,57	4.491,65
313	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE RODILLA Y PARTE INFERIOR DE LA PIERNA EXCEPTO PIE	9.575,45	7.660,36
313	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE RODILLA Y PARTE INFERIOR DE LA PIERNA EXCEPTO PIE	20.305,81	16.244,65
313	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE RODILLA Y PARTE INFERIOR DE LA PIERNA EXCEPTO PIE	29.784,83	23.827,87
314	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIE Y DEDOS DEL PIE	4.735,44	3.788,35
314	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIE Y DEDOS DEL PIE	5.539,51	4.431,61
314	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIE Y DEDOS DEL PIE	9.840,11	7.872,09
314	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE PIE Y DEDOS DEL PIE	21.439,22	17.151,38
315	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE HOMBRO, CODO Y ANTEBRAZO EXC. SUSTITUCIÓN DE ARTICULACIÓN	4.838,79	3.871,03
315	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE HOMBRO, CODO Y ANTEBRAZO EXC. SUSTITUCIÓN DE ARTICULACIÓN	6.621,89	5.297,51
315	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE HOMBRO, CODO Y ANTEBRAZO EXC. SUSTITUCIÓN DE ARTICULACIÓN	14.193,27	11.354,62
315	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE HOMBRO, CODO Y ANTEBRAZO EXC. SUSTITUCIÓN DE ARTICULACIÓN	30.742,71	24.594,17
316	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO Y MUÑECA	4.464,36	3.571,49
316	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO Y MUÑECA	6.144,34	4.915,47
316	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO Y MUÑECA	11.236,86	8.989,48
316	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE MANO Y MUÑECA	37.016,78	29.613,42
317	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE TENDONES, MÚSCULOS Y OTROS TEJIDOS BLANDOS	4.399,66	3.519,73
317	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TENDONES, MÚSCULOS Y OTROS TEJIDOS BLANDOS	9.649,20	7.719,36
317	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE TENDONES, MÚSCULOS Y OTROS TEJIDOS BLANDOS	18.186,44	14.549,15
317	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE TENDONES, MÚSCULOS Y OTROS TEJIDOS BLANDOS	38.891,92	31.113,54
320	1	OTROS PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	4.905,85	3.924,68
320	2	OTROS PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	10.141,30	8.113,04
320	3	OTROS PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	18.870,24	15.096,19
320	4	OTROS PROCEDIMIENTOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	30.870,05	24.696,04
322	1	SUSTITUCIÓN DE HOMBRO Y CODO	8.827,17	7.061,74
322	2	SUSTITUCIÓN DE HOMBRO Y CODO	10.340,56	8.272,45
322	3	SUSTITUCIÓN DE HOMBRO Y CODO	16.004,72	12.803,78

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
322	4	SUSTITUCIÓN DE HOMBRO Y CODO	18.269,63	14.615,71
341	1	FRACTURA DE PELVIS O LUXACIÓN DE CADERA	2.940,60	2.352,48
341	2	FRACTURA DE PELVIS O LUXACIÓN DE CADERA	3.642,45	2.913,96
341	3	FRACTURA DE PELVIS O LUXACIÓN DE CADERA	5.506,18	4.404,94
341	4	FRACTURA DE PELVIS O LUXACIÓN DE CADERA	8.150,72	6.520,57
342	1	FRACTURA O LUXACIÓN EXCEPTO FÉMUR, PELVIS O ESPALDA	2.642,08	2.113,66
342	2	FRACTURA O LUXACIÓN EXCEPTO FÉMUR, PELVIS O ESPALDA	3.567,10	2.853,68
342	3	FRACTURA O LUXACIÓN EXCEPTO FÉMUR, PELVIS O ESPALDA	6.065,38	4.852,31
342	4	FRACTURA O LUXACIÓN EXCEPTO FÉMUR, PELVIS O ESPALDA	9.271,66	7.417,33
343	1	FRACTURAS PATOLÓGICAS Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELÉTICA Y T. CONECTIVO	4.309,70	3.447,76
343	2	FRACTURAS PATOLÓGICAS Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELÉTICA Y T. CONECTIVO	5.485,58	4.388,46
343	3	FRACTURAS PATOLÓGICAS Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELÉTICA Y T. CONECTIVO	8.917,36	7.133,89
343	4	FRACTURAS PATOLÓGICAS Y NEOPLASIA MALIGNA MUSCULOESQUELÉTICA Y T. CONECTIVO	13.595,15	10.876,12
344	1	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SÉPTICA Y OTRAS INFECCIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	5.256,66	4.205,33
344	2	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SÉPTICA Y OTRAS INFECCIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	7.332,24	5.865,80
344	3	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SÉPTICA Y OTRAS INFECCIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	12.275,59	9.820,47
344	4	OSTEOMIELITIS, ARTRITIS SÉPTICA Y OTRAS INFECCIONES MUSCULOESQUELÉTICAS	18.003,49	14.402,79
346	1	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO	3.813,92	3.051,14
346	2	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO	5.493,60	4.394,88
346	3	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO	8.871,00	7.096,80
346	4	TRASTORNOS DE TEJIDO CONECTIVO	17.025,00	13.620,00
347	1	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	3.283,81	2.627,05
347	2	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	4.799,67	3.839,73
347	3	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	7.489,83	5.991,86
347	4	OTROS PROBLEMAS DE LA ESPALDA Y CUELLO, FRACTURAS Y HERIDAS	14.112,19	11.289,75
349	1	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. ORTOPÉDICO	3.958,24	3.166,59
349	2	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. ORTOPÉDICO	6.408,29	5.126,63
349	3	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. ORTOPÉDICO	10.062,91	8.050,33
349	4	MALFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO O PROCED. ORTOPÉDICO	14.229,15	11.383,32
351	1	OTROS DIAGNÓSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	3.144,49	2.515,60
351	2	OTROS DIAGNÓSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	4.139,48	3.311,58
351	3	OTROS DIAGNÓSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	7.196,93	5.757,54
351	4	OTROS DIAGNÓSTICOS DE SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO Y TEJIDO CONECTIVO	13.079,39	10.463,51
361	1	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	5.738,17	4.590,54
361	2	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	10.311,62	8.249,29
361	3	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	22.962,23	18.369,78
361	4	INJERTO PIEL PARA DIAGNÓSTICOS PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO	47.788,72	38.230,98

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
364	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	4.309,63	3.447,71
364	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	7.698,57	6.158,85
364	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	14.688,70	11.750,96
364	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y RELACIONADOS	25.697,36	20.557,89
380	1	ULCERAS CUTÁNEAS	4.742,36	3.793,89
380	2	ULCERAS CUTÁNEAS	6.000,42	4.800,34
380	3	ULCERAS CUTÁNEAS	8.749,96	6.999,97
380	4	ULCERAS CUTÁNEAS	12.618,94	10.095,15
381	1	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	3.435,40	2.748,32
381	2	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	5.077,81	4.062,25
381	3	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	7.840,22	6.272,17
381	4	TRASTORNOS MAYORES DE LA PIEL	17.225,73	13.780,58
383	1	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	2.962,26	2.369,80
383	2	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	4.360,13	3.488,10
383	3	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	6.488,51	5.190,81
383	4	CELULITIS Y OTRAS INFECCIONES DE PIEL	11.119,37	8.895,50
384	1	TRAUMATISMOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y HERIDA ABIERTA	2.544,26	2.035,41
384	2	TRAUMATISMOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y HERIDA ABIERTA	3.709,78	2.967,82
384	3	TRAUMATISMOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y HERIDA ABIERTA	6.249,14	4.999,31
384	4	TRAUMATISMOS SOBRE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y HERIDA ABIERTA	8.594,94	6.875,96
385	1	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	2.978,84	2.383,07
385	2	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	4.148,42	3.318,74
385	3	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	6.447,49	5.157,99
385	4	OTRAS ENFERMEDADES DE PIEL, TEJIDO SUBCUTÁNEO Y MAMA	10.461,33	8.369,06
401	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULA ADRENAL	7.254,29	5.803,44
401	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULA ADRENAL	10.032,30	8.025,84
401	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULA ADRENAL	20.843,14	16.674,52
401	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE GLÁNDULA ADRENAL	38.891,87	31.113,50
404	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	4.847,76	3.878,21
404	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	6.585,01	5.268,01
404	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	11.835,55	9.468,44
404	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE TIROIDES, PARATIROIDES Y TRACTO TIROGLOSO	26.738,65	21.390,92
405	1	OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	7.394,52	5.915,62
405	2	OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	9.858,70	7.886,96
405	3	OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	17.061,83	13.649,46
405	4	OTROS PROCEDIMIENTOS ENDOCRINOS, NUTRICIONALES Y METABÓLICOS	41.694,61	33.355,69
421	1	MALNUTRICIÓN, RETRASO EN EL DESARROLLO Y OTRAS ENFERMEDADES NUTRICIONALES	3.115,97	2.492,77
421	2	MALNUTRICIÓN, RETRASO EN EL DESARROLLO Y OTRAS ENFERMEDADES NUTRICIONALES	4.922,69	3.938,15
421	3	MALNUTRICIÓN, RETRASO EN EL DESARROLLO Y OTRAS ENFERMEDADES NUTRICIONALES	8.773,92	7.019,13

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
421	4	MALNUTRICIÓN, RETRASO EN EL DESARROLLO Y OTRAS ENFERMEDADES NUTRICIONALES	17.000,94	13.600,76
422	1	HIPOVOLEMIA Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS RELACIONADOS	2.233,06	1.786,45
422	2	HIPOVOLEMIA Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS RELACIONADOS	3.369,74	2.695,79
422	3	HIPOVOLEMIA Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS RELACIONADOS	4.979,73	3.983,78
422	4	HIPOVOLEMIA Y TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS RELACIONADOS	8.541,21	6.832,97
423	1	TRASTORNOS CONGÉNITOS DEL METABOLISMO	2.824,91	2.259,93
423	2	TRASTORNOS CONGÉNITOS DEL METABOLISMO	3.455,29	2.764,23
423	3	TRASTORNOS CONGÉNITOS DEL METABOLISMO	7.257,60	5.806,08
423	4	TRASTORNOS CONGÉNITOS DEL METABOLISMO	12.177,00	9.741,60
424	1	OTRAS TRASTORNOS ENDOCRINOS	2.610,63	2.088,51
424	2	OTRAS TRASTORNOS ENDOCRINOS	3.978,02	3.182,41
424	3	OTRAS TRASTORNOS ENDOCRINOS	6.849,26	5.479,41
424	4	OTRAS TRASTORNOS ENDOCRINOS	13.397,33	10.717,86
425	1	OTROS TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS NO HIPOVOLÉMICOS	2.736,18	2.188,94
425	2	OTROS TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS NO HIPOVOLÉMICOS	3.689,87	2.951,89
425	3	OTROS TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS NO HIPOVOLÉMICOS	5.845,52	4.676,42
425	4	OTROS TRASTORNOS ELECTROLÍTICOS NO HIPOVOLÉMICOS	10.752,10	8.601,68
426	1	TRASTORNOS DEL SODIO NO HIPOVOLÉMICOS	2.786,90	2.229,52
426	2	TRASTORNOS DEL SODIO NO HIPOVOLÉMICOS	3.646,06	2.916,85
426	3	TRASTORNOS DEL SODIO NO HIPOVOLÉMICOS	5.367,53	4.294,02
426	4	TRASTORNOS DEL SODIO NO HIPOVOLÉMICOS	8.705,97	6.964,78
427	1	TRASTORNOS DE LA TIROIDES	2.126,57	1.701,26
427	2	TRASTORNOS DE LA TIROIDES	3.012,75	2.410,20
427	3	TRASTORNOS DE LA TIROIDES	7.024,27	5.619,42
427	4	TRASTORNOS DE LA TIROIDES	9.907,34	7.925,87
440	1	TRASPLANTE RENAL	20.582,94	16.466,35
440	2	TRASPLANTE RENAL	23.910,98	19.128,79
440	3	TRASPLANTE RENAL	31.546,07	25.236,86
440	4	TRASPLANTE RENAL	51.582,39	41.265,91
441	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	8.988,52	7.190,82
441	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	17.004,18	13.603,34
441	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	21.965,89	17.572,71
441	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE VEJIGA	41.044,79	32.835,83
442	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR NEOPLASIA	6.999,95	5.599,96
442	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR NEOPLASIA	8.582,13	6.865,70
442	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR NEOPLASIA	14.427,65	11.542,12
442	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR NEOPLASIA	31.893,62	25.514,90
443	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	3.798,00	3.038,40
443	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	5.508,87	4.407,10
443	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	11.245,43	8.996,34

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
443	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO POR PROCESOS NO MALIGNOS	20.877,85	16.702,28
444	1	PROCEDIMIENTOS DEL DISPOSITIVO DE ACCESO Y REPARACIÓN DE VASOS PARA DIALISIS RENAL	2.873,41	2.298,73
444	2	PROCEDIMIENTOS DEL DISPOSITIVO DE ACCESO Y REPARACIÓN DE VASOS PARA DIALISIS RENAL	3.798,55	3.038,84
444	3	PROCEDIMIENTOS DEL DISPOSITIVO DE ACCESO Y REPARACIÓN DE VASOS PARA DIALISIS RENAL	9.041,59	7.233,27
444	4	PROCEDIMIENTOS DEL DISPOSITIVO DE ACCESO Y REPARACIÓN DE VASOS PARA DIALISIS RENAL	17.022,89	13.618,31
445	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VEJIGA	3.956,74	3.165,39
445	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VEJIGA	7.794,25	6.235,40
445	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VEJIGA	10.969,07	8.775,26
445	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE VEJIGA	20.176,25	16.141,00
446	1	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	2.646,18	2.116,94
446	2	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	3.593,51	2.874,81
446	3	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	7.233,29	5.786,63
446	4	PROCEDIMIENTOS URETRALES Y TRANSURETRALES	17.354,68	13.883,75
447	1	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO Y RELACIONADOS	5.648,12	4.518,50
447	2	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO Y RELACIONADOS	6.902,86	5.522,29
447	3	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO Y RELACIONADOS	12.779,65	10.223,72
447	4	OTROS PROCEDIMIENTOS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO Y RELACIONADOS	27.717,99	22.174,39
461	1	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	2.634,79	2.107,84
461	2	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	4.046,89	3.237,51
461	3	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	7.367,54	5.894,04
461	4	NEOPLASIAS DE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	9.294,81	7.435,85
462	1	NEFRITIS Y NEFROSIS	2.476,36	1.981,09
462	2	NEFRITIS Y NEFROSIS	4.372,65	3.498,12
462	3	NEFRITIS Y NEFROSIS	8.218,92	6.575,14
462	4	NEFRITIS Y NEFROSIS	20.246,96	16.197,57
466	1	MAFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO QUIRÚRGICO GENITOURINARIO	2.263,12	1.810,50
466	2	MAFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO QUIRÚRGICO GENITOURINARIO	3.314,67	2.651,74
466	3	MAFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO QUIRÚRGICO GENITOURINARIO	5.765,57	4.612,46
466	4	MAFUNCIONAMIENTO, REACCIÓN O COMPLICACIÓN DE DISPOSITIVO QUIRÚRGICO GENITOURINARIO	9.536,79	7.629,43
468	1	OTROS DIAGNÓSTICOS, SIGNOS Y SÍNTOMAS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	2.337,00	1.869,60
468	2	OTROS DIAGNÓSTICOS, SIGNOS Y SÍNTOMAS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	3.375,55	2.700,44
468	3	OTROS DIAGNÓSTICOS, SIGNOS Y SÍNTOMAS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	5.604,40	4.483,52
468	4	OTROS DIAGNÓSTICOS, SIGNOS Y SÍNTOMAS SOBRE RIÑÓN Y TRACTO URINARIO	9.524,49	7.619,59
469	1	DAÑO AGUDO DE RINÓN	3.261,47	2.609,18
469	2	DAÑO AGUDO DE RINÓN	4.385,88	3.508,71
469	3	DAÑO AGUDO DE RINÓN	6.677,99	5.342,39
469	4	DAÑO AGUDO DE RINÓN	10.782,53	8.626,02

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
470	1	ENFERMEDAD CRÓNICA DE RIÑÓN	2.497,48	1.997,98
470	2	ENFERMEDAD CRÓNICA DE RIÑÓN	3.446,12	2.756,89
470	3	ENFERMEDAD CRÓNICA DE RIÑÓN	5.567,64	4.454,11
470	4	ENFERMEDAD CRÓNICA DE RIÑÓN	8.990,45	7.192,36
480	1	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA	7.871,31	6.297,05
480	2	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA	8.971,83	7.177,46
480	3	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA	15.124,22	12.099,38
480	4	PROCEDIMIENTOS MAYORES SOBRE PELVIS MASCULINA	29.543,30	23.634,64
483	1	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	3.399,62	2.719,70
483	2	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	5.563,03	4.450,42
483	3	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	12.247,74	9.798,19
483	4	PROCEDIMIENTOS SOBRE PENE, TESTÍCULOS Y ESCROTO	37.026,38	29.621,10
484	1	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	4.952,75	3.962,20
484	2	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	5.276,96	4.221,57
484	3	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	7.134,04	5.707,24
484	4	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL MASCULINO	23.849,74	19.079,79
500	1	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	2.472,50	1.978,00
500	2	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	4.265,28	3.412,23
500	3	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	7.057,62	5.646,10
500	4	NEOPLASIAS DE APARATO GENITAL MASCULINO	8.793,01	7.034,41
510	1	EVISCERACIÓN PÉLVICA, HISTERECTOMÍA RADICAL Y OTROS PROC. GINECOLÓGICOS RADICALES	9.696,76	7.757,41
510	2	EVISCERACIÓN PÉLVICA, HISTERECTOMÍA RADICAL Y OTROS PROC. GINECOLÓGICOS RADICALES	11.888,45	9.510,76
510	3	EVISCERACIÓN PÉLVICA, HISTERECTOMÍA RADICAL Y OTROS PROC. GINECOLÓGICOS RADICALES	21.607,20	17.285,76
510	4	EVISCERACIÓN PÉLVICA, HISTERECTOMÍA RADICAL Y OTROS PROC. GINECOLÓGICOS RADICALES	32.410,81	25.928,65
511	1	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	8.036,90	6.429,52
511	2	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	11.109,34	8.887,48
511	3	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	17.774,65	14.219,72
511	4	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA DE OVARIO O ANEJOS	35.125,02	28.100,01
512	1	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA NO OVÁRICAS NI DE ANEJOS	7.581,01	6.064,80
512	2	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA NO OVÁRICAS NI DE ANEJOS	8.927,64	7.142,11
512	3	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA NO OVÁRICAS NI DE ANEJOS	16.552,83	13.242,26
512	4	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS POR NEOPLASIA MALIGNA NO OVÁRICAS NI DE ANEJOS	31.881,00	25.504,80
514	1	PROC. DE RECONSTRUCCIÓN APARATO GENITAL FEMENINO	3.536,00	2.828,80
514	2	PROC. DE RECONSTRUCCIÓN APARATO GENITAL FEMENINO	4.352,90	3.482,32
514	3	PROC. DE RECONSTRUCCIÓN APARATO GENITAL FEMENINO	10.682,13	8.545,70
514	4	PROC. DE RECONSTRUCCIÓN APARATO GENITAL FEMENINO	17.785,24	14.228,19
517	1	DILATACIÓN Y LEGRADO PARA DIAGNÓSTICOS NO OBSTÉTRICOS	2.548,53	2.038,82
517	2	DILATACIÓN Y LEGRADO PARA DIAGNÓSTICOS NO OBSTÉTRICOS	3.265,78	2.612,62

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
517	3	DILATACIÓN Y LEGRADO PARA DIAGNÓSTICOS NO OBSTÉTRICOS	11.370,52	9.096,41
517	4	DILATACIÓN Y LEGRADO PARA DIAGNÓSTICOS NO OBSTÉTRICOS	12.926,54	10.341,23
518	1	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	3.601,82	2.881,46
518	2	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	6.136,68	4.909,35
518	3	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	14.271,61	11.417,29
518	4	OTROS PROC. QUIRÚRGICOS DE AP. GENITAL FEMENINO	26.589,12	21.271,30
519	1	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	6.015,13	4.812,10
519	2	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	7.003,48	5.602,78
519	3	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	11.927,09	9.541,67
519	4	PROC. SOBRE ÚTERO Y ANEJOS PARA LEIOMIOMA	26.348,00	21.078,40
530	1	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	3.652,44	2.921,95
530	2	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	4.097,26	3.277,81
530	3	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	6.413,62	5.130,89
530	4	TRASTORNOS MALIGNOS DEL SISTEMA REPRODUCTOR FEMENINO	8.724,92	6.979,94
580	1	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.061,16	848,93
580	2	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.319,22	1.055,38
580	3	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.501,29	1.201,03
580	4	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NO NACIDO EN EL CENTRO	1.653,63	1.322,90
581	1	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NACIDO EN EL CENTRO	1.192,01	953,61
581	2	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NACIDO EN EL CENTRO	1.439,07	1.151,26
581	3	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NACIDO EN EL CENTRO	2.345,59	1.876,47
581	4	NEONATO, TRASLADADO CON <5 DÍAS, NACIDO EN EL CENTRO	2.345,59	1.876,47
583	1	NEONATO CON OXIGENACIÓN MEMBRANA EXTRACORPÓREA	56.243,10	44.994,48
583	2	NEONATO CON OXIGENACIÓN MEMBRANA EXTRACORPÓREA	69.655,04	55.724,03
583	3	NEONATO CON OXIGENACIÓN MEMBRANA EXTRACORPÓREA	69.655,04	55.724,03
583	4	NEONATO CON OXIGENACIÓN MEMBRANA EXTRACORPÓREA	94.916,20	75.932,96
588	1	NEONATO, PESO AL NACER < 1500 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	21.497,51	17.198,01
588	2	NEONATO, PESO AL NACER < 1500 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	54.333,49	43.466,79
588	3	NEONATO, PESO AL NACER < 1500 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	55.687,53	44.550,03
588	4	NEONATO, PESO AL NACER < 1500 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	79.296,62	63.437,29
589	1	NEONATO, PESONAC<500g, Ó PESONAC<1Kg Y SM<24, Ó PESONAC<750g CON ANOMALÍA MAYOR O SIN INTERVENCIÓN DE SOPORTE VITAL	28.032,11	22.425,69
589	2	NEONATO, PESONAC<500g, Ó PESONAC<1Kg Y SM<24, Ó PESONAC<750g CON ANOMALÍA MAYOR O SIN INTERVENCIÓN DE SOPORTE VITAL	28.032,11	22.425,69
589	3	NEONATO, PESONAC<500g, Ó PESONAC<1Kg Y SM<24, Ó PESONAC<750g CON ANOMALÍA MAYOR O SIN INTERVENCIÓN DE SOPORTE VITAL	28.032,11	22.425,69
589	4	NEONATO, PESONAC<500g, Ó PESONAC<1Kg Y SM<24, Ó PESONAC<750g CON ANOMALÍA MAYOR O SIN INTERVENCIÓN DE SOPORTE VITAL	28.032,11	22.425,69
591	1	NEONATO, PESO AL NACER 500-749 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	58.313,97	46.651,17
591	2	NEONATO, PESO AL NACER 500-749 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	58.313,97	46.651,17
591	3	NEONATO, PESO AL NACER 500-749 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	58.313,97	46.651,17
591	4	NEONATO, PESO AL NACER 500-749 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	62.739,84	50.191,87
593	1	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	28.455,79	22.764,63
593	2	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	61.370,83	49.096,67

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
593	3	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	64.880,67	51.904,54
593	4	NEONATO, PESO AL NACER 750-999 G, SIN PROCEDIMIENTO MAYOR	71.009,11	56.807,29
602	1	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	40.955,69	32.764,55
602	2	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	52.009,34	41.607,48
602	3	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	57.586,15	46.068,92
602	4	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	61.256,45	49.005,16
603	1	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	30.135,09	24.108,07
603	2	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	41.610,62	33.288,50
603	3	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	50.133,44	40.106,75
603	4	NEONATO, PESO AL NACER 1000-1249 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	50.133,44	40.106,75
607	1	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	28.851,33	23.081,06
607	2	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	38.669,58	30.935,66
607	3	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	45.870,72	36.696,58
607	4	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRAS MAY. RESP. U OTRAS ANOMALÍAS MAYORES	57.213,93	45.771,14
608	1	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	23.475,72	18.780,57
608	2	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	30.788,08	24.630,46
608	3	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	43.382,06	34.705,65
608	4	NEONATO, PESO AL NACER 1250-1499 G, CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	43.382,06	34.705,65
609	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-2499 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	2.258,40	1.806,72
609	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-2499 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	42.819,11	34.255,28
609	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-2499 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	45.715,38	36.572,30
609	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-2499 G, CON PROCEDIMIENTO MAYOR	67.620,90	54.096,72
611	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON ANOMALÍAS MAYORES	13.561,86	10.849,49
611	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON ANOMALÍAS MAYORES	19.746,63	15.797,31
611	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON ANOMALÍAS MAYORES	33.187,39	26.549,91
611	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON ANOMALÍAS MAYORES	34.837,89	27.870,31
612	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	19.110,91	15.288,73
612	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	26.654,38	21.323,50
612	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	28.296,41	22.637,13
612	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	41.079,09	32.863,27
613	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	16.822,41	13.457,93
613	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	21.394,16	17.115,33
613	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	24.007,69	19.206,15
613	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	24.007,69	19.206,15
614	1	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	11.598,75	9.279,00
614	2	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	18.746,28	14.997,02

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
614	3	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	26.016,97	20.813,58
614	4	NEONATO, PESO AL NACER 1500-1999 G CON O SIN OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	28.192,43	22.553,95
621	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 CON ANOMALÍAS MAYORES	5.821,83	4.657,46
621	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 CON ANOMALÍAS MAYORES	11.915,30	9.532,24
621	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 CON ANOMALÍAS MAYORES	25.361,81	20.289,45
621	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 CON ANOMALÍAS MAYORES	43.600,47	34.880,37
622	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	8.700,08	6.960,06
622	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	15.286,28	12.229,02
622	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	15.711,72	12.569,37
622	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	23.009,27	18.407,41
623	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	8.720,02	6.976,01
623	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	12.622,58	10.098,06
623	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	20.812,05	16.649,64
623	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON INFECCIÓN CONGÉNITA O PERINATAL	20.812,05	16.649,64
625	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	8.783,97	7.027,17
625	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	13.350,47	10.680,38
625	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	20.981,30	16.785,04
625	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G CON OTRA CONDICIÓN SIGNIFICATIVA	20.981,30	16.785,04
626	1	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTROS PROBLEMAS	3.942,54	3.154,03
626	2	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTROS PROBLEMAS	4.478,19	3.582,56
626	3	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTROS PROBLEMAS	6.621,62	5.297,29
626	4	NEONATO, PESO AL NACER 2000-2499 G, NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTROS PROBLEMAS	10.708,05	8.566,44
630	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR MAYOR	12.787,78	10.230,23
630	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR MAYOR	37.569,85	30.055,88
630	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR MAYOR	51.692,88	41.354,31
630	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON PROCEDIMIENTO CARDIOVASCULAR MAYOR	75.139,44	60.111,55
631	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	8.876,16	7.100,93
631	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	22.640,64	18.112,52
631	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	40.804,35	32.643,48
631	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTROS PROCEDIMIENTOS MAYORES	61.106,22	48.884,98
633	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON ANOMALÍAS MAYORES	4.246,02	3.396,82
633	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON ANOMALÍAS MAYORES	7.965,49	6.372,40
633	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON ANOMALÍAS MAYORES	17.103,73	13.682,98
633	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON ANOMALÍAS MAYORES	30.067,19	24.053,75
634	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	3.845,68	3.076,54
634	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	7.743,13	6.194,51
634	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	8.782,03	7.025,62

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
634	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499G CON SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO/OTRA CONDICIÓN RESP. MAYOR	22.049,95	17.639,96
636	1	NEONATO, PESO AL NACER > 2499G CON INFECCIÓN CONGÉNITA/PERINATAL	4.746,82	3.797,46
636	2	NEONATO, PESO AL NACER > 2499G CON INFECCIÓN CONGÉNITA/PERINATAL	8.285,25	6.628,20
636	3	NEONATO, PESO AL NACER > 2499G CON INFECCIÓN CONGÉNITA/PERINATAL	13.436,51	10.749,21
636	4	NEONATO, PESO AL NACER > 2499G CON INFECCIÓN CONGÉNITA/PERINATAL	27.121,56	21.697,25
639	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS	4.086,09	3.268,87
639	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS	7.991,14	6.392,91
639	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS	13.304,69	10.643,76
639	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G CON OTRAS CONDICIONES SIGNIFICATIVAS	16.158,64	12.926,91
640	1	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTRO PROBLEMA	2.114,55	1.691,64
640	2	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTRO PROBLEMA	2.514,44	2.011,55
640	3	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTRO PROBLEMA	3.454,26	2.763,41
640	4	NEONATO, PESO AL NACER >2499 G NEONATO NORMAL O NEONATO CON OTRO PROBLEMA	21.764,52	17.411,62
650	1	ESPLENECTOMÍA	7.713,33	6.170,66
650	2	ESPLENECTOMÍA	9.725,58	7.780,47
650	3	ESPLENECTOMÍA	15.757,12	12.605,70
650	4	ESPLENECTOMÍA	24.011,37	19.209,10
651	1	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	4.208,83	3.367,07
651	2	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	7.340,53	5.872,43
651	3	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	15.135,37	12.108,30
651	4	OTROS PROCEDIMIENTOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	31.810,82	25.448,66
660	1	DIAG MAYORES HEMATOLÓGICOS/INMUNOLÓGICOS EXCEPTO CRISIS POR CÉLULAS FALCIFORMES Y COAGULACIÓN	4.134,04	3.307,24
660	2	DIAG MAYORES HEMATOLÓGICOS/INMUNOLÓGICOS EXCEPTO CRISIS POR CÉLULAS FALCIFORMES Y COAGULACIÓN	4.843,73	3.874,99
660	3	DIAG MAYORES HEMATOLÓGICOS/INMUNOLÓGICOS EXCEPTO CRISIS POR CÉLULAS FALCIFORMES Y COAGULACIÓN	7.936,90	6.349,52
660	4	DIAG MAYORES HEMATOLÓGICOS/INMUNOLÓGICOS EXCEPTO CRISIS POR CÉLULAS FALCIFORMES Y COAGULACIÓN	17.652,01	14.121,61
661	1	TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN Y PLAQUETAS	3.494,87	2.795,90
661	2	TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN Y PLAQUETAS	4.966,49	3.973,19
661	3	TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN Y PLAQUETAS	7.937,60	6.350,08
661	4	TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN Y PLAQUETAS	13.836,04	11.068,83
662	1	CRISIS POR ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	3.586,49	2.869,19
662	2	CRISIS POR ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	4.886,51	3.909,21
662	3	CRISIS POR ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	6.935,87	5.548,70
662	4	CRISIS POR ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	20.078,08	16.062,47
663	1	OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	3.007,29	2.405,83
663	2	OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	4.178,38	3.342,70
663	3	OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	6.231,22	4.984,98
663	4	OTRA ANEMIA Y TRASTORNOS HEMATOLÓGICOS Y DE ÓRGANOS HEMATOPOYÉTICOS	8.748,97	6.999,18

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
680	1	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	9.516,59	7.613,27
680	2	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	13.710,50	10.968,40
680	3	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	25.737,98	20.590,39
680	4	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MAYOR PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	41.686,32	33.349,05
681	1	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	5.143,70	4.114,96
681	2	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	7.058,10	5.646,48
681	3	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	16.671,90	13.337,52
681	4	OTRO PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO PARA NEOPLASMAS LINFÁTICOS/HEMATOPOYÉTICOS/OTROS	31.696,62	25.357,29
690	1	LEUCEMIA AGUDA	8.210,38	6.568,31
690	2	LEUCEMIA AGUDA	14.862,09	11.889,67
690	3	LEUCEMIA AGUDA	22.760,07	18.208,06
690	4	LEUCEMIA AGUDA	36.067,58	28.854,07
691	1	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	4.552,41	3.641,92
691	2	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	7.211,77	5.769,42
691	3	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	13.240,60	10.592,48
691	4	LINFOMA, MIELOMA Y LEUCEMIA NO AGUDA	21.649,20	17.319,36
692	1	RADIOTERAPIA	2.331,76	1.865,41
692	2	RADIOTERAPIA	4.035,84	3.228,67
692	3	RADIOTERAPIA	9.314,17	7.451,34
692	4	RADIOTERAPIA	10.728,89	8.583,11
694	1	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	3.687,33	2.949,86
694	2	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	5.073,22	4.058,58
694	3	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	7.402,31	5.921,85
694	4	NEOPLASIAS LINFÁTICAS Y OTRAS Y NEOPLASMAS DE COMPORTAMIENTO DUDOSO	11.203,91	8.963,13
695	1	QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA	2.096,22	1.676,98
695	2	QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA	5.463,55	4.370,84
695	3	QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA	14.281,69	11.425,35
695	4	QUIMIOTERAPIA POR LEUCEMIA AGUDA	32.580,27	26.064,21
696	1	OTRA QUIMIOTERAPIA	2.590,89	2.072,71
696	2	OTRA QUIMIOTERAPIA	3.460,35	2.768,28
696	3	OTRA QUIMIOTERAPIA	6.489,00	5.191,20
696	4	OTRA QUIMIOTERAPIA	17.705,46	14.164,37
710	1	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	6.463,65	5.170,92
710	2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	10.450,94	8.360,75
710	3	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	16.666,00	13.332,80
710	4	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITOSIS INCLUYENDO VIH CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	28.839,18	23.071,34
711	1	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	7.508,45	6.006,76

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
711	2	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	11.574,52	9.259,62
711	3	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	19.862,06	15.889,65
711	4	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	33.220,43	26.576,34
720	1	SEPTICEMIA E INFECCIONES DISEMINADAS	3.971,90	3.177,52
720	2	SEPTICEMIA E INFECCIONES DISEMINADAS	5.031,94	4.025,55
720	3	SEPTICEMIA E INFECCIONES DISEMINADAS	6.970,94	5.576,75
720	4	SEPTICEMIA E INFECCIONES DISEMINADAS	11.095,33	8.876,26
721	1	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	4.586,07	3.668,85
721	2	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	5.754,97	4.603,98
721	3	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	8.319,77	6.655,82
721	4	INFECCIONES POSTOPERATORIAS, POSTRAUMÁTICAS Y DE OTROS DISPOSITIVOS	15.595,59	12.476,47
722	1	FIEBRE Y CONDICIONES INFLAMATORIAS	2.675,39	2.140,31
722	2	FIEBRE Y CONDICIONES INFLAMATORIAS	3.668,11	2.934,48
722	3	FIEBRE Y CONDICIONES INFLAMATORIAS	5.401,42	4.321,14
722	4	FIEBRE Y CONDICIONES INFLAMATORIAS	8.061,32	6.449,06
723	1	ENFERMEDAD VÍRICA	2.360,21	1.888,17
723	2	ENFERMEDAD VÍRICA	3.073,60	2.458,88
723	3	ENFERMEDAD VÍRICA	5.748,78	4.599,02
723	4	ENFERMEDAD VÍRICA	11.638,60	9.310,88
724	1	OTRAS INFECCIONES Y PARASITOSIS SISTÉMICAS	4.117,10	3.293,68
724	2	OTRAS INFECCIONES Y PARASITOSIS SISTÉMICAS	5.234,01	4.187,21
724	3	OTRAS INFECCIONES Y PARASITOSIS SISTÉMICAS	7.908,21	6.326,57
724	4	OTRAS INFECCIONES Y PARASITOSIS SISTÉMICAS	14.005,87	11.204,70
740	1	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	6.080,46	4.864,37
740	2	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	12.973,95	10.379,16
740	3	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	19.624,27	15.699,42
740	4	DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDAD MENTAL CON PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	35.988,14	28.790,52
759	1	TRASTORNO ALIMENTARIO	16.052,77	12.842,22
759	2	TRASTORNO ALIMENTARIO	18.185,89	14.548,71
759	3	TRASTORNO ALIMENTARIO	21.255,95	17.004,76
759	4	TRASTORNO ALIMENTARIO	27.986,40	22.389,12
760	1	OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	6.803,58	5.442,87
760	2	OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	7.210,10	5.768,08
760	3	OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	8.176,14	6.540,92
760	4	OTROS TRASTORNOS DE SALUD MENTAL	12.347,54	9.878,03
792	1	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	8.934,81	7.147,85
792	2	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	12.066,67	9.653,33
792	3	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	18.679,11	14.943,29
792	4	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	32.926,50	26.341,20

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
793	1	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MODERADAMENTE EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	4.407,47	3.525,98
793	2	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MODERADAMENTE EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	8.254,93	6.603,95
793	3	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MODERADAMENTE EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	14.113,61	11.290,89
793	4	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO MODERADAMENTE EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	24.261,61	19.409,29
794	1	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	3.890,95	3.112,76
794	2	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	6.654,88	5.323,90
794	3	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	11.618,94	9.295,15
794	4	PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO NO EXTENSIVO PARA OTRAS COMPLICACIONES DE TRATAMIENTO	16.167,80	12.934,24
810	1	HEMORRAGIA O HEMATOMA DEBIDO A COMPLICACIÓN	2.036,91	1.629,53
810	2	HEMORRAGIA O HEMATOMA DEBIDO A COMPLICACIÓN	2.968,19	2.374,55
810	3	HEMORRAGIA O HEMATOMA DEBIDO A COMPLICACIÓN	5.463,56	4.370,84
810	4	HEMORRAGIA O HEMATOMA DEBIDO A COMPLICACIÓN	11.584,39	9.267,51
841	1	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3ER. GRADO, CON INJERTO DE PIEL	114.737,15	91.789,72
841	2	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3ER. GRADO, CON INJERTO DE PIEL	114.737,15	91.789,72
841	3	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3ER. GRADO, CON INJERTO DE PIEL	114.737,15	91.789,72
841	4	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3ER. GRADO, CON INJERTO DE PIEL	114.737,15	91.789,72
842	1	QUEMADURAS CON INJERTO DE PIEL EXC. EXTENSAS DE 3ER GRADO	19.976,67	15.981,33
842	2	QUEMADURAS CON INJERTO DE PIEL EXC. EXTENSAS DE 3ER GRADO	34.356,67	27.485,34
842	3	QUEMADURAS CON INJERTO DE PIEL EXC. EXTENSAS DE 3ER GRADO	59.109,18	47.287,35
842	4	QUEMADURAS CON INJERTO DE PIEL EXC. EXTENSAS DE 3ER GRADO	67.308,62	53.846,89
843	1	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3ER. GRADO SIN INJERTO DE PIEL	7.635,09	6.108,07
843	2	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3ER. GRADO SIN INJERTO DE PIEL	10.663,33	8.530,67
843	3	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3ER. GRADO SIN INJERTO DE PIEL	15.737,67	12.590,14
843	4	QUEMADURAS EXTENSAS DE 3ER. GRADO SIN INJERTO DE PIEL	35.743,04	28.594,43
844	1	QUEMADURAS DE GROSOR PARCIAL SIN INJERTO DE PIEL	7.435,25	5.948,20
844	2	QUEMADURAS DE GROSOR PARCIAL SIN INJERTO DE PIEL	11.893,68	9.514,95
844	3	QUEMADURAS DE GROSOR PARCIAL SIN INJERTO DE PIEL	17.118,49	13.694,79
844	4	QUEMADURAS DE GROSOR PARCIAL SIN INJERTO DE PIEL	32.013,74	25.610,99
850	1	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	4.795,74	3.836,59
850	2	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	7.454,67	5.963,74
850	3	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	15.107,53	12.086,02
850	4	PROCEDIMIENTO CON DIAG. DE REHAB, CUIDADOS POSTERIORES U OTRO CONTACTO CON SERVICIOS SANITARIOS	34.954,18	27.963,34
860	1	REHABILITACIÓN	12.831,43	10.265,15
860	2	REHABILITACIÓN	13.495,55	10.796,44
860	3	REHABILITACIÓN	15.767,77	12.614,22
860	4	REHABILITACIÓN	18.306,51	14.645,21
863	1	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES	6.778,13	5.422,50
863	2	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES	11.938,20	9.550,56

CÓDIGO APR-GRD ¹ (Versión 38)	Severidad	Descripción GRD	Coste medio 2025 - (En euros)	Coste compensable (80%) - (En euros)
863	3	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES	23.826,33	19.061,06
863	4	CUIDADOS POSTERIORES NEONATALES	28.519,33	22.815,46
910	1	CRANEOTOMÍA POR TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	12.746,53	10.197,22
910	2	CRANEOTOMÍA POR TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	26.434,59	21.147,68
910	3	CRANEOTOMÍA POR TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	40.379,19	32.303,35
910	4	CRANEOTOMÍA POR TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	47.624,42	38.099,53
911	1	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	10.879,36	8.703,49
911	2	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	11.117,16	8.893,72
911	3	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	18.394,64	14.715,71
911	4	PROCEDIMIENTOS ABDOMINALES/TORÁCICOS EXTENSIVOS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	38.034,98	30.427,98
912	1	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	14.261,53	11.409,22
912	2	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	14.261,53	11.409,22
912	3	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	25.056,30	20.045,04
912	4	PROCEDIMIENTOS MUSCULOESQUELÉTICOS Y OTROS PARA TRAUMA MÚLTIPLE SIGNIFICATIVO	42.105,70	33.684,56
930	1	TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	4.022,77	3.218,22
930	2	TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	5.172,48	4.137,99
930	3	TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	9.173,84	7.339,08
930	4	TRAUMA SIGNIFICATIVO MÚLTIPLE SIN PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO	18.504,54	14.803,63

¹ All Patient Refined – Grupo Relacionado de Diagnóstico

ANEXO IV

Técnicas, tecnologías y procedimientos en uso tutelado

No hay ninguna técnica, tecnología o procedimiento en uso tutelado.

**MEMORIA DEL ANÁLISIS DE IMPACTO NORMATIVO DEL PROYECTO DE ORDEN
POR LA QUE SE ACTUALIZAN LOS ANEXOS I, II, III y IV DEL REAL DECRETO
1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL
FONDO DE COHESIÓN SANITARIA**

FICHA DEL RESUMEN EJECUTIVO

Ministerio/Órgano proponente	Ministerio de Sanidad (Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia)	Fecha	21/09/2026
Título de la norma	PROYECTO DE ORDEN POR LA QUE SE ACTUALIZAN LOS ANEXOS I, II, III y IV DEL REAL DECRETO 1207/2006, DE 20 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE REGULA LA GESTIÓN DEL FONDO DE COHESIÓN SANITARIA		
Tipo de Memoria	Normal ☒ Abreviada ☐		
OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA			
Situación que se regula	La actualización de los anexos I, II, III y IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.		

Objetivos que se persiguen	Se establece como objetivo general garantizar que los mecanismos de compensación del Fondo de cohesión sanitaria (en adelante, FCS) reflejen adecuadamente las necesidades asistenciales actuales del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), mediante la actualización de los procesos, patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos (en adelante, PTP) financiados, así como de sus costes compensables. Se establecen como objetivos específicos: • Incorporar, modificar o retirar de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos acordados por el CISNS para los que es necesario designar Centros, Servicios y Unidades de Referencia (en adelante, CSUR) en el SNS. • Actualizar los procesos incluidos en los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, y sus costes compensables, en virtud de lo dispuesto en los artículos 4.4, 7.2 y 9.4 del mismo y en la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española y que se aplicarán a la asistencia sanitaria compensable a través del FCS prestada en 2025. • Actualizar el contenido del anexo IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, al no existir ningún uso tutelado en vigor.
Principales alternativas consideradas	La disposición final segunda del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, faculta a la persona titular del Ministerio de Sanidad para dictar las disposiciones necesarias para el desarrollo y ejecución de lo previsto en el propio real decreto, y, específicamente, para actualizar y modificar el contenido de sus anexos en los que se recogen los procesos, patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos que han de ser financiados con cargo al FCS. Por tanto, no existe otra alternativa no regulatoria, ya que los objetivos perseguidos exigen modificaciones en la vigente normativa. La alternativa de mantener sin cambios la regulación vigente no permitiría incorporar los acuerdos adoptados por el CISNS, así como la actualización de los costes compensables conforme a la última información disponible, lo que podría afectar al correcto funcionamiento de los mecanismos de compensación previstos en el FCS.

CONTENIDO Y ANÁLISIS JURÍDICO	
Tipo de norma	Orden ministerial.
Estructura de la Norma	Un artículo, una disposición adicional, una disposición transitoria, una disposición derogatoria, una disposición final y cuatro anexos.
Informes recabados	El proyecto de orden ha sido informado por la Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria (en adelante, CSFCS) con fecha 3 de septiembre de 2026, se va a elevar al Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS y se va a informar al Pleno del Consejo Interterritorial del SNS. La norma va a ser informada por los sectores afectados. Se van a recabar los informes de: • Ministerio de Hacienda de acuerdo con lo establecido en los artículos 7.2 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre y con el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno (de fecha x de x de 202x). • Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre (de fecha x de x de 202x). • Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad de acuerdo con lo previsto en artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre (de fecha x de x de 202x). • Comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla. • Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (en adelante, INGESA) (de fecha x de x de 202x). En último término, se va a someter al dictamen del Consejo de Estado.
Trámite de consulta pública previa	El proyecto de orden ha sido sometido al trámite de consulta pública previa a través del portal Web del Ministerio de Sanidad del 29 de julio al 8 de septiembre de 2026.

Trámites de audiencia e Información pública	El proyecto va a ser sometido al trámite de audiencia e información pública a través del portal Web del Ministerio de Sanidad, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.	
ANALISIS DE IMPACTOS		
ADECUACIÓN AL ORDEN DE COMPETENCIAS	El título competencial prevalente, de acuerdo con la disposición final primera del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de Cohesión Sanitaria, es el artículo 149.1.16ª que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y 17ª, relativo a la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, de la Constitución Española.	
IMPACTO ECONÓMICO Y PRESUPUESTARIO	Efectos sobre la economía en general.	Por su propia naturaleza, la orden no va a tener impacto directo sobre el empleo, ni sobre la productividad, la innovación o las PYMEs.
	En relación con la competencia.	☒ la norma no tiene efectos significativos sobre la competencia. ☐ la norma tiene efectos positivos sobre la competencia. ☐ la norma tiene efectos negativos sobre la competencia.
	Desde el punto de vista de las cargas administrativas	☐ supone una reducción de cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____ ☐ incorpora nuevas cargas administrativas. Cuantificación estimada: _____ ☒ no afecta a las cargas administrativas.

	Desde el punto de vista de los presupuestos, la norma ☒ Afecta a los presupuestos de la Administración del Estado. ☒ Afecta a los presupuestos de otras Administraciones Territoriales, al haber adquirido el FCS naturaleza extrapresupuestaria.	☒ implica un gasto ☐ implica un ingreso. El saldo neto resultante del cálculo de la liquidación del FCS implicará un gasto para las comunidades autónomas que presenten saldo negativo y un ingreso para aquellas que presenten un saldo positivo.
IMPACTO DE GÉNERO	La norma tiene un impacto de género	Negativo ☐ Nulo ☒ Positivo ☐
IMPACTO EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA	Este proyecto de norma trata de garantizar la equidad en el acceso a los servicios especializados no disponibles en algunas comunidades autónomas, por ello tendrá un impacto positivo para todos los pacientes, pero especialmente para los niños y adolescentes, con patologías poco prevalentes o que por sus características precisan ser trasladados a un centro de otra comunidad autónoma o a un CSUR para ser atendidos adecuadamente.	
IMPACTO EN LA FAMILIA	Este proyecto al facilitar el acceso a servicios especializados para la atención de procesos de alta complejidad se considera que tiene un impacto que supone un beneficio, no solo para los pacientes, sino también para las familias al garantizar la accesibilidad desde cualquier lugar del territorio.	
IMPACTO POR RAZÓN DEL CAMBIO CLIMÁTICO	No se prevé impacto medioambiental por razón de cambio climático, valorado en términos de mitigación y adaptación al mismo, de acuerdo con lo establecido en el artículo 26.3.h de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, introducida por la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética.	

OTRAS CONSIDERACIONES	La no aprobación de este proyecto de orden podría suponer una infracompensación entre comunidades autónomas por la asistencia sanitaria prestada en los supuestos contemplados en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.
EVALUACION <i>EXPOST</i>	El propio proceso de revisión y actualización de los procedimientos y costes de los anexos que se realizará el próximo año con la tramitación de un nuevo proyecto de orden ministerial, de acuerdo con la normativa reguladora del FCS, supone de por sí un proceso de evaluación periódico de las actualizaciones realizadas por las ordenes previas que han modificado los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

ÍNDICE DE LA MEMORIA

I.- OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA

1. Motivación.
2. Objetivos.
3. Alternativas.
4. Adecuación a los principios de buena regulación.
5. Plan anual normativo.
6. Vinculación de la norma con la aplicación del Fondo de Recuperación.

II.-CONTENIDO

1. Estructura.
2. Contenido.
3. Principales novedades.

III.-ANÁLISIS JURÍDICO

1. Fundamento jurídico y rango normativo.
2. Congruencia con el ordenamiento jurídico español.
3. Congruencia con el Derecho de la Unión Europea.
4. Derogación de normas.
5. Entrada en vigor y vigencia.

IV.- ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

1. Títulos competenciales: identificación del título prevalente.
2. Cuestiones competenciales más relevantes que suscita el proyecto.
3. Participación autonómica y local en la elaboración del proyecto.

V.- DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

VI.-ANÁLISIS DE IMPACTOS

Consideraciones generales

1. Impacto económico.
2. Impacto presupuestario.
3. Análisis de las cargas administrativas.
4. Impacto por razón de género.
5. Impacto en la infancia y adolescencia.
6. Impacto en la familia.
7. Impacto por razón de cambio climático.
8. Otros impactos.

VII.- EVALUACIÓN *EX POST*

I. OPORTUNIDAD DE LA PROPUESTA

1. MOTIVACIÓN

- ***Causas de la propuesta:***

El FCS, tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español. Este Fondo desde su creación ha sido regulado por el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, y el vigente Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

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

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, contempla que éste compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos en los centros, servicios y unidades designados como de referencia (en adelante, CSUR) por el Ministerio de Sanidad.

Dicho real decreto establece que serán incorporadas como anexo III al mismo las PTTP atendidas por los CSUR que hayan de ser objeto de compensación con cargo al FCS, recogiendo en cada caso la cuantía del coste financiado.

Asimismo, señala que las PTTP objeto de financiación por el FCS habrán de ser revisadas y actualizadas con la periodicidad adecuada para recoger las atenciones realizadas en los CSUR que sean designados de acuerdo con sus normas reguladoras; y que el Ministerio de Sanidad, previo informe del Ministerio de Hacienda, actualizará anualmente los importes a compensar e informará al CISNS de los criterios utilizados; siendo estos los principales objetivos de esta orden.

Con el fin de hacer efectivas las previsiones de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, se publicó el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, que recoge en su artículo 9 que el FCS financiará la asistencia sanitaria derivada entre comunidades autónomas (en adelante CC.AA.) a un CSUR del SNS, y que dicha financiación se aplicará únicamente para los PTTP diagnósticos o terapéuticos para los que dicho centro, servicio o unidad ha sido designado de referencia y en las condiciones y cuantías que se recogen en el correspondiente anexo del real decreto que regula el FCS.

Por otra parte, el artículo 4.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, dispone que el Ministerio de Sanidad, en la medida en que la evidencia científica disponible lo aconseje, actualizará la lista de procesos contemplados en los anexos I y II e informará al CISNS sobre los objetivos y los criterios que sirven de base a las modificaciones realizadas. Asimismo, en el artículo 7.2 señala que el Ministerio de Sanidad, previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, actualizará anualmente los importes e informará al CISNS de los criterios utilizados.

Tras el correspondiente acuerdo del CISNS, la incorporación o revisión de PTTP a los anexos del citado Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se ha llevado a cabo por la Orden SCO/3773/2008, de 15 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I y II y se incorpora el anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria; la Orden SAS/3351/2009, de 10 de diciembre, por la que se actualiza el anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria; la Orden SSI/2687/2012, de 17 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria; la Orden SSI/2204/2014, de 24 de noviembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria; Orden SCB/1421/2018, de 27 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria; Orden SND/1505/2021, de 21 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria; Orden SND/976/2024, de 6 de septiembre, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, y Orden SND/433/2026, de 27 de abril, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria.

El CISNS a propuesta del Comité de Designación de CSUR, ha continuado acordando nuevas PTTP o revisiones de PTTP para las que es necesario designar CSUR en el SNS y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia, así como, la retirada de algunas de las PTTP previamente acordadas:

- El 23 de junio de 2023 acordó la revisión y nuevas patologías y procedimientos para cuya atención se precisa designar CSUR en el SNS en las áreas de neurociencias, trasplantes y cáncer:
 - En el área de neurociencias se revisaron 7 patologías o procedimientos, se incluyeron 5 y se retiraron 2:

Área de Neurociencias
Patologías revisadas
38R1. Cirugía del plexo braquial (<i>Sustituye a la actual ficha 38. Cirugía del plexo braquial, que quedaría anulada</i>)
39R1. Epilepsia refractaria (<i>Sustituye a la actual ficha 39. Epilepsia refractaria, que quedaría anulada</i>)
40R1. Cirugía de los trastornos del movimiento (<i>Sustituye a la actual ficha 40. Cirugía de los trastornos del movimiento, que quedaría anulada</i>)
41R1. Neuromodulación cerebral y medular en adultos (<i>Sustituye a la actual ficha 41. Neuromodulación cerebral del dolor neuropático refractario, que quedaría anulada</i>)
42R1. Ataxias y paraplejías hereditarias (<i>Sustituye a la actual ficha 42. Ataxias y paraplejías hereditarias, que quedaría anulada</i>)
43R1. Esclerosis múltiple (<i>Sustituye a la actual ficha 43. Esclerosis múltiple, que quedaría anulada</i>)
46R1. Neurocirugía pediátrica compleja (<i>Sustituye a la actual ficha 46. Neurocirugía pediátrica compleja, que quedaría anulada</i>)
Nuevas patologías
89. Aneurisma intracraneal complejo y revascularización cerebral en adultos

90. Atención a las malformaciones arteriovenosas cerebrales y a la patología vascular raquimedular en adultos
91. Cefaleas y neuralgias craneales refractarias en adultos
92. Malformaciones complejas de la charnela cráneo-cervical en adultos
93. Enfermedades minoritarias en adultos que cursan con trastornos cognitivos
Patologías suprimidas
47. Tratamiento de la patología cerebrovascular compleja <i>No tiene CSUR designados</i>
48. Atención de la patología vascular raquimedular *

* Mediante la Orden Ministerial de 11 de diciembre de 2025, por la que se designan Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud, se revocó la designación de CSUR para la Atención a la patología vascular raquimedular (código 48) por retirada de la patología o procedimiento por el CISNS.

- En el área de trasplantes se incluyó 1 patología o procedimiento y se retiró 1:

Área de Trasplantes
Nueva patología
100. Trasplante renal quirúrgicamente complejo en adultos (se va a realizar un proceso de revisión de la ficha de criterios de designación)
Patologías suprimidas
44. Trasplante renal cruzado*

*A partir de la Orden Ministerial de 20 de noviembre de 2024, por la que se designan Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud, se revocó la designación de CSUR para Trasplante renal cruzado

- En el **área de oncología**, 6 nuevas patologías o procedimientos para los que es necesario designar CSUR y los criterios que deben cumplir los servicios y unidades para ser designados como de referencia en el SNS:

Área de Cáncer
Nuevas patologías
94. Tumores renales pediátricos
95. Cáncer adrenocortical (adultos y niños)
96. Cáncer de tiroides complejo*
97. Cirugía de resección o reconstrucción esofágica compleja en adultos
98. Tratamiento endoscópico de neoplasias gastrointestinales precoces complejas
99. Tratamiento quirúrgico del cáncer de páncreas de resecabilidad límite en adultos

Posteriormente se han revisado los criterios por lo que, en 2025 todavía no había CSUR designados.

- El 21 de diciembre de 2023 el CISNS acordó la propuesta aprobada por el Comité de Designación de CSUR del 12 de diciembre de 2023, relativa a la nueva PTPP Transporte en ECMO neonatal y pediátrico.
- En la reunión celebrada el 11 de octubre de 2024 el CISNS acordó suprimir como PTPP para los que es necesario designar CSUR en el SNS y los criterios de designación correspondientes de Trasplante hepático de vivo adulto y de Atención a la transexualidad.

A partir de la Orden Ministerial de 20 de noviembre de 2024, por la que se designan Centros, Servicios y Unidades de Referencia del Sistema Nacional de Salud, se revocó la designación de CSUR para la PTPP Trasplante hepático de vivo adulto.

Por todos los acuerdos anteriores del CISNS de revisión de PTTP para los que es necesario designar CSUR en el SNS y los criterios que deben cumplir éstos para ser designados como de referencia, es preciso realizar las siguientes modificaciones en el listado de PTTP del anexo III.A del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, para adecuarlo a la actividad registrada de los CSUR designados para su atención en el SNS en 2025 (tras la publicación de las órdenes ministeriales por las que se designaron o revocaron CSUR de fechas 20 de noviembre de 2024, 28 de julio y 11 de diciembre de 2025):

- Incluir las siguientes PTTP:

CÓDIGO	PTTP
89	Aneurisma intracraneal complejo y revascularización cerebral en adultos
90	Atención a las malformaciones arteriovenosas cerebrales y a la patología vascular raquimedular en adultos
91	Cefaleas y neuralgias craneales refractarias en adultos
92	Malformaciones complejas de la charnela cráneo-cervical en adultos
93	Enfermedades minoritarias en adultos que cursan con trastornos cognitivos
94	Tumores renales pediátricos
95	Cáncer adrenocortical (adultos y niños)
97	Cirugía de resección o reconstrucción esofágica compleja en adultos
98	Tratamiento endoscópico de neoplasias gastrointestinales precoces complejas
99	Tratamiento quirúrgico del cáncer de páncreas de reseccabilidad límite en adultos
101	Transporte en ECMO neonatal y pediátrico

- Eliminar las siguientes PTTP:

CÓDIGO	PTTP
17A	Trasplante hepático de vivo adulto
17B	Donante para trasplante hepático de vivo adulto
24	Atención a la transexualidad
44A	Trasplante renal cruzado
44B	Donación de vivo para trasplante renal cruzado

No se suprime la PTTP 48. Atención de la patología vascular raquimedular, dado que esta orden se empleará para la liquidación del FCS de 2026, correspondiente a la actividad 2025. Se mantiene porque es preciso compensar en 2025 la actividad prestada hasta el 12 de diciembre de 2025 en los CSUR que estaban designados para la atención de dicha PTTP.

- Cambios en la denominación de la PTTP:
 - Tras la revisión de la PTTP 41 pasa a denominarse: 41. Neuromodulación cerebral y medular del dolor neuropático refractario
 - También se modifica la denominación de la PTTP con código 27 para armonizarla con la denominación empleada en la ficha de criterios de designación acordada por el CISNS, pasando a Ortopedia infantil: tratamiento ortopédico en las enfermedades neuromusculares (parálisis cerebral, mielomeningocele), malformaciones congénitas (fémur corto congénito, agenesia de tibia/peroné), displasias óseas (osteogénesis imperfecta, artrogriposis) y grandes alargamientos de miembros.

En esta orden, al igual que en las anteriores órdenes de actualización de los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se considera que la cuantía del coste financiado en cada caso será la correspondiente al grupo relacionado de diagnósticos (en adelante, GRD) resultante del proceso con ingreso hospitalario realizado en un CSUR, de acuerdo con el listado de GRD recogido en el apartado B del anexo III de esta orden. En cuanto a los procedimientos ambulatorios realizados en un CSUR, la cuantía aplicable será la recogida para el mismo concepto en el anexo II de esta orden.

Por otra parte, en el anexo III.B se han incluido dos nuevos GRD:

GRD	DESCRIPCIÓN GRD
29	Otros procedimientos percutáneos intracraneales
759	Trastorno alimentario

El GRD 29 se incorporó en la Orden SND/433/2026, de 27 de abril, al anexo I debido al cambio en la versión del agrupador *All Patient Refined* (en adelante, APR, por sus siglas en inglés). Se ha detectado en el proceso de liquidación del FCS de 2026 que la actividad relacionada con los CSUR (especialmente para las PTP: 39. Epilepsia refractaria, 40. Cirugía de los trastornos del movimiento y 53. Enfermedades raras que cursan con trastornos del movimiento), para diagnósticos principales y procedimientos principales realizados relacionados directamente con el PTP para el que han sido designados, genera como GRD resultante del proceso de hospitalización del paciente el GRD 29. Por ello, se considera preciso incorporar dicho GRD al anexo III.B para permitir la adecuada compensación de la actividad asistencial de los procesos con ingreso hospitalario realizados en los CSUR designados.

El GRD 759, en la Orden SND/976/2024, de 6 de septiembre, se recogía en el anexo I con la siguiente descripción: “Trastorno alimentario (excepto trastornos de conducta de alimentación de la primera infancia con dispositivos de soporte artificial)”. Estas excepciones hacen referencia a que los GRD compensables del anexo I serán aplicables a los procesos con ingreso hospitalario excepto en patologías y procedimientos correspondientes al listado que figura en el apartado A del anexo III.

La publicación de la Orden de 20 de noviembre de 2024 de la Ministra de Sanidad, por la que se designan centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, designó CSUR para la atención de la PTP 82. Trastornos de conducta de alimentación de la primera infancia con dispositivos de soporte artificial. Por todo lo anterior, es preciso incorporar el GRD 759 al anexo III.B para compensar la actividad realizada en estos CSUR.

En cuanto a los procedimientos ambulatorios incluidos en el anexo II.A, se incorporan 3 nuevos procedimientos con sus correspondientes costes medios que fueron acordados por la CSFCS en su reunión de 12 de mayo de 2026 (la tarifa de ECMO fue ratificada posteriormente por correo tras la celebración de la reunión):

CÓDIGO A.II/III	Descripción	Coste medio	Coste compensable (80%)
110	Transporte en ECMO neonatal y pediátrico	77819 €	62.255,20 €
111	PCR clono específica diagnóstico	3039 €	2.431,20 €
112	PCR clono específica seguimiento	526,70 €	421,36 €

Mediante la Orden de 28 de julio de 2025 de la Ministra de Sanidad, por la que se designan centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, se

han designado CSUR para la atención de la PTPP 101. Transporte en ECMO neonatal y pediátrico. Por tanto, en 2025 ya se ha registrado actividad asistencial para este procedimiento ambulatorio lo que hace preciso incorporarlo dentro del anexo II.A para realizar la compensación (los costes compensables de este anexo II son también aplicables a los procedimientos ambulatorios realizados en los CSUR designados para la atención de las patologías y procedimientos del listado que figura en el apartado A del anexo III).

Tal y como se acordó en la reunión de la CSFCS celebrada el 12 de mayo de 2026, se remitió por correo para ratificación la propuesta de tarifa a aplicar en la liquidación 2026 de la actividad de 2025 para el procedimiento ambulatorio Transporte en ECMO neonatal y pediátrico (terrestre).

La estimación de los costes del procedimiento fue realizada por un Grupo de Trabajo específico con la participación de las comunidades de Andalucía, Cataluña y Madrid que disponen de centros CSUR designados para la realización de dichos traslados.

De este modo, la propuesta de coste compensable del procedimiento de Transporte en ECMO neonatal y pediátrico (terrestre) acordado por la Comisión es de 62.255,2 € corresponde a la media de la estimación realizada por cada Comunidad Autónoma en el Grupo de Trabajo sobre la que se ha aplicado una reducción del 20% de acuerdo con los criterios de compensación reflejados en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, pasando así a compensarse el 80% del importe medio.

Dicho importe se aplicará en la liquidación del año 2026 para compensar la actividad registrada del año 2025 respecto a los transportes en ECMO neonatal y pediátrico realizados por los CSUR.

Señalar que, al tratarse de una asistencia sanitaria prestada en centros CSUR del SNS, será compensada en el proceso de liquidación con cargo al crédito presupuestario habilitado en el Ministerio de Sanidad para el ejercicio correspondiente.

Por otro lado, en la misma reunión de la CSFCS del 12 de mayo de 2026 se acordó incluir dos nuevos tipos de estudios genéticos: PCR clonoespecífica en el momento del diagnóstico y en los seguimientos de los pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (LLA) ya que suponen un mayor coste o complejidad en su realización. La tarifa a aplicar en la liquidación 2026 de la actividad de 2025 para la PCR clonoespecífica fue acordada por la CSFCS en dicha reunión.

En cuanto al resto de procesos ambulatorios incluidos en el anexo II.A, dado que tuvieron una revisión global en 2024, en esta orden se mantienen los mismos procesos y cuantías a compensar establecidos en la Orden SND/976/2024, de 6 de septiembre y en la Orden SND/433/2026, de 27 de abril.

En el anexo II.B, relativo a procedimientos médicos y quirúrgicos ambulatorios que compensan por GRD se han actualizado los procedimientos incluidos en base a los procedimientos de los que se disponía de coste medio por GRD (versión 38) en modalidad ambulatoria (2023) trasladado por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad.

Al no haberse podido actualizar sus costes, se han eliminado los siguientes procedimientos por no haberse podido calcular el coste de esos GRDs para los costes definitivos de 2023 con el agrupador APR v.38:

Cód. GRD APR	GRD APR	Cód. Tipo GDR APR
111	Procedimientos espinales	Quirúrgico
166	Bypass coronario sin IAM o diagnóstico principal complejo	Quirúrgico
424	Otros trastornos endocrinos	Médico
447	Otros procedimientos sobre riñón y tracto urinario y relacionados	Quirúrgico
564	Aborto sin dilatación y legrado, aspiración o histerotomía	Médico

Adicionalmente, se eliminan los siguientes GRD al no ser GRDs resultantes válidos en el proceso de conformación de la actividad recogida en el Sistema de Información del Fondo de Cohesión (en adelante, SIFCO):

Cód. GRD APR	GRD APR	Cód. Tipo GDR APR
950	Procedimiento extensivo sin relación con diagnóstico principal	Quirúrgico
951	Procedimiento moderadamente extensivo no relacionado con diag. principal	Quirúrgico
952	Procedimiento no extensivo no relacionado con diagnóstico principal	Quirúrgico

En estos casos en los que no se dispone de coste actualizado específico para un GRD concreto, se ha utilizado el coste medio del GRD en modalidad ambulatoria para GRDs de tipo médico y quirúrgico:

GRD APR	Coste medio
Otros GRD quirúrgicos	1.400,09 €
Otros GRD médicos	956,64 €

En lo que se refiere al coste compensable, tal como se establece en los artículos 7.2 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se han recogido en los anexos I, II.B y III.B, como últimos disponibles, los costes basados en los datos aportados a través de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada.

Por último, en relación con el anexo IV, se actualiza el contenido para indicar que no hay ninguna técnica, tecnología o procedimiento en uso tutelado.

El apartado 2 del artículo 6 bis del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, establece que el anexo IV se revisará periódicamente por orden ministerial para recoger las técnicas, tecnologías y procedimientos cuyo uso tutelado esté vigente en cada momento.

Tras la publicación del Real Decreto 207/2010, de 26 de febrero, por el que se establecen las condiciones del uso tutelado de técnicas, tecnologías y procedimientos sanitarios y se modifica el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, se puso en marcha el uso tutelado del tratamiento quirúrgico de la lipoatrofia facial asociada a VIH-SIDA. Durante tres años se procedió a recoger los datos sobre los resultados de la aplicación de dichos tratamientos a los pacientes siguiendo un protocolo establecido al efecto. Una vez finalizado el uso tutelado, la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación

de 29 de mayo de 2014 propuso la inclusión del tratamiento quirúrgico con grasa autóloga en la cartera común básica de servicios asistenciales, para aquellos pacientes con lipoatrofia asociada al VIH-SIDA. Su inclusión se hizo efectiva mediante la Orden SSI/1356/2015, de 2 de julio, por la que se modifican los anexos II, III y VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y se regulan los estudios de monitorización de técnicas, tecnologías y procedimientos.

Por tanto, al no existir ningún uso tutelado en vigor, procede la actualización del contenido del anexo IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

- ***Identificación de los colectivos o personas afectadas por la situación y a las que la norma va dirigida.***

Se verán beneficiados por la aplicación de lo dispuesto en esta norma todos los usuarios del SNS con patologías que, por sus características, precisan para ser atendidos adecuadamente ser trasladados a centros de otra comunidad autónoma cuando la suya no dispone de servicios o recursos, o necesitan de cuidados de elevado nivel de especialización que requieren para su atención concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros; como ocurre en el caso de los CSUR.

- ***¿Por qué es el momento apropiado para hacerlo?***

Para poder llevar a cabo la liquidación del FCS, que se realiza sobre la base de los datos proporcionados por SIFCO sobre flujo de pacientes derivados entre CC.AA. durante el año anterior, es necesario revisar los costes compensables de los procesos del anexo I, II.B y III.B incluidos en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, para adaptarlos a los costes medios últimos disponibles proporcionado por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, resultantes del proyecto de estimación de pesos y costes hospitalarios del SNS, calculados sobre la base de los datos de gasto hospitalario notificados por los hospitales a través de la estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada y los costes suministrados por las CC.AA. en aquellos procedimientos en los que no se dispone de esta información.

Por ello, desde la publicación de la Orden SND/433/2026, de 27 de abril, es preciso actualizar los procesos con ingreso hospitalario recogidos en el anexo I y III y los procedimientos médicos y quirúrgicos ambulatorios que compensan por GRD del apartado B del anexo II, así como incluir 3 nuevos procedimientos ambulatorios en el anexo II.A.

2. OBJETIVOS

Se establece como objetivo general garantizar que los mecanismos de compensación del FCS reflejen adecuadamente las necesidades asistenciales actuales del SNS, mediante la actualización de los procesos, patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos financiables, así como de sus costes compensables.

Se establecen como objetivos específicos:

- Incorporar, modificar o retirar de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, las patologías, técnicas, tecnologías o procedimientos acordados por el CISNS para los que es necesario designar CSUR en el SNS.
- Actualizar los procesos incluidos en los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, y sus costes compensables, en virtud de lo dispuesto en los artículos 4.4, 7.2 y 9.4 del mismo y en la Ley 2/2015, de 30 de

marzo, de desindexación de la economía española y que se aplicarán a la asistencia sanitaria compensable a través del FCS prestada en 2025.

- Actualizar el contenido del anexo IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, al no existir ningún uso tutelado en vigor.

3. ALTERNATIVAS

La normativa vigente (disposición final segunda y artículos 6.3, 6 bis.2, 7.2, 9.2, 9.3 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre) habilita a la persona titular del Ministerio de Sanidad para realizar las actualizaciones de los anexos I, II, III y IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por lo que deben hacerse por orden ministerial.

Si no se incorporaran al anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, las nuevas PTPP acordadas por el CISNS, así como la cuantía del coste a financiar en cada caso, no se podría compensar la asistencia sanitaria prestada en los CSUR a los pacientes derivados por otras CA.AA.

La no aprobación de esta norma implicaría la infrafinanciación de la actividad asistencial derivada entre CC.AA. por procedimientos incluidos en los anexos I y II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

4. ADECUACIÓN A LOS PRINCIPIOS DE BUENA REGULACIÓN

Esta orden se ajusta a los principios de buena regulación contenidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, principios de necesidad, eficacia, proporcionalidad, seguridad jurídica, transparencia y eficiencia, en tanto que la misma persigue un interés general al pretender facilitar a los pacientes el acceso a los servicios sanitarios que les son necesarios cuando no disponen de estos en su comunidad autónoma de origen, no existe ninguna alternativa regulatoria menos restrictiva de derechos y resulta coherente con el ordenamiento jurídico tanto nacional como europeo.

5. PLAN ANUAL NORMATIVO.

El Plan Anual Normativo de la Administración General del Estado está constituido por las iniciativas legislativas o reglamentarias que los distintos departamentos ministeriales prevean elevar cada año natural al Consejo de Ministros para su aprobación. Por tanto, este proyecto de orden, en atención a su naturaleza jurídica, no está incluido en el plan anual normativo de 2026.

6. VINCULACIÓN DE LA NORMA CON LA APLICACIÓN DEL FONDO DE RECUPERACIÓN.

No existe vinculación de este proyecto de orden con el Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia.

II. CONTENIDO

1. ESTRUCTURA.

La norma se estructura en un título, un preámbulo, un artículo único, una disposición adicional única, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única, una

disposición final única, y cuatro anexos que sustituyen a los actuales del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

2. CONTENIDO.

- El preámbulo, en el que se resumen las normas por las que se crean y regulan el FCS y los CSUR y se explican los cambios que se llevan a cabo en este proyecto de orden.
- El artículo único contempla la actualización de los anexos I, II, III y IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.
- La disposición adicional única establece la aplicación de los nuevos costes de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, en la liquidación del FCS del año 2026, que corresponde a la actividad registrada en el SIFCO en el año 2025.
- La disposición transitoria única recoge que, en tanto no se designen CSUR del SNS para la atención o realización de las PTTP incluidos en el apartado A del anexo III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se continuará compensando esta actividad por los conceptos e importes recogidos en el Anexo III.B a todos los centros que las realicen. Una vez designados CSUR para una PTTP, solo se financiará la actividad remitida a aquellos centros, servicios o unidades que hayan sido designados de referencia para la misma.
- La disposición derogatoria única deroga cuantas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en esta orden.
- La disposición final única establece que lo dispuesto en esta norma entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado.
- Los anexos I, II, III y IV incorporan las actualizaciones de los anexos I, II, III y IV del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre y los sustituyen.

3. PRINCIPALES NOVEDADES

Desde la publicación de la Orden SND/433/2026, de 27 de abril, ha sido preciso actualizar los procesos con ingreso hospitalario recogidos en el anexo III.B (añadiéndose los GRD 29 y 759, con sus diferentes niveles de severidad) y los procedimientos del apartado B del anexo II (como se ha expuesto en el apartado I.1). Se han incluido 3 nuevos procedimientos ambulatorios en el apartado A del anexo II, manteniendo sin cambios el resto de los procedimientos ambulatorios de dicho anexo.

Por otro lado, se ha procedido a actualizar la cuantía de los costes en los anexos I, II.B y III.B, reconociéndose como últimos disponibles, los costes basados en los datos aportados a través de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Para los procedimientos ambulatorios del anexo II, apartado A, se han mantenido los mismos importes de la Orden SND/976/2024, de 6 de septiembre y se han incluido los costes de los 3 nuevos procedimientos ambulatorios incorporados al anexo.

Se actualiza el anexo IV relativo a usos tutelados para señalar que no existe ninguna TTP sometidas a uso tutelado.

III. ANALISIS JURÍDICO

1. FUNDAMENTO JURÍDICO Y RANGO NORMATIVO

El FCS tiene por objeto garantizar la igualdad de acceso a los servicios de asistencia sanitaria públicos en todo el territorio español. Su gestión y distribución corresponde al Ministerio de Sanidad. Este Fondo desde su creación ha sido regulado por el Real Decreto 1247/2002, de 3 de diciembre, y el vigente Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, contempla en su artículo 2, que dicho Fondo compensará la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual, para ser atendidos por algún procedimiento incluido en los anexos I, II y III.

Dicho real decreto establece que serán incorporadas como anexo III al mismo las PTTP atendidas por los CSUR que hayan de ser objeto de compensación con cargo al FCS, recogiendo en cada caso la cuantía del coste financiado; habilitando, en su disposición final segunda, a la persona titular del Ministerio de Sanidad para dictar las disposiciones necesarias.

Lo cual se ha llevado a cabo con antelación por la Orden SCO/3773/2008, de 15 de diciembre, por la que se actualizan los anexos I y II y se incorporaron las PTTP atendidas por los CSUR como anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, y desde entonces, dicha revisión se ha materializado mediante sucesivas órdenes.

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, señala que tanto los procesos contemplados en los anexos I y II, como las PTTP atendidas en los CSUR designados objeto de financiación por el FCS, habrán de ser revisados y actualizados con la periodicidad adecuada y que el Ministerio de Sanidad previo informe del Ministerio de Hacienda, actualizará anualmente los importes a compensar e informará al CISNS de los criterios utilizados; siendo estos los principales objetivos de este proyecto de orden ministerial.

Por último, el apartado 2 del artículo 6 bis recoge que en el anexo IV figuran las TTP sometidas a uso tutelado y que dicho anexo se revisará periódicamente por orden ministerial para recoger las TTP cuyo uso tutelado esté vigente en cada momento

2. CONGRUENCIA CON EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL

La norma, que se ha elaborado con acuerdo de las CC.AA. y del INGESA, supone una continuidad en el proceso de actualización de los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

Las CC.AA. no han suscitado ningún problema competencial, ya que la norma se dicta con base en las mismas competencias estatales que el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. La Disposición final primera establece el siguiente título competencial: "Este real decreto se dicta al amparo del artículo 149.1. 16.^a y 17.^a de la Constitución Española."

Siguiendo lo anterior, esta orden ministerial se ha elaborado al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1.16.^a de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y

según lo previsto en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, y el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre.

Asimismo, la norma se ha elaborado, de conformidad con el artículo 149.1.17ª de la Constitución española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva sobre la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social, sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las Comunidades Autónomas.

Por otra parte, se ha presentado el proyecto de orden a la CSFCS y se va a someter al trámite de audiencia e información pública para recabar el apoyo de las CC.AA. al texto de la norma.

3. CONGRUENCIA CON EL DERECHO DE LA UNIÓN EUROPEA.

No se aprecia falta de congruencia con el derecho de la Unión Europea.

4. DEROGACIÓN DE NORMAS

Quedan derogadas cuantas disposiciones de igual o inferior rango que se opongan a lo dispuesto en esta orden.

5. ENTRADA EN VIGOR Y VIGENCIA

Esta orden entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el “Boletín Oficial del Estado”. La norma tendrá vigencia indefinida, sin perjuicio de las posteriores modificaciones o derogaciones que procedan y, en particular, cuando se apruebe la siguiente orden de actualización de los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

Los nuevos costes recogidos en esta orden de los anexos de I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se aplicarán por primera vez en la liquidación del FCS del año 2026, que corresponde a la actividad registrada en el SIFCO en el año 2025.

IV. ADECUACIÓN DE LA NORMA AL ORDEN DE DISTRIBUCIÓN DE COMPETENCIAS

1. TÍTULOS COMPETENCIALES: IDENTIFICACIÓN DEL TÍTULO PREVALENTE.

Esta norma se dicta al amparo de lo dispuesto en el artículo 149.1. 16ª y 17ª de la Constitución Española, que atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de sanidad, así como la legislación básica y régimen económico de la seguridad social, no habiendo las CC.AA. suscitado ningún problema competencial en las anteriores actualizaciones llevadas a cabo de los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

Asimismo, cabe señalar que estos mismos títulos son los contemplados en la disposición final primera del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, cuyos anexos ahora se modifican.

2. CUESTIONES COMPETENCIALES MÁS RELEVANTES QUE SUSCITA EL PROYECTO.

Este proyecto de orden supone la actualización de los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, dictado al amparo del artículo 149.1.16.ª y 17.ª de la Constitución Española, por lo que no se suscitan cuestiones competenciales con esta nueva norma.

3. PARTICIPACIÓN AUTONÓMICA Y LOCAL EN LA ELABORACIÓN DEL PROYECTO.

Este proyecto de orden ha sido valorado y aprobado en la CSFCS, con representación de las CC.AA. y el INGESA. Asimismo, se va a informar al CISNS. En el trámite de audiencia pública van a participar todas las entidades y administraciones locales y autonómicas que lo deseen, recibiendo la conformidad de comunidades autónomas e INGESA.

V. DESCRIPCIÓN DE LA TRAMITACIÓN

De conformidad con lo previsto en el artículo 26 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, con el objetivo de mejorar la participación de los ciudadanos en el procedimiento de elaboración de normas, con carácter previo a la elaboración del proyecto se ha sustanciado el trámite de consulta pública previa, a través del portal Web del Ministerio de Sanidad. La consulta pública estuvo abierta desde el 29 de julio al 8 de septiembre de 2026. En este trámite de consulta pública se recibieron las siguientes aportaciones de las siguientes entidades que se recogen junto con su valoración en el anexo I:

- Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunidad Valenciana (CERMI CV)
- Asociación Española de Laboratorios Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos
- Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER)
- Fundación Gaspar Casal

La orden fue valorada y aprobada por la CSFCS, con fecha 3 de septiembre de 2026 y va a ser informada por el Comité Consultivo del CISNS y por el pleno del CISNS, de conformidad con los artículos 67.2 y 71 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo.

El proyecto va a ser sometido al trámite de audiencia e información pública, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 26.6 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre.

La norma va a ser informada por los sectores afectados y se va a recabar informes de:

- Ministerio de Hacienda de acuerdo con lo establecido en el artículo 26.5, párrafo primero, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno (de fecha x de x de 202x).
- Ministerio de Política Territorial y Memoria Democrática de acuerdo con lo previsto en el artículo 26.5, párrafo sexto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre (de fecha x de x de 202x).
- Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad de acuerdo con lo previsto en artículo 26.5, párrafo cuarto, de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre (de fecha x de x de 202x).
- CC.AA. y ciudades de Ceuta y Melilla.
- INGESA (de fecha x de x de 202x).

Por último, será sometida a dictamen del Consejo de Estado, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 22.3 de la Ley Orgánica 3/1980, de 22 de abril, del Consejo de Estado.

Esta memoria ha sido redactada de acuerdo con lo previsto en el Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo.

VI. ANÁLISIS DE IMPACTOS

CONSIDERACIONES GENERALES

La actualización de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, así como de las cantidades a financiar en cada caso, se ha materializado mediante sucesivas ordenes, siendo la última publicada la Orden SND/433/2026, de 27 de abril.

1. IMPACTO ECONÓMICO

Por su propia naturaleza, la orden no va a tener impacto directo ni sobre el empleo, ni sobre la productividad, la innovación o las PYMEs.

El proyecto no tiene impacto sobre la competencia en el mercado.

2. IMPACTO PRESUPUESTARIO

Desde el año 2002 se compensa a las CC.AA. con cargo al FCS la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre CC.AA. y la asistencia sanitaria a asegurados extranjeros desplazados a España en estancia temporal, con derecho a asistencia a cargo de otro Estado, en las condiciones y bajo los criterios establecidos en los reales decretos que regulan dicho Fondo.

Asimismo, el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, recoge en el artículo 10 el procedimiento para la liquidación del FCS, estableciendo que el Ministerio de Sanidad, efectuará una liquidación separada para cada uno de los supuestos contemplados en dicho real decreto, tomando como periodo de referencia la actividad realizada en el año anterior y la última estimación disponible del coste por proceso, actualizados al ejercicio corriente.

A partir de 2013 se suspendió la aplicación del artículo 2.1. a), b), c) y d) del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre y el FCS adquirió naturaleza extrapresupuestaria. A tal efecto, las sucesivas disposiciones adicionales de las leyes de los presupuestos generales del Estado han establecido que el importe de los gastos por la asistencia sanitaria contemplada en dicho artículo, se satisfarían sobre la base de la compensación de los saldos positivos o negativos resultantes de las liquidaciones realizadas por el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones, a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social (en adelante, INSS), tomando como período de referencia la actividad realizada en el año anterior por cada comunidad autónoma e INGESA. La Ley 11/2020, de 30 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2021, en su disposición adicional centésima introduce una modificación en la liquidación del FCS y del Fondo de Garantía Asistencial (en adelante, FOGA) respecto a ejercicios anteriores, manteniendo la suspensión de la aplicación del artículo 2.1.a), b), y d), del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, y la naturaleza extrapresupuestaria de dichos apartados, pero deja fuera de esta suspensión el apartado c) de dicho artículo, que contempla como actividad objeto de compensación por el FCS la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre CC.AA. para su atención en los CSUR del SNS.

Las posteriores leyes de presupuestos generales, Ley 22/2021, de 28 de diciembre, y Ley 31/2022, de 23 de diciembre, prorrogada para 2024, 2025 y 2026, han continuado con esta distinción.

El pago a las CC.AA. de los saldos positivos resultantes se realizará extrapresupuestariamente una vez que los saldos negativos resultantes sean

compensados, deducidos o retenidos, según proceda, de los pagos que el INSS deba efectuar a las CC.AA. en concepto de saldo neto positivo por cuota global por la cobertura de la asistencia sanitaria a que se refiere la disposición adicional duodécima del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, de los ingresos realizados por las CC.AA. con saldos negativos en la cuenta extrapresupuestaria del FCS o de los pagos a realizar por el Ministerio de Hacienda de los recursos del sistema de financiación cuando se cumplan las condiciones legales previstas para ello.

Esta orden, al igual que la Orden SND/433/2026, de 27 de abril, establece que, la cuantía a compensar por el episodio con ingreso hospitalario realizado en un CSUR, se corresponderá con el coste compensable por el GRD resultante, de acuerdo con el listado de GRD recogidos en el apartado B del anexo III de este proyecto de orden, que corresponden a los GRD relacionados con las PTTP recogidas en el apartado A del mismo anexo III. También se aplicará el coste compensable del GRD resultante a los procedimientos médicos y quirúrgicos ambulatorios que compensan por GRD recogidos en el anexo II.B.

En cuanto al resto de los procedimientos ambulatorios realizados en un CSUR, la cuantía a compensar aplicable será la recogida para el mismo concepto en el anexo II.A de esta orden.

Actualización de los costes compensables de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

Los costes medios por APR-GRD, versión 38 que se recogen en los anexos I, II.B y III.B de la orden, son los costes medios 2023 (último disponible definitivo), proporcionado por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, resultantes del proyecto de estimación de pesos y costes hospitalarios del SNS, calculados sobre la base de los datos de gasto hospitalario notificados por los hospitales a través de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada.

En lo que se refiere al mecanismo de actualización de costes establecido en los artículos 7.2 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, tal y como informó la Abogacía del Estado del entonces Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, debe estarse a lo dispuesto en la Ley 2/2015, de 30 de marzo, que diseña un nuevo régimen de actualización de costes basado en la no indexación de valores monetarios, es decir, que éstos no sean modificados en virtud de índices de precios o fórmulas que lo contengan.

La Subdirección General de Información Sanitaria, con el fin de poder contar con referencias de costes para la elaboración de tarifas de compensación de los anexos I, II.B y III.B del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, ha publicado en 2025 el resultado de la última actualización definitiva de costes de SNS, con base en los siguientes datos:

- Datos de costes medios por GRD (anexos I, II.B y III.B de la orden): los datos de costes medios de los GRD forman parte del conjunto de datos e indicadores de la “Explotación del Conjunto Mínimo Básico de Datos Hospitalarios –CMBD”, operación estadística incluida en Plan Estadístico Nacional. Uno de los informes de resultados de dicha explotación es la denominada Norma estatal, la cual integra información sobre casuística y funcionamiento relativo a las altas hospitalarias, agrupadas mediante el sistema de clasificación de pacientes de los GRD.

La norma estatal se publica anualmente por el Ministerio con base en los datos del CMBD estatal de los hospitales del SNS (públicos, red de utilización pública y con

concierto sustitutorio), recogiendo los resultados por cada GRD en la versión en vigor para el año de referencia e incluye pesos relativos y costes medios de los GRD. Dichos costes medios son obtenidos periódicamente desde 1999 en el marco del “Proyecto de estimación de pesos españoles y costes medios de los GRD para el SNS” con datos de contabilidad analítica de una muestra de hospitales generales del SNS.

En el momento de hacer la liquidación, los últimos datos disponibles de costes definitivos habían sido publicados en diciembre de 2025 para los APR-GRD v38, que están accesibles a través del portal estadístico del Ministerio de sanidad en la siguiente dirección:

<https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDRanteriores.htm>

Los datos de pesos y costes de los APR-GRD han sido elaborados en base al Proyecto de Estimación de Pesos y Costes de procesos hospitalarios en el SNS del año 2023 (v38) que se ha realizado en 2025.

Complementariamente, a propuesta de las CC.AA., se creó un grupo de trabajo para actualizar los procedimientos del Anexo II y su coste. Tras unificar la definición y el alcance de cada procedimiento, las CC.AA. aportaron los costes correspondientes a cada procedimiento publicado en su Orden de precios públicos o procedentes de su contabilidad analítica, acordándose establecer el coste medio del SNS eliminando los valores alejados de la media más de una desviación estándar y ponderando las tarifas de cada comunidad autónoma proporcionalmente al coste de la actividad ambulatoria recogido en el anexo II de la liquidación del FCS 2022. Los resultados del grupo de trabajo se elevaron a la CSFCS y fueron aprobados con fecha 12 de diciembre de 2022. En la presente orden se mantienen los costes de dichos procedimientos sin variación alguna.

Adicionalmente, se han incluido 3 nuevos procedimientos ambulatorios en el anexo II.A:

CÓDIGO A.II/III	Descripción	Coste medio	Coste compensable (80%)
110	Transporte en ECMO neonatal y pediátrico	77819 €	62.255,20 €
111	PCR clono específica diagnóstico	3039 €	2.431,20 €
112	PCR clono específica seguimiento	526,7 €	421,36 €

Mediante la Orden de 28 de julio de 2025 de la Ministra de Sanidad, por la que se designan centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, se han designado CSUR para la atención de la PTTP 101. Transporte en ECMO neonatal y pediátrico. Por tanto, en 2025 ya se ha registrado actividad asistencial para este procedimiento lo que hace preciso incorporarlo dentro del anexo II.A para poder compensarla.

La propuesta tarifa fue acordada por correo tras la reunión de la CSFCS celebrada el 12 de mayo de 2026.

La estimación de los costes del procedimiento fue realizada por un Grupo de Trabajo específico con la participación de las comunidades de Andalucía, Cataluña y Madrid que disponen de centros CSUR designados para la realización de dichos traslados.

De este modo, la propuesta de coste compensable del procedimiento de Transporte en ECMO neonatal y pediátrico (terrestre) acordado por la Comisión es de 62.255,2 € corresponde a la media de la estimación realizada por cada Comunidad Autónoma en el Grupo de Trabajo sobre la que se ha aplicado una reducción del 20% de acuerdo con

los criterios de compensación reflejados en el Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, pasando así a compensarse el 80% del importe medio reflejado.

Dicho importe se ha aplicado en el proceso de liquidación del año 2026 para compensar la actividad registrada del año 2025 respecto a los transportes en ECMO neonatal y pediátrico realizados por los CSUR.

Señalar que, al tratarse de una asistencia sanitaria prestada en centros CSUR del SNS, será compensada en el proceso de liquidación con cargo al crédito presupuestario habilitado en el Ministerio de Sanidad para el ejercicio correspondiente.

Por otro lado, en la reunión de la CSFCS del 12 de mayo de 2026 se acordó incluir dos nuevos tipos de estudios genéticos (PCR clono-específica en el momento del diagnóstico y en los seguimientos de los pacientes pediátricos con leucemia linfoblástica aguda (LLA) ya que supone un mayor coste o complejidad en su realización. La tarifa a aplicar en la liquidación 2026 de la actividad de 2025 para la PCR clono-específica fue acordada por la CSFCS en dicha reunión.

El estudio de la LLA implica la realización de una serie de pruebas que forman parte de la cartera común de servicios del SNS, entre las que se incluye la a realización de PCR clono-específica para la caracterización de la LLA. Específicamente el estudio de clonalidad para el diagnóstico y seguimiento de las leucemias linfoblasticas forma parte del catálogo de pruebas genéticas del área de oncohematología pediátrica de la cartera común de servicios que fue aprobado el 23 de junio del 2023 por el CISNS.

En el año 2013 el FCS adquiere naturaleza extrapresupuestaria, esto significa que los gastos por la asistencia sanitaria prestada por los supuestos contemplados en el artículo 2.1.a) (anexos I y II) y c) (anexo III) del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se compensan sobre la base de los saldos positivos o negativos resultantes de la liquidación realizada, conjuntamente con el FOGA, por el Ministerio de Sanidad, tomando como período de referencia en ambas la actividad realizada en el año anterior.

Desde la Ley 11/2020, de 30 de diciembre, la compensación por el supuesto contemplado en el art. 2.1. c) del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre CC.AA. para su atención en CSUR del Sistema Nacional de Salud, ha recuperado su naturaleza presupuestaria, pasando a contar con una dotación que en el año 2026 es de 37,46 millones de euros disponible en la aplicación presupuestaria 26.09.313A 453 Fondo de equidad-Fondo de cohesión sanitaria. La liquidación del FCS 2026 correspondiente a los CSUR ha sido de 48.31 millones de euros. Se va a solicitar un incremento en la partida presupuestaria 26.09.313A 453 Fondo de equidad-Fondo de Cohesión Sanitaria de 10,85 millones de euros para afrontar la liquidación 2026 del FCS correspondiente a los CSUR.

La liquidación extrapresupuestaria se regula conforme a lo establecido en la disposición adicional 71ª de la LPGE para 2023, prorrogada para 2024, 2025 y 2026, que establece que a partir del 1 de enero de 2023 a fin de abonar a las CC.AA. y al INGESA los saldos positivos resultantes de estas liquidaciones, se procede a deducir los correspondientes saldos negativos resultantes de facturación por gasto real, por asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre CC.AA. y por FOGA de los pagos que el INSS debe efectuar a las CC.AA. o INGESA en concepto de saldo neto positivo por gasto real o cuota global por la cobertura de la asistencia sanitaria a que se refiere la disposición adicional duodécima del texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social, aprobado por Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre.

Una vez realizadas estas deducciones, el INSS lo comunica al Ministerio de Sanidad y los importes deducidos, se ingresan en la Secretaría General del Tesoro y Financiación

Internacional con aplicación a una cuenta extrapresupuestaria, gestionada por el Ministerio de Sanidad, para su distribución entre las CC.AA. que presenten saldos netos positivos por asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre CC.AA. y del FOGA.

Complementariamente, en caso de que los saldos obtenidos sean insuficientes para compensar los saldos positivos, la disposición adicional 71ª de la LPGE para 2023 prevé la suscripción de Acuerdos de compensación en el ámbito del CISNS (procedimiento indicado en la letra i de la DA), estableciendo el procedimiento para el ingreso de saldos pendientes de las CC.AA. deudoras y compensación, con el importe generado, a las CC.AA. con saldo positivo.

Al ser el FCS, en cuanto a los traslados previstos en el artículo 2.1. a), b), y d) del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, de naturaleza extrapresupuestaria, la suma de saldos negativos y positivos resultantes de la aplicación de los costes incluidos en esta orden sería cero y no supondría un incremento presupuestario para el Estado.

En cuanto a la compensación por la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre CC.AA. para su atención en los CSUR del SNS, contemplado en el artículo 2.1.c) del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, será financiada con cargo a la partida presupuestaria 26.09.313A 453 Fondo de equidad-Fondo de cohesión sanitaria, que en 2026 ascenderá a 48,31 millones de euros (pendiente de incrementar la dotación de la aplicación presupuestaria).

El aumento en la cuantía a compensar por la asistencia sanitaria a pacientes residentes en España derivados entre CC.AA. para su atención en los CSUR del SNS respecto al ejercicio anterior se explica por:

- Aumento continuado de las PTTP acordadas por el CISNS para las que es necesario designar CSUR en el SNS (recogidas en anexo III.A).
- Incremento del número de expedientes validados en SIFCO de pacientes derivados entre CC.AA. para su atención en CSUR del SNS respecto al año previo. Se ha pasado de 19.001 expedientes compensables a 22.883 expedientes compensables, lo que supone un incremento de 3.882 expedientes (20,43%) respecto al periodo anterior. Las asistencias sanitarias de dichos expedientes que durante el año 2025 han sido realizadas en una comunidad autónoma diferente de la de residencia por PTTP y Procedimientos Ambulatorios del Anexo III al Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, han sido 61.044 asistencias frente a las 48.899 asistencias de la actividad 2024 (incremento del 24,84%).
- Actualización de los costes medios compensables de los GRD resultantes de la asistencia en los CSUR de los anexos II.B y III.B.
- Incorporación del GRD 29 al anexo III.B (no ha habido actividad en CSUR para el nuevo GRD 759 en 2025).

3. ANÁLISIS DE LAS CARGAS ADMINISTRATIVAS.

La norma no implica ninguna carga administrativa directa, ya que el traslado de pacientes entre CC.AA., incluido a los CSUR, se realiza utilizando SIFCO y los procedimientos de traslado ya existentes.

4. IMPACTO POR RAZÓN DE GÉNERO

De conformidad con el artículo 19 de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, y el artículo 26.3.f) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, se ha evaluado el impacto por razón de género de este proyecto normativo.

Se considera que el impacto por razón de género de este proyecto de orden es nulo ya que no existen desigualdades de partida en relación a la igualdad de oportunidades y de trato entre mujeres y hombres, y no se prevé que la norma ocasione modificación alguna de esta situación.

Esta norma va dirigida a todas las personas usuarias del SNS, cualquiera que sea su género, que necesiten acceder a un centro sanitario de otra comunidad autónoma diferente a la suya de residencia o a un CSUR por estar afectados de patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización que requieren para su atención concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros.

5. IMPACTO EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

Se valora este impacto en aplicación del artículo 22 quinquies de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. Este impacto se prevé positivo dado que este proyecto de norma trata de garantizar la equidad en el acceso a los servicios especializados no disponibles en algunas CC.AA., por ello tendrá un impacto positivo para todos los pacientes, pero especialmente para los niños y adolescentes con patologías poco prevalentes o que por sus características precisan ser trasladados a un centro de otra comunidad autónoma o a un CSUR para ser atendidos adecuadamente.

6. IMPACTO EN LA FAMILIA

A su vez, evaluado el impacto que la norma podría tener respecto a la protección de la familia, según lo dispuesto en la disposición adicional décima de la Ley 40/2003, de 18 de noviembre, de Protección a las Familias Numerosas, este se considera positivo ya que las propuestas que incorpora el proyecto de norma suponen un beneficio no solo para los pacientes sino también para las familias, al facilitar el acceso a la atención sanitaria especializada que precisa cada paciente.

7. IMPACTO POR RAZÓN DE CAMBIO CLIMÁTICO

No se prevé impacto medioambiental por razón de cambio climático, valorado en términos de mitigación y adaptación al mismo, de acuerdo con lo establecido en la letra h) del artículo 26.3 de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, introducida por la Ley 7/2021, de 20 de mayo, de cambio climático y transición energética.

8. OTROS IMPACTOS

Evaluado el impacto que la norma podría tener respecto a la igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad, dado que este proyecto de orden trata de garantizar la equidad en el acceso a los servicios especializados no disponibles en algunas CC.AA., se considera que tendrá un impacto positivo para todos los pacientes, pero especialmente para las personas con discapacidad que padecen patologías poco prevalentes o complejas que por sus características, precisan ser trasladadas a un centro de otra comunidad autónoma o a un CSUR para ser atendidas adecuadamente.

La norma tiene un impacto sanitario positivo, contribuyendo a garantizar la equidad en el acceso y una atención de calidad, segura y eficiente a las personas con patologías que, por sus características, precisan de cuidados de elevado nivel de especialización que requieren para su atención concentrar los casos a tratar en un número reducido de centros; ya que los CSUR deben dar cobertura a todo el territorio nacional y deben

garantizar a todos los usuarios del Sistema que lo precisen su acceso a aquellos en igualdad de condiciones, con independencia de su lugar de residencia.

VII. EVALUACIÓN *EX POST*

Los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, que se actualizan con la presente orden, se van a aplicar en el proceso de liquidación de 2026 correspondiente a la actividad del año 2025. Tal y como se establece en los artículos 7.2 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, el Ministerio de Sanidad, previo informe del Ministerio de Economía y Hacienda, actualizará anualmente los importes e informará al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de los criterios utilizados y según el artículo 9.2 revisará y actualizará las PTPP objeto de financiación por el FCS con la periodicidad adecuada.

Por ello, el propio proceso de revisión y actualización de los procedimientos y costes de los anexos que se realizará el próximo año con la tramitación de un nuevo proyecto de orden ministerial, de acuerdo con la normativa reguladora del FCS, supone de por sí un proceso de evaluación periódico de las actualizaciones realizadas por las ordenes previas que han modificado los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre.

ANEXO I

Observaciones recibidas en la consulta pública previa	Comentarios a las observaciones recibidas
1 ORGANISMOS E INSTITUCIONES	
1.01 COMITÉ DE ENTIDADES REPRESENTANTES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD DE LA COMUNITAT VALENCIANA	
Estimadas señoras y señores: En nombre del Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunitat Valenciana (CERMI CV), remito nuestras aportaciones a la consulta pública previa sobre el Proyecto de Orden Ministerial por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. Se adjunta el documento en formato PDF, fechado el 6 de septiembre de 2026 y firmado digitalmente por mí, en mi condición de presidente del CERMI CV. Las aportaciones persiguen reforzar la igualdad de acceso, la accesibilidad, los apoyos y la continuidad de la atención sanitaria para las personas con discapacidad. Solicitamos su incorporación al expediente y su consideración en la elaboración del proyecto. Les agradeceríamos que confirmaran la recepción de este correo y del documento adjunto. Quedamos a su disposición para cualquier aclaración o colaboración técnica que resulte necesaria. Atentamente, CERMI COMUNITAT VALENCIANA Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunitat Valenciana DOCUMENTO DE APORTACIONES INSTITUCIONALES Aportaciones del CERMI CV al trámite de consulta pública previa sobre el proyecto de Orden por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria <u>I Presentación institucional</u> Nada sobre las personas con discapacidad sin las personas con discapacidad.	

El Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunitat Valenciana, CERMI CV, presenta estas aportaciones para que la actualización del Fondo de cohesión sanitaria facilite el acceso a la atención especializada en condiciones de igualdad. Las personas con discapacidad necesitan derivaciones coordinadas, apoyos durante la atención y continuidad en los cuidados. La revisión de los procesos y de sus costes debe atender estas necesidades. Participamos desde la representación asociativa de las personas con discapacidad y sus familias de la Comunitat Valenciana. La iniciativa afecta tanto a quienes necesitan asistencia fuera de nuestra comunidad como a las personas derivadas a centros valencianos desde otros territorios. Aportamos esa perspectiva al propósito de cohesión del Sistema Nacional de Salud. El derecho a participar en las decisiones que afectan a las personas con discapacidad se reconoce en el artículo 4.3 de la Convención, publicada mediante el Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, y en el artículo 54.2 del Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Reclamamos una participación directa y accesible, respetuosa con la voluntad y las preferencias de cada persona, que cuente con el apoyo de las familias y de las organizaciones representativas. En esta consulta pública previa trasladamos al Ministerio nuestras prioridades para la futura orden y las medidas que deben acompañar su aplicación, siguiendo los cinco bloques de la ficha ministerial. La accesibilidad debe atender tanto a quienes reciben asistencia como a las personas con discapacidad que trabajan o se forman en los servicios sanitarios, administrativos y de información. Sus necesidades han de orientar también la organización de las derivaciones y las herramientas de gestión. <u>II Marco normativo y documental</u> Plano internacional y de la Unión Europea El Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York el 13 de diciembre de 2006, publicado en el BOE de 21 de abril de 2008, recoge el tratado que sustenta la participación efectiva, la igualdad, la accesibilidad, la autonomía y el acceso a la salud sin discriminación. Resultan especialmente pertinentes los artículos 4.3, 5, 9, 12, 25, 26, 27 y 31 de la Convención, relativos también a habilitación y rehabilitación, empleo e información	
--	--

estadística. Su aplicación exige atender la diversidad de apoyos y la proximidad de la atención compatible con la especialización. El Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE, Reglamento general de protección de datos, rige el tratamiento de información de salud y de necesidades de apoyo. Sus artículos 5, 6, 9, 25 y 32 exigen finalidad definida, minimización, bases jurídicas adecuadas y seguridad. El seguimiento propuesto debe utilizar información agregada y evitar la identificación de personas en grupos de baja frecuencia. Plano constitucional y estatal La Constitución Española, en sus artículos 9.2, 14, 43 y 49, fundamenta la igualdad efectiva, la protección de la salud, la autonomía, la inclusión y la accesibilidad. El artículo 49, en su redacción de 2024, exige atención particular a mujeres y menores con discapacidad. Los títulos competenciales invocados por el real decreto regulador del Fondo son los artículos 149.1.16.^a y 17.^a. La Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno, artículo 26.2, regula las cuatro cuestiones sustantivas de la consulta previa: problemas, necesidad y oportunidad, objetivos y alternativas. La ficha añade los antecedentes. Su artículo 26.3 regula la memoria de impacto y el 26.6 la posterior audiencia. Se completa con el artículo 133 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. El Real Decreto 931/2017, de 27 de octubre, por el que se regula la Memoria del Análisis de Impacto Normativo, artículo 2.1.g, exige especial atención al impacto en igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal. Sus letras i y j contemplan las consultas y la evaluación. El análisis de discapacidad de esta iniciativa deberá desarrollar estos contenidos con el alcance y la modalidad de memoria que procedan. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, artículos 2, 23, 24, 26 y 28, vincula igualdad, movilidad, información y calidad. El artículo 28.1 incorpora expresamente la accesibilidad de los centros, servicios y prestaciones sanitarias para las personas con	
--	--

discapacidad como criterio de calidad; el apartado 2 regula los servicios de referencia y su financiación conforme a las disposiciones del Fondo.

El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, constituye la norma central. Son relevantes sus artículos 2 a 4, 6, 7, 9 a 11 y su disposición final segunda: ámbito de compensación, derivación, actualización, liquidación, seguimiento y habilitación para modificar los anexos.

Debe leerse conjuntamente con la disposición adicional septuagésima primera de la Ley 31/2022, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2023. Con vigencia indefinida, esta disposición suspende los apartados a), b) y d) del artículo 2.1 del real decreto y establece la naturaleza extrapresupuestaria de esas modalidades y un mecanismo de compensación. La asistencia derivada a CSUR del artículo 2.1.c) no está incluida en esa suspensión y mantiene su régimen específico. Esta distinción permite identificar el mecanismo aplicable a cada asistencia y evita confundir las reglas financieras con el derecho a la atención.

La Orden SND/433/2026, de 27 de abril, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, publicada el 6 de mayo de 2026 y vigente desde el día siguiente, es el antecedente inmediato. Sustituyó los tres anexos y derogó la Orden SND/976/2024. Su disposición adicional aplica los nuevos costes por primera vez a la liquidación de 2025 correspondiente a actividad registrada en 2024; su disposición transitoria regula las patologías y procedimientos pendientes de designación de centros de referencia.

El Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, artículos 2, 3, 4.1.g, 5, 6, 8 y 9, permite delimitar la designación, los recursos e información exigibles, la propuesta del procedimiento de derivación y el alcance de la financiación. Incluir un proceso en un anexo, designar un centro y autorizar una derivación son actuaciones relacionadas con requisitos propios.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, delimita las prestaciones. Su anexo VIII, especialmente el apartado 4.1, regula el transporte sanitario necesario

en derivaciones entre comunidades. La actualización de los anexos del Fondo no equivale por sí misma a ampliar la cartera común ni a reconocer una ayuda general de alojamiento o manutención. La Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española, artículos 3 a 5, condiciona la revisión de valores monetarios públicos. La actualización de costes exige una justificación económica ajustada a este régimen, que permita valorar los recursos empleados en cada proceso sin recurrir a una aplicación automática del índice general de precios. El Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, artículos 2.k y 2.m, 6, 7, 10 y 54.2, distingue accesibilidad universal, incluida la cognitiva, y ajustes razonables, y protege autonomía, salud y participación. La Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación, artículo 15, prohíbe la discriminación sanitaria y las exclusiones por discapacidad o edad salvo razones médicas debidamente acreditadas. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, artículos 4, 5, 7, 8 y 9.7, exige información comprensible, confidencialidad y apoyos que favorezcan el consentimiento de la propia persona. El acompañamiento no autoriza a sustituir automáticamente su decisión. La Ley 27/2007, de 23 de octubre, por la que se reconocen las lenguas de signos españolas y se regulan los medios de apoyo a la comunicación oral de las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas, artículos 10.c y 19.c, y el Real Decreto 674/2023, de 18 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de las condiciones de utilización de la lengua de signos española y de los medios de apoyo a la comunicación oral para las personas sordas, con discapacidad auditiva y sordociegas, concretan garantías de comunicación que deben respetarse según las necesidades y preferencias personales. El Real Decreto 1112/2018, de 7 de septiembre, sobre accesibilidad de los sitios web y aplicaciones para dispositivos móviles del sector público, fundamenta la accesibilidad de los canales digitales incluidos en su ámbito. El Real Decreto 718/2024, de 23 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad, artículo 5.1, 5.2.w y 5.3.b, identifica al centro directivo competente y a la Subdirección General de Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Fondos de Compensación.	
--	--

Plano autonómico y alcance territorial La Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, artículo 54, sitúa las competencias de organización y gestión sanitaria de la Generalitat. Su consideración resulta pertinente para la coordinación territorial de las medidas que se proponen al Ministerio de Sanidad, respetando las competencias de los servicios autonómicos de salud. Plano documental e instrumental El anuncio ministerial de consultas públicas previas y la ficha de cinco páginas de la iniciativa publicada el 29 de julio de 2026 delimitan esta consulta pública previa. La iniciativa plantea revisar los procesos, incorporar los acuerdos del Consejo Interterritorial y actualizar los costes aplicables a la asistencia compensable prestada en 2025. La concreción de los cambios y de sus efectos sobre las personas con discapacidad deberá acompañar al futuro proyecto. El Procedimiento de derivación de pacientes para ser atendidos en un centro, servicio o unidad de referencia del Sistema Nacional de Salud, acordado por el Consejo Interterritorial el 26 de noviembre de 2008 y adaptado a la versión de SIFCO que entró en funcionamiento en 2016, recoge garantías de aceptación, citación, rechazo motivado y vía urgente. Sobre este procedimiento, publicado por el Ministerio, se plantean las mejoras de ejecución relativas a CSUR. <u>III Aportaciones a la consulta pública previa</u> I Sobre los antecedentes de la norma El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, diferencia los procesos con ingreso hospitalario del anexo I, los procedimientos ambulatorios del anexo II y las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos atendidos en centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud, CSUR, del anexo III. El anexo II comprende procedimientos ambulatorios y procedimientos médicos y quirúrgicos ambulatorios que compensan por grupos relacionados con el diagnóstico, GRD. El anexo III relaciona las patologías y procedimientos y contiene la valoración por GRD correspondiente.	
---	--

Esta estructura debe conservar una correspondencia inequívoca entre atención, código, supuesto de compensación y coste aplicable. La Orden SND/433/2026, de 27 de abril, por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria constituye el antecedente inmediato. Sus anexos ya incluyen, entre otros, epilepsia refractaria, ataxias y paraplejías hereditarias, atención al lesionado medular complejo y enfermedades neuromusculares raras. Para estos procesos, pedimos revisar la adecuación de su alcance y valoración, preservar la continuidad asistencial y explicar el fundamento de los cambios que se propongan. La compensación corresponde a los procesos y derivaciones que reúnen las condiciones de los artículos 4 y 6 del real decreto; la discapacidad, por sí sola, no determina un proceso financiable ni la necesidad de atención en un CSUR. El artículo 4.2 mantiene fuera de esta compensación la asistencia urgente solicitada espontáneamente durante un desplazamiento, cuyo derecho debe preservarse. Pedimos que la futura documentación explique el mecanismo económico aplicable a cada supuesto, incluida la distinción derivada de la disposición adicional septuagésima primera de la Ley 31/2022, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2023. Las reglas financieras entre administraciones deben servir a la atención y evitar que sus controversias recaigan sobre la persona. II Sobre los problemas que se pretenden solucionar Compartimos la necesidad de revisar los costes y el catálogo a partir de la información económica, la evidencia y los acuerdos de coordinación. Pedimos que la memoria y los servicios sanitarios permitan conocer también el alcance de los siguientes problemas de acceso y orientar su solución. Recursos de apoyo. La atención puede requerir más tiempo de comunicación, interpretación, movilización segura, preparación de pruebas o coordinación. Una media por proceso puede reflejar de forma insuficiente estos recursos.	En la MAIN se indica que la revisión de las fichas de criterios de designación para la atención de la Epilepsia refractaria y de las Ataxias y paraplejías hereditarias ha sido acordada por el CISNS el 23 de junio de 2023. Los criterios homologados, acordados por el Consejo Interterritorial, que deben cumplir los CSUR para ser designados como de referencia del Sistema Nacional de Salud se encuentran disponibles en: https://www.sanidad.gob.es/areas/csur/centros/patologias/areasEspecializacion/neurologia.htm Las fichas de Atención al lesionado medular complejo y Enfermedades neuromusculares raras no han sido objeto de nueva revisión por el Comité de designación de CSUR. El carácter presupuestario o extrapresupuestario de la compensación de los gastos derivados de la asistencia sanitaria prestada a pacientes residentes en España derivados entre CC.AA e INGESA no afecta a la financiación pública de la asistencia prestada. En ningún caso los costes de la asistencia pueden repercutir en el paciente excepto los copagos establecidos en la cartera común de servicios para la prestación farmacéutica u ortoprotésica suplementaria, que son de aplicables a todos los usuarios del SNS. Los costes medios por APR-GRD que se recogen en los anexos I, II.B y III.B de la orden, son los costes medios últimos disponibles definitivos, proporcionado por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, resultantes del proyecto de estimación de pesos y costes hospitalarios del SNS, calculados sobre la base de los datos de gasto hospitalario notificados por los
--	---

Es necesario conocer cuáles están incluidos en los costes y qué necesidades quedan sin valorar, manteniendo la clasificación por grupos relacionados con el diagnóstico conforme a criterios clínicos y de codificación: discapacidad y mayor severidad clínica no son equivalentes. Continuidad de la atención. Una retirada, una sustitución de código o un cambio en el ámbito de una patología pueden dejar dudas sobre episodios ya realizados, autorizados o en curso. También deben cuidarse las transiciones de la atención pediátrica a la de adultos. Cada modificación ha de explicar si responde a codificación, evidencia, reorganización o seguridad y precisar la alternativa asistencial que corresponda. Coordinación de las derivaciones. Completar una derivación requiere enlazar la solicitud, la aceptación por el centro receptor, el desplazamiento, la atención y el regreso. La repetición de documentación o una información poco accesible pueden dificultar ese recorrido, especialmente cuando la persona necesita apoyos intensos. El diseño del procedimiento y su seguimiento deben permitir prevenir y detectar estas barreras.	hospitales a través de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. La metodología utilizada para su cálculo se encuentra disponible en la web del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm. La sustitución, retirada o cambio de códigos de las PTPP no tiene repercusiones en la atención del paciente y su continuidad asistencial. Se compensará con cargo al Fondo de cohesión sanitaria la asistencia sanitaria prestada a aquellos pacientes residentes en España que se deriven a una comunidad autónoma distinta de aquella en la que tienen su residencia habitual para ser atendidos por alguno de los procesos que figuran en el anexo I a este real decreto, referido a procesos que impliquen ingreso hospitalario, o en el anexo II para procedimientos de carácter ambulatorio, siempre que la atención haya sido solicitada por la comunidad autónoma de residencia cuando no disponga de los servicios o recursos adecuados. En el caso de la atención realizada en CSUR será objeto de compensación con cargo al Fondo de cohesión sanitaria, a través del anexo III o II según corresponda. El Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria, recoge que la derivación del paciente debe hacerse mediante solicitud expresa de la comunidad autónoma de origen, y en coordinación con la comunidad autónoma de recepción. El proceso de derivación y prestación de la asistencia será registrado y validado mediante el Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria (SIFCO) desarrollado por el Ministerio de Sanidad en colaboración con las comunidades
--	---

Información y decisión con apoyos. Una comunicación exclusivamente oral, un texto complejo o un canal digital inaccesible pueden impedir que la persona comprenda la información y decida sobre su atención. Las respuestas deben ajustarse a sus necesidades físicas, visuales, auditivas, cognitivas, comunicativas y psicosociales. El acompañamiento familiar debe respetar la decisión de la persona y sus necesidades de apoyo. Desplazamiento y estancia. La organización y el coste del viaje, el acompañamiento y la estancia pueden dificultar el acceso incluso cuando la atención clínica está cubierta. Es preciso distinguir transporte sanitario, transporte ordinario accesible, alojamiento, manutención y apoyo personal, pues sus regímenes y responsables son diferentes. Los bajos ingresos, la residencia rural, la edad, el género o la intensidad de los apoyos pueden agravar estas dificultades. Condiciones de trabajo y seguimiento. El personal con discapacidad necesita sistemas de derivación, codificación y formación accesibles para desarrollar su trabajo. A su vez, la información disponible debe permitir conocer las solicitudes que no culminan en atención y sus motivos, además de las asistencias compensadas. Ambas cuestiones requieren mejoras de gestión y datos proporcionados a su finalidad. III Sobre la necesidad y oportunidad de su aprobación La actualización resulta necesaria para mantener la correspondencia de los anexos con la actividad asistencial y los costes documentados. La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, especialmente sus artículos 23, 24 y 28, exige que esta coherencia financiera se acompañe de igualdad efectiva, movilidad y calidad accesible.	autónomas. En el procedimiento de derivación a través de SIFCO intervienen únicamente las administraciones sanitarias implicadas. No es objeto de esta norma. La accesibilidad universal, evitando la discriminación y favoreciendo el acceso a las personas con discapacidad, es un aspecto fundamental y que debe garantizarse en cualquier prestación sanitaria, no solamente en la asistencia sanitaria a los pacientes derivados entre CC.AA. La compensación de los gastos de desplazamiento y estancia del paciente y sus acompañantes no es objeto del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. No es objeto de esta norma.
--	--

Una tabla económica correctamente actualizada puede contribuir a esos fines, pero su aprobación debe acompañarse de medidas de ejecución comprobables. La revisión ofrece una oportunidad para corregir barreras de acceso junto con las tablas económicas. Las obligaciones de accesibilidad y no discriminación ya exigibles deben cumplirse conforme a su régimen propio, con independencia de la aprobación de esta orden o de la existencia de un concepto específico de compensación. La disposición final segunda del Real Decreto 1207/2006 permite actualizar los anexos y desarrollar su ejecución. Solicitamos aprovechar esa habilitación e impulsar, en paralelo, los acuerdos o reformas complementarios necesarios. Las modificaciones del régimen de financiación, las nuevas prestaciones y las obligaciones que excedan dicha habilitación deberán abordarse con el instrumento y rango adecuados. La aplicación anunciada a la asistencia prestada en 2025 hace especialmente necesaria una regulación temporal clara. Deben distinguirse el año de actividad, el año de los datos de costes, el ejercicio de liquidación y la entrada en vigor. Esa precisión permitirá evitar dobles cálculos, lagunas de compensación y exigencias de nuevos datos o requisitos asistenciales imposibles de cumplir respecto de episodios cerrados. IV Sobre los objetivos de la norma Primer objetivo. Garantizar el acceso a la atención indicada y comprendida en el régimen aplicable, sin barreras por discapacidad, necesidades de apoyo o residencia. Revisar las causas de rechazo y demora respetando la valoración clínica individual.	El objeto de este proyecto normativo es la actualización de los costes y los procedimientos compensables por el FCS recogidos en los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. La accesibilidad universal, evitando la discriminación y favoreciendo el acceso a las personas con discapacidad, es un aspecto fundamental y que debe garantizarse en cualquier prestación sanitaria, no solamente en la asistencia sanitaria a los pacientes derivados entre CC.AA. La disposición adicional única de la norma recoge que los nuevos costes de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se aplicarán por primera vez en la liquidación del Fondo de cohesión sanitaria del año 2026, que corresponde a la actividad registrada en el Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria en el año 2025. El artículo 8.bis de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, recoge para la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud que la prestación de estos servicios se hará de forma que se garantice la continuidad asistencial, bajo un enfoque multidisciplinar, centrado en el paciente, garantizando la máxima calidad y seguridad en su
--	---

Segundo objetivo. Asegurar la correspondencia entre códigos, modalidades de atención y centros habilitados, explicando el fundamento de cada incorporación, modificación o retirada de los anexos. Tercer objetivo. Valorar los apoyos y ajustes necesarios y su inclusión en los costes por proceso, evitando infravaloraciones, duplicidades y categorías automáticas basadas en el porcentaje de discapacidad. Cuarto objetivo. Preservar la continuidad y la seguridad jurídica con reglas claras para la actividad de 2025, los episodios en curso, los cambios de centro y las transiciones pediátricas a la edad adulta. Quinto objetivo. Garantizar información comprensible, decisión con apoyos, desplazamiento coordinado y continuidad de cuidados en origen y destino, de acuerdo con la voluntad de la persona.	prestación, así como las condiciones de accesibilidad y equidad para toda la población cubierta. La accesibilidad universal, evitando la discriminación y favoreciendo el acceso a las personas con cualquier discapacidad es un aspecto fundamental y que debe garantizarse en cualquier prestación sanitaria, no solamente en la asistencia sanitaria a los pacientes derivados entre CC.AA. La MAIN recoge la explicación de los motivos para actualizar los procedimientos recogidos en los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. Al consignarse todos los diagnósticos (incluidos los causantes de la discapacidad) en el informe de alta, el GRD resultante de la asistencia a una persona con discapacidad resulta de mayor peso que para una persona sin discapacidad. Los episodios en curso en 2026 no se ven afectados por el proceso de liquidación de la actividad 2025. El funcionamiento de la aplicación SIFCO contempla la posibilidad de la renovación de la asistencia, para garantizar, de acuerdo con la normativa vigente, la equidad dentro del SNS y la continuidad asistencial una vez se ha realizado la derivación de un paciente a un servicio de atención hospitalizada cuando la comunidad de origen no disponga de los servicios o recursos adecuados, al mismo tiempo que permite la validación de la actividad anual que permita la obtención de la información de la elaboración de la
---	--

Sexto objetivo. Prevenir cargas económicas que frustren una derivación, identificando responsables y coberturas del transporte y los apoyos complementarios. Las controversias de compensación deben resolverse entre administraciones. Séptimo objetivo. Mejorar la formación sobre derivación, comunicación y apoyos, y asegurar la accesibilidad de las herramientas utilizadas por profesionales y personal en formación con discapacidad. Octavo objetivo. Incorporar a las personas con discapacidad y sus organizaciones a la preparación y evaluación de las medidas, con información protegida, seguimiento periódico y una evaluación a los dos años de entrada en vigor. V Sobre las posibles soluciones alternativas regulatorias y no regulatorias Mantener los anexos actuales dejaría sin incorporar las actualizaciones justificadas de procesos y costes. Las guías, la formación y las mejoras informáticas pueden facilitar su aplicación, pero la modificación de listas e importes requiere una orden. A su vez, la aprobación de nuevas tablas necesita acompañarse de medidas que permitan afrontar las barreras de acceso descritas. El CERMI CV propone actualizar los anexos y desarrollar las medidas de coordinación, accesibilidad y evaluación que se exponen a continuación. Los cambios que excedan la habilitación de esta orden deberán seguir su propia tramitación, sin retrasar las actualizaciones que ya estén justificadas. Primera solución Claridad de los anexos y justificación de los cambios Solicitamos que el futuro proyecto se acompañe de una tabla de correspondencias entre los códigos vigentes y los propuestos. Para cada cambio deberán constar su naturaleza, la evidencia o el acuerdo que lo respalda, la modalidad asistencial y sus consecuencias para la compensación.	liquidación del Fondo de cohesión sanitaria, a fin de realizar la compensación de la actividad realizada. Las posibles controversias de compensación se resuelven entre las administraciones sanitarias implicadas, no pudiendo repercutir en ningún caso en el paciente si se trata de prestaciones financiadas públicamente en la cartera común de servicios del SNS. No es objeto de esta norma. No es objeto de esta norma. Se detallan en la MAIN los cambios recogidos en los anexos y su motivación.
--	--

Las listas y cuantías quedarán recogidas en la orden; la documentación complementaria permitirá comprender su fundamento y aplicación. Las altas, modificaciones y retiradas del anexo III deben coordinarse con los procedimientos del Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre, por el que se establecen las bases del procedimiento para la designación y acreditación de los centros, servicios y unidades de referencia del Sistema Nacional de Salud. La inclusión de un código, la designación de un CSUR y la ampliación de la cartera requieren las decisiones y los requisitos propios de cada actuación. Cuando se retire un proceso, pedimos que se explique su fundamento clínico y organizativo y se identifique, cuando proceda, la alternativa asistencial. La Dirección General debe preparar las equivalencias con los órganos de coordinación y los recursos técnicos de actualización. El seguimiento abarcará todos los cambios publicados y las incidencias de codificación corregidas, para facilitar una aplicación uniforme. Segunda solución Valoración económica de apoyos y ajustes Pedimos que la justificación económica examine los recursos necesarios para prestar una atención accesible en los procesos compensables: tiempo profesional, interpretación y mediación comunicativa, sistemas de comunicación, movilización y otros apoyos. El análisis debe separar los costes efectivamente devengados en 2025 de las necesidades de apoyo aún no atendidas que deban planificarse para el futuro. También ha de distinguir el coste directo del episodio, los gastos estructurales y los conceptos ya financiados. Es necesario identificar el coste total, la cuantía compensable y la financiación restante, sin trasladar diferencias a la persona usuaria. La forma de valorar los apoyos deberá responder a este análisis, sin generar automáticamente un suplemento por cada uno de ellos. Conforme a la Ley 2/2015, de 30 de marzo, de desindexación de la economía española, la memoria económica debe explicar las fuentes, el año base, el método de estimación, la representatividad de los datos y el tratamiento de valores atípicos.	Las actualizaciones del anexo III se motivan en la MAIN en relación con el procedimiento de designación de CSUR establecido en el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre. En ningún caso los costes de la asistencia sanitaria de los pacientes derivados entre CC.AA pueden repercutir en el paciente, excepto los copagos establecidos en la cartera común de servicios para la prestación farmacéutica u ortoprotésica suplementaria, que son de aplicables a todos los usuarios del SNS. El texto del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, recoge que se deben utilizar los últimos costes disponibles (artículo 7.2). Los costes medios por APR-GRD que se recogen en los anexos I, II.B y III.B de la orden, son los costes medios últimos disponibles definitivos, proporcionado por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, resultantes del proyecto de estimación
--	--

Si se acredita una infravaloración, solicitamos estudiar la corrección de los costes o de la metodología dentro de la habilitación existente. Un eventual módulo adicional necesitará justificación clínica y económica, ausencia de doble financiación y cobertura normativa suficiente; cuando exceda esa habilitación, deberá tramitarse por la vía correspondiente. Este trabajo corresponde a la Dirección General, las unidades económicas y los servicios de salud, a partir de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada y de la estimación de pesos y costes hospitalarios señaladas en la ficha. La actualización de importes exige el informe previo del departamento competente en Hacienda y la información al Consejo Interterritorial sobre los criterios utilizados, conforme a los artículos 7.2 y 9.4 del Real Decreto 1207/2006. Proponemos comenzar por una muestra de procesos y publicar qué apoyos se incluyen y cómo se valoran. La clasificación GRD deberá mantenerse vinculada a los criterios clínicos y de codificación, sin equiparar discapacidad y severidad. Las cuantías resultantes son compensaciones entre administraciones y no tarifas para las personas usuarias. Tercera solución Aplicación temporal y continuidad de la atención La futura orden debe precisar la actividad de 2025 a la que se aplicarán los nuevos costes, el ejercicio de liquidación y las reglas de regularización. Los cambios del catálogo asistencial pueden necesitar disposiciones temporales distintas de las correspondientes a la actualización económica. La compensación de episodios pasados ha de apoyarse en información exigible en su momento o recuperable con garantías, evitando nuevas cargas imposibles de satisfacer. Solicitamos concretar la regla transitoria para patologías o procedimientos pendientes de designación de CSUR, las sustituciones de códigos y los episodios autorizados o iniciados. Debe asegurarse la continuidad administrativa y asistencial, con las adaptaciones que exijan la seguridad y la eficacia de las técnicas. Si resulta necesario cambiar de centro o de modalidad, la persona debe contar con una alternativa clínicamente adecuada, información accesible y seguimiento coordinado. Esta previsión debe comprender también el paso de la atención pediátrica a la de adultos.	de pesos y costes hospitalarios del SNS, calculados sobre la base de los datos de gasto hospitalario notificados por los hospitales a través de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. La metodología utilizada para su cálculo se encuentra disponible en la web del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm. La disposición adicional única de la norma recoge que los nuevos costes de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, se aplicarán por primera vez en la liquidación del Fondo de cohesión sanitaria del año 2026, que corresponde a la actividad registrada en el Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria en el año 2025. Se recoge en la disposición transitoria única de la orden.
--	---

La Dirección General y los servicios de salud deben acordar instrucciones de liquidación y derivación coherentes con estas reglas y valorar el trabajo administrativo de equivalencia y revisión de expedientes. Pedimos que se registren los episodios con discrepancias y el tiempo empleado en resolverlas. Las controversias económicas deben tramitarse preservando la atención que corresponda conforme al ordenamiento. Cuarta solución Garantías de igualdad y accesibilidad vinculadas a la actualización Solicitamos que el futuro texto concrete, dentro de su habilitación, el cumplimiento de las obligaciones de igualdad, accesibilidad y ajustes razonables en las actuaciones asociadas a los procesos actualizados. El artículo 15 de la Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación impide exclusiones por discapacidad o edad sin razones médicas debidamente acreditadas. La valoración debe ser individual, libre de prejuicios sobre dependencia, necesidades de apoyo o calidad de vida. La aplicación de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica requiere información en formatos adecuados, apoyos a la comunicación, tiempo suficiente y condiciones que favorezcan el consentimiento de la propia persona. Reclamamos que las medidas de ejecución contemplen estos medios, respeten la elección de acompañamiento y la confidencialidad, y permitan comunicar incidencias sin intermediación familiar obligatoria. Los servicios y centros competentes deben organizar los medios humanos, técnicos y físicos e identificar su financiación mediante la valoración de los episodios o los instrumentos de gestión que procedan. La revisión de una muestra de derivaciones y de las reclamaciones de accesibilidad permitirá comprobar si los apoyos requeridos están disponibles. Ante un incumplimiento del centro, la respuesta debe corregir la barrera y proteger a la persona afectada, sin excluir por ese motivo la compensación de su asistencia. Quinta solución Protocolo accesible de derivación y coordinación	No es objeto de esta norma. El objeto de este proyecto normativo es la actualización de los costes y los procedimientos compensables por el FCS recogidos en los anexos del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. La accesibilidad universal, evitando la discriminación y favoreciendo el acceso a las personas con discapacidad, es un aspecto fundamental y que debe garantizarse en cualquier prestación sanitaria, no solamente en la asistencia sanitaria a los pacientes derivados entre CC.AA.
---	---

Pedimos al Comité de Designación y al Consejo Interterritorial, en sus respectivos ámbitos, que impulsen una revisión accesible del procedimiento de derivación a CSUR. Deben conservarse las garantías de aceptación y citación, motivación de rechazos y vía urgente. Para los demás supuestos compensables, las mejoras se articularán a través de sus propios circuitos. La revisión debe identificar a los responsables en origen y destino, ofrecer información accesible sobre el estado de la solicitud y anticipar los apoyos de comunicación, movilidad y atención. En las derivaciones a CSUR, el apartado B.2 del procedimiento establece un máximo de 15 días desde la recepción de la solicitud para su aceptación y citación. Esta garantía se refiere a esas actuaciones del procedimiento, no a la realización de la asistencia dentro de 15 días ni al conjunto de derivaciones entre territorios. Deben coordinarse, además, la preparación del desplazamiento, el intercambio de información clínica, el alta y el seguimiento. La valoración no presencial puede reducir viajes cuando sea adecuada y accesible, manteniendo la atención presencial necesaria. Ante un rechazo o una demora que afecte a la atención indicada, pedimos que la persona reciba una explicación accesible y conozca el cauce aplicable para solicitar su revisión. Los responsables de origen y destino deberán coordinar la respuesta y, cuando proceda, una alternativa clínicamente adecuada, preservando la atención necesaria y la vía urgente. La adaptación del Sistema de Información del Fondo de cohesión sanitaria, SIFCO, debe separar los datos necesarios para la liquidación de la documentación clínica y de la información sobre apoyos que precise el centro receptor. Solicitamos reutilizar la información disponible con base jurídica suficiente y limitar los accesos según la función profesional. La tramitación en este sistema corresponde a los profesionales; la persona debe recibir asistencia e información accesibles. Los apoyos se determinarán por sus necesidades, sin exigirle acreditar un porcentaje de discapacidad para obtenerlos. La Subdirección General competente, las unidades responsables de los sistemas y los servicios autonómicos deben acordar una adaptación gradual, valorar sus costes y comprobar su funcionamiento con personas usuarias y profesionales con distintas discapacidades.	No es objeto de esta norma. Se agradece la aportación y se tendrá en cuenta en la elaboración de futuros protocolos o en la actualización de los procedimientos de derivación a CSUR El anexo II recoge de manera expresa la compensación de las primeras consultas y consultas sucesivas con o sin desplazamiento del paciente. SIFCO dispone de distintos perfiles de usuario. El informe de liquidación no recoge toda la documentación clínica e informes de alta de los pacientes derivados. El acceso a la aplicación se realiza de acuerdo al Esquema Nacional de Seguridad.
---	--

El seguimiento medirá los tiempos de tramitación y los motivos de las solicitudes no completadas, recurriendo a los datos de origen cuando SIFCO no recoja esa información. Sexta solución Coordinación del transporte y de los apoyos a la estancia El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en su anexo VIII.4.1, atribuye a la comunidad de origen el transporte sanitario que precise el paciente derivado y el regreso si persisten las causas que lo justifican. La comunidad receptora asume los tramos entre el aeropuerto, puerto o helipuerto y el centro sanitario en los términos de ese apartado. Pedimos que estas responsabilidades se concreten antes del desplazamiento, conforme a la necesidad de transporte sanitario de cada persona. Respecto del alojamiento, la manutención, el transporte ordinario accesible y el acompañamiento o apoyo personal necesario, solicitamos identificar las coberturas existentes y acordar criterios que eviten que la insuficiencia económica frustre una derivación indicada. Las nuevas ayudas que resulten necesarias deberán establecerse mediante los instrumentos competentes, definiendo personas beneficiarias, gastos cubiertos, compatibilidades, responsables y financiación. Su reconocimiento requiere ese desarrollo específico, además de la actualización de los anexos del Fondo. Al concretar estas ayudas, pedimos valorar el anticipo o el pago directo cuando adelantar los gastos pueda impedir una derivación indicada. Su resolución y coordinación deberán ser compatibles con la fecha prevista de atención, dentro de la cobertura, financiación y controles que establezca el instrumento competente. El Ministerio debe promover esta coordinación con las comunidades autónomas y el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Cada administración habrá de concretar sus coberturas e informar de ellas de forma accesible antes del viaje. El seguimiento de las cancelaciones por dificultades logísticas o económicas y de los tiempos de resolución de los apoyos permitirá valorar si las medidas reducen las cargas para las personas y sus familias.	La compensación de los gastos de desplazamiento y estancia del paciente y sus acompañantes no es objeto del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. No obstante, señalar que en el marco de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación (CPAF) se está trabajando para intentar homogeneizar las ayudas por gastos de desplazamiento, manutención y alojamiento de los pacientes, y en su caso los acompañantes, que sean derivados para recibir asistencia sanitaria a un centro o servicio del Sistema Nacional de Salud de otra comunidad autónoma distinta a la de su lugar de residencia. Se ha elaborado un informe detallado sobre la situación actual en las Comunidades y Ciudades Autónomas en relación con dichas ayudas que se presentará a la CPAF para trabajar de manera conjunta en una propuesta de acuerdo para que, tras su aprobación, pueda elevarse al CISNS.
---	--

La Dirección General debe prepararlos con el apoyo de la Comisión de seguimiento del Fondo, dentro de sus funciones, y de los servicios de salud. En sus resultados deberá diferenciarse la revisión retrospectiva de la actividad de 2025 de los efectos de las mejoras de ejecución posteriores. El seguimiento debe incluir las solicitudes iniciadas, pendientes de completar, aceptadas, denegadas y canceladas, con sus motivos. Pedimos medir los tiempos desde la solicitud inicial y desde su recepción hasta la respuesta, la citación y la atención, con un control específico de la garantía de aceptación y citación en CSUR. Las demoras por subsanación deberán registrarse por separado, sin alterar el inicio del cómputo previsto para cada garantía. Para conocer el acceso efectivo, proponemos medir las solicitudes aceptadas que culminan en atención sobre el total de aceptadas de una misma cohorte y período de observación, y recoger los motivos de no realización. Deben conocerse también las derivaciones con apoyos disponibles sobre el total de las que los requieren; las incidencias de codificación o liquidación y su resolución; las reclamaciones de accesibilidad; y la experiencia de personas usuarias y profesionales. Cada indicador debe tener definidos su fuente, denominador, período y responsable. Las metas de mejora deberán fijarse a partir de una línea de base suficiente, manteniendo desde el inicio el control de las garantías ya establecidas. La obtención de información debe aprovechar los sistemas existentes y las consultas accesibles proporcionadas, sin añadir cargas documentales a los pacientes. La evaluación debe examinar también las barreras que impiden iniciar una solicitud, aprovechando la información de los servicios de origen y las consultas accesibles a las personas y sus familias. Debe atender al efecto combinado de la residencia rural, los recursos económicos, el sexo, la edad y las necesidades de apoyo, sin crear nuevas cargas de acreditación. La desagregación por territorio, sexo, edad o necesidades de apoyo deberá ser pertinente y jurídicamente viable, con datos agregados y protección de los grupos pequeños. Este seguimiento no requiere crear un registro general de personas con discapacidad.	No es objeto de esta orden. Se agradece la aportación que será tomada en cuenta en futuros protocolos o acuerdos en relación con el procedimiento de derivación de pacientes.
--	--

El informe público habrá de explicar las limitaciones de la información y las medidas correctoras, evitando comparaciones que penalicen a los centros que atienden casos de mayor complejidad. IV Solicitud institucional La cohesión sanitaria exige atención con los apoyos adecuados y continuidad en los cuidados. Desde el CERMI CV pedimos que la actualización de los anexos sirva a ese propósito, haciendo compatible la especialización con la autonomía, la accesibilidad y la coordinación con los servicios de salud de referencia. Por ello, el CERMI CV SOLICITA al Ministerio de Sanidad: Primero. Que incorpore estas aportaciones al expediente y valore sus propuestas al elaborar el proyecto de orden y su memoria, indicando el tratamiento de las principales observaciones recibidas. Segundo. Que el proyecto identifique y justifique los cambios de listas, códigos y costes, precise su aplicación a la actividad de 2025 y establezca reglas de transición que eviten vacíos de compensación y preserven la atención clínicamente indicada. Tercero. Que valore los recursos necesarios para una atención accesible e incorpore, dentro de la habilitación de la orden, las garantías de igualdad, apoyos y continuidad expuestas, promoviendo por los instrumentos competentes las medidas complementarias de derivación, transporte, estancia y formación. Cuarto. Que evalúe los efectos sobre las personas con discapacidad y sus familias y establezca un seguimiento con indicadores definidos, protección de datos y participación directa y accesible. Quinto. Que facilite la participación del CERMI CV en las fases posteriores que correspondan y su colaboración técnica, junto con otras organizaciones y personas afectadas, en el marco del diálogo civil. Si alguna propuesta no se acogiera en esta orden, solicitamos que se motive y se identifiquen una alternativa que permita alcanzar la protección material perseguida, el órgano responsable y la vía para desarrollarla. Ese cauce complementario debe preservar el cumplimiento de las obligaciones de accesibilidad, igualdad y no discriminación ya exigibles. Presidente del CERMI CV	
---	--

Comité de Entidades Representantes de Personas con Discapacidad de la Comunitat Valenciana	
1.02 ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE LABORATORIOS MEDICAMENTOS HUÉRFANOS Y ULTRAHUÉRFANOS (AELMHU)	
Aportaciones Asociación Española de Laboratorios de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU) La Asociación Española de Laboratorios de Medicamentos Huérfanos y Ultrahuérfanos (AELMHU), organización que representa actualmente a 29 empresas farmacéuticas y biotecnológicas, agradece la oportunidad de participar en este trámite de consulta pública previa. AELMHU valora positivamente el papel del Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS) como instrumento para contribuir a garantizar la equidad, la calidad y la cohesión del Sistema Nacional de Salud (SNS), especialmente en aquellos ámbitos en los que resulta necesaria la atención interterritorial en centros de elevada especialización, como sucede con las enfermedades raras y ultrarraras. Como entidad que agrupa a compañías comprometidas con la investigación, el desarrollo y la comercialización de terapias innovadoras dirigidas a mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con enfermedades raras y ultrarraras, y en el marco de nuestro compromiso con la visibilidad de estas patologías, la información sobre el valor de los medicamentos huérfanos, la colaboración con las Administraciones Públicas y el impulso de la I+D+i, hemos analizado los objetivos planteados en la consulta pública y formulamos las siguientes consideraciones y propuestas. ANÁLISIS A pesar de su baja prevalencia individual, las enfermedades raras y ultrarraras presentan una elevada repercusión colectiva y plantean importantes retos asistenciales. Según datos de FEDER, se estima que 3,4 millones de personas conviven en España con una enfermedad rara. Asimismo, FEDER señala que solo alrededor del 6 % de las enfermedades raras reconocidas dispone de un tratamiento específico.	

Estas enfermedades presentan, además, particularidades que condicionan su atención: dispersión geográfica de los pacientes y de los recursos especializados, limitada experiencia clínica derivada de su baja prevalencia, dificultades diagnósticas y necesidad frecuente de una atención multidisciplinar y altamente especializada. Las diferencias territoriales que pueden producirse en el acceso a determinadas prestaciones ponen de manifiesto la importancia de continuar avanzando en la equidad del SNS. En este contexto, los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) constituyen un instrumento esencial para concentrar experiencia y garantizar la atención de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos que requieren un elevado nivel de especialización. La asistencia interterritorial prestada a pacientes derivados para su atención en CSUR es, además, uno de los supuestos de compensación previstos en el Real Decreto 1207/2006. Persisten, no obstante, ámbitos susceptibles de mejora: •Derivación interterritorial. Resulta conveniente continuar avanzando hacia circuitos y procedimientos de derivación homogéneos y ágiles que garanticen que el acceso efectivo a los CSUR responda prioritariamente a las necesidades clínicas de los pacientes, con independencia de su comunidad autónoma de residencia. •Actualización periódica. El propio Real Decreto 1207/2006 prevé la actualización anual de los importes a compensar y la revisión de las patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos con la periodicidad adecuada. Sin embargo, la actualización de los anexos no se ha producido con una cadencia uniforme, por lo que resulta conveniente reforzar la previsibilidad y regularidad de estas revisiones. •Adecuación de la compensación a la actividad asistencial. Resulta conveniente analizar si los mecanismos de compensación asociados a la atención prestada en los CSUR reflejan adecuadamente los costes derivados de la concentración de pacientes de elevada complejidad y de determinados procesos de muy baja frecuencia. Debe tenerse en cuenta, asimismo, la dimensión europea de la atención altamente especializada y su adecuada articulación con el modelo nacional de CSUR. España cuenta actualmente con	Se trabaja para avanzar en la mejora de los procedimientos de derivación de pacientes a CSUR desde la Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria y el Comité de Designación de CSUR de manera coordinada con todas las administraciones sanitarias competentes. Se agradece el comentario. El proceso de tramitación de las ordenes de actualización de los anexos en algunas ocasiones se ha dilatado por encima del año, pero se está trabajando en los órganos de coordinación para garantizar una actualización periódica anual de los anexos. Los costes medios por APR-GRD que se recogen en los anexos I, II.B y III.B de la orden, son los costes medios últimos disponibles definitivos, proporcionado por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, resultantes del proyecto de estimación de pesos y costes hospitalarios del SNS, calculados sobre la base de los datos de gasto hospitalario notificados por los hospitales a través de la Estadística de Centros Sanitarios de
--	--

representación de pleno derecho en las 24 Redes Europeas de Referencia (ERN), a través de 110 Unidades/CSUR del SNS pertenecientes a 26 centros sanitarios de 10 comunidades autónomas. Las ERN constituyen un instrumento esencial de cooperación clínica europea para el abordaje de enfermedades raras, de baja prevalencia y de elevada complejidad, al integrar centros y unidades con un alto grado de especialización y facilitar la discusión de casos, el intercambio de conocimiento y experiencia, el desarrollo de recomendaciones y la identificación de las opciones diagnósticas y terapéuticas más adecuadas. En relación con el contenido concreto de esta actualización —la incorporación, modificación o retirada de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos en el anexo III y la actualización de los costes compensables de los anexos I, II y III—, AELMHU considera oportuno señalar una cuestión de fondo. La utilización de costes medios asociados a los GRD constituye una herramienta útil de normalización, pero puede no reflejar adecuadamente variaciones significativas del coste asistencial real dentro de un mismo grupo, especialmente en episodios de muy baja frecuencia o cuando concurren tratamientos de elevado impacto económico por paciente. Esta posible diferencia entre el coste efectivamente asumido y la compensación resultante merece un análisis específico en los centros que, por su especialización, concentran casuística de baja prevalencia y elevada variabilidad de costes. RECOMENDACIONES A partir de las consideraciones anteriores, AELMHU formula las siguientes propuestas, distinguiendo entre aquellas directamente relacionadas con la actualización objeto de esta consulta y otras que podrían valorarse en futuras líneas regulatorias y de política sanitaria vinculadas al FCS y a los CSUR. 1.Adaptar el mecanismo de cálculo a los procesos de elevada variabilidad de costes Valorar la incorporación de mecanismos de ajuste o de compensación específica para aquellos procesos en los que los costes medios asociados al GRD no reflejen adecuadamente la variabilidad del coste asistencial real, especialmente en episodios de muy baja frecuencia que incluyan tratamientos de elevado impacto económico por paciente. El objetivo debería ser evitar que la concentración de esta casuística en centros altamente especializados genere diferencias significativas entre el coste efectivamente asumido y la	Atención Especializada. La metodología utilizada para su cálculo se encuentra disponible en la web del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm. Se trasladará la propuesta para su posible valoración o análisis en los grupos de trabajo correspondientes de la Subdirección General de Información Sanitaria.
--	---

compensación recibida, siempre de conformidad con el régimen de financiación y prestación farmacéutica aplicable. 2.Establecer una periodicidad reglada de actualización Reforzar el cumplimiento de la actualización anual de los importes prevista en el Real Decreto 1207/2006 y establecer, para la revisión del contenido de los anexos I, II y III, una periodicidad previsible, preferentemente anual o, como máximo, cada dos años, sin perjuicio de las modificaciones que resulten necesarias cuando se designen nuevos CSUR o se produzcan cambios asistenciales relevantes. Esta periodicidad reduciría los desfases entre la evolución de la evidencia científica, los acuerdos adoptados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), la realidad asistencial y su incorporación efectiva a la normativa y a los costes compensables. 3.Habilitar cauces estructurados de participación previa Dado que la incorporación y revisión de patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos se vincula, entre otros elementos, a los acuerdos adoptados en el marco del CISNS, consideramos conveniente establecer cauces estructurados de participación y consulta que permitan trasladar información y formular propuestas sobre necesidades emergentes de actualización. En particular, sería conveniente facilitar, cuando resulte pertinente por la naturaleza de las patologías, tecnologías o tratamientos analizados, la participación de asociaciones de pacientes, sociedades científicas y otros agentes con conocimiento especializado, incluida la industria farmacéutica y biotecnológica, preservando en todo caso las competencias de los órganos responsables de la decisión. 4.Analizar específicamente la casuística de baja frecuencia y elevado coste por paciente En la determinación de los costes hospitalarios utilizados como referencia para la compensación, proponemos analizar específicamente el impacto de los casos de muy baja frecuencia y elevado coste por paciente.	Se agradece el comentario. El proceso de tramitación de las ordenes de actualización de los anexos en algunas ocasiones se ha dilatado por encima del año, pero se está trabajando en los órganos de coordinación para garantizar una actualización periódica anual de los anexos. En cada área de especialización que se aborda dentro del proyecto CSUR se trabaja con Grupos de Expertos, formados por profesionales propuestos por las CCAA, las Sociedades Científicas, las Asociaciones de pacientes y el propio Ministerio de Sanidad. Además, en todos los Grupos participa la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. Cada Grupo identifica dentro de cada área las patologías para los que es necesario designar CSUR y los criterios de designación. En el caso de las enfermedades raras se identifican grupos de patologías con características comunes. Dichos Grupos, una vez abiertos, permanecen activos revisando cada cierto tiempo las propuestas que han realizado y, si lo consideran, proponiendo nuevas patologías para los que es necesario designar CSUR. Los costes medios por APR-GRD que se recogen en los anexos I, II.B y III.B de la orden, son los costes medios últimos disponibles definitivos, proporcionado por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, resultantes del proyecto de estimación
---	---

En las enfermedades raras y ultrarraras, un número reducido de episodios puede presentar costes sustancialmente diferentes de los valores medios del grupo correspondiente. Consideramos conveniente evaluar si la metodología empleada permite identificar y reflejar adecuadamente esta casuística y, en caso contrario, estudiar mecanismos complementarios de ajuste. 5. Reforzar la adecuación de la financiación de los CSUR a la complejidad asistencial En futuras líneas de desarrollo del FCS, consideramos necesario garantizar que la compensación de la actividad asistencial realizada por los CSUR refleje adecuadamente los recursos necesarios para atender a pacientes derivados de elevada complejidad. Esta adecuación debería contribuir al mantenimiento de equipos multidisciplinares especializados, a la continuidad asistencial y, cuando proceda y de conformidad con el régimen de financiación vigente, a la correcta consideración de los costes asociados a tratamientos de elevado impacto económico. Asimismo, resulta conveniente continuar reforzando elementos estructurales esenciales para la atención de las enfermedades raras, como la interoperabilidad de la información clínica y genómica, el desarrollo de registros, la coordinación entre centros y la formación continuada de los profesionales sanitarios. Estas actuaciones deberán articularse a través de los instrumentos de financiación y planificación que resulten competentes en cada caso. 6.Facilitar la derivación interterritorial Continuar avanzando hacia criterios clínicos y procedimientos de derivación homogéneos, acompañados de mecanismos ágiles de gestión y compensación entre comunidades autónomas, de forma que la comunidad autónoma de residencia no constituya una barrera para acceder al CSUR más adecuado cuando la situación clínica del paciente así lo requiera. 7.Reforzar la coordinación entre los CSUR y las Redes Europeas de Referencia (ERN) Dada la estrecha relación existente entre el sistema nacional de CSUR y las Redes Europeas de Referencia, proponemos que las futuras revisiones de los criterios de designación, seguimiento y	de pesos y costes hospitalarios del SNS, calculados sobre la base de los datos de gasto hospitalario notificados por los hospitales a través de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. La metodología utilizada para su cálculo se encuentra disponible en la web del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm. Se trasladará la propuesta para su posible valoración o análisis en los grupos de trabajo correspondientes de la Subdirección General de Información Sanitaria. Se trabaja para avanzar en la mejora de los procedimientos de derivación de pacientes a CSUR desde la Comisión de seguimiento del Fondo de cohesión sanitaria y el Comité de Designación de CSUR de manera coordinada con todas las administraciones sanitarias competentes No es objeto de esta norma. No obstante, señalar que ya se incluye dentro de los procedimientos ambulatorios compensables del anexo II la valoración de casos clínicos
--	--

evaluación de los CSUR tengan expresamente en consideración, cuando resulte pertinente, los estándares de calidad, los resultados y las buenas prácticas desarrollados en el marco de las ERN. Debe tenerse presente que, conforme al procedimiento vigente en España, para que un prestador de asistencia sanitaria pueda acceder a una ERN como miembro de pleno derecho o centro nacional asociado es preciso que sea previamente CSUR del SNS en el área correspondiente o similar. Por ello, la participación en una ERN no puede configurarse, en el marco actual, como un requisito previo para la designación inicial como CSUR. Sí resulta adecuado aprovechar la experiencia y los estándares generados en las ERN para revisar y actualizar los criterios nacionales de designación y evaluación. Asimismo, cuando se revisen dichos criterios, podría valorarse de forma objetiva la experiencia asistencial acreditada mediante otros sistemas de reconocimiento de ámbito autonómico o institucional, siempre que sea pertinente para la patología o procedimiento de que se trate y sin menoscabar el procedimiento ordinario de designación como CSUR. CONCLUSIÓN Desde AELMHU reiteramos nuestra disposición a colaborar con el Ministerio de Sanidad en el diseño y desarrollo de políticas que garanticen una atención eficaz, equitativa y sostenible para las personas con enfermedades raras y ultrarraras. Consideramos que la actualización de los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006 constituye una oportunidad para reforzar la capacidad del Fondo de Cohesión Sanitaria para responder a la realidad asistencial actual y, particularmente, para analizar si sus mecanismos de compensación reflejan adecuadamente la casuística de baja frecuencia, elevada complejidad y alta variabilidad de costes característica de determinadas enfermedades raras y ultrarraras. Todo ello debe contribuir a que los pacientes puedan acceder, con independencia de su lugar de residencia, a la atención especializada y a los tratamientos que resulten clínicamente adecuados y se encuentren incorporados a la prestación farmacéutica del SNS conforme al régimen vigente. AELMHU queda a disposición del Ministerio de Sanidad para ampliar o desarrollar cualquiera de las consideraciones y propuestas formuladas en el presente documento.	para su presentación a la ERN y la presentación del caso clínico a las ERN y la comunicación de las conclusiones del estudio al centro solicitante para que continúe con la atención del paciente según proceda.
--	---

1.03 FEDERACION ESPAÑOLA DE ENFERMEDADES RARAS (FEDER)	
Aportaciones de FEDER al Proyecto de Orden Ministerial por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006 El Ministerio de Sanidad ha abierto una consulta pública previa, hasta el 8 de septiembre de 2026, para aprobar una Orden que actualice los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, que regula el Fondo de Cohesión Sanitaria (FCS). La Orden pretende compensar económicamente a las comunidades autónomas por la atención prestada a pacientes derivados en el año 2025, especialmente en CSUR. La actualización incorpora los acuerdos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en los que se revisan patologías, técnicas, tecnologías y procedimientos financiables y se actualizan los costes a compensar Aportaciones específicas Artículo 2. Actividades objeto de compensación por el Fondo de cohesión sanitaria. Continúa pendiente la financiación de los gastos de desplazamiento, alojamiento y manutención derivados de la atención en los Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR) del Sistema Nacional de Salud, una medida que consideramos necesaria tanto para pacientes adultos como para menores de edad. En el caso de los menores de edad, proponemos que la cobertura económica incluya los gastos de desplazamiento y alojamiento de ambos progenitores o personas cuidadoras, dada la importancia del acompañamiento emocional y organizativo de la familia durante el proceso asistencial. Para las personas adultas, proponemos que se contemple la financiación del desplazamiento del paciente y de una persona acompañante cuando exista una situación de dependencia, discapacidad, enfermedad grave u otras circunstancias que justifiquen dicho acompañamiento. La ausencia de una financiación específica genera inequidad territorial, ya que los sistemas de compensación existentes difieren entre comunidades autónomas y no todas las familias disponen de los mismos recursos o capacidad para acceder a estas ayudas. Esta situación puede comprometer el principio de equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias recogido en la Ley 16/2003, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Por ello, solicitamos que, siempre que sea posible, el texto normativo se actualice para incorporar expresamente la cobertura de estos gastos, garantizando un acceso equitativo a la atención prestada en los CSUR con independencia del lugar de residencia de las personas pacientes.	La compensación de los gastos de desplazamiento y estancia del paciente y sus acompañantes no es objeto del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre. No obstante, señalar que en el marco de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación (CPAF) se está trabajando para intentar homogeneizar las ayudas por gastos de desplazamiento, manutención y alojamiento de los pacientes, y en su caso los acompañantes, que sean derivados para recibir asistencia sanitaria a un centro o servicio del Sistema Nacional de Salud de otra comunidad autónoma distinta a la de su lugar de residencia. Se ha elaborado un informe detallado sobre la situación actual en las Comunidades y Ciudades Autónomas en relación con dichas ayudas que se presentará a la CPAF para trabajar de manera conjunta en una propuesta de acuerdo para que, tras su aprobación, pueda elevarse al CISNS.

1.04 FUNDACION GASPAR CASAL	
Aportaciones al Proyecto de Orden Ministerial por la que se actualizan los anexos I, II y III del Real Decreto 1207/2006, de 20 de octubre, por el que se regula la gestión del Fondo de cohesión sanitaria. 1.Necesidad de agilidad y periodicidad sistemática en la actualización: Proponemos dotar al proceso de actualización de una mayor predictibilidad y periodicidad regular (preferiblemente anual o bianual) que evite acumulaciones de desfases de costes derivados de la inflación o de la incorporación acelerada de innovaciones tecnológicas. 2.Criterios de costes basados en la eficiencia y la evolución real de la práctica clínica: Proponemos incorporar metodologías de cálculo de costes más avanzadas (como la contabilidad analítica basada en procesos o microcosteo en patologías de alta complejidad y terapias innovadoras), de modo que los precios compensables reflejen fielmente el coste de oportunidad y el esfuerzo inversor real que realizan las comunidades autónomas receptoras. 3.Transparencia y alineación con la Estrategia en el SNS y los CSUR Sugerimos establecer mecanismos de trazabilidad pública más claros que expliquen el criterio técnico-clínico y de coste-efectividad utilizado para la inclusión, modificación o exclusión de cada técnica, tecnología o procedimiento en los anexos, reforzando así la gobernanza y la equidad interterritorial en el acceso a la alta especialización.	Se agradece el comentario. El proceso de tramitación de las ordenes de actualización de los anexos en algunas ocasiones se ha dilatado por encima del año, pero se está trabajando en los órganos de coordinación para garantizar una actualización periódica anual de los anexos. Los costes medios por APR-GRD que se recogen en los anexos I, II.B y III.B de la orden, son los costes medios últimos disponibles definitivos, proporcionado por la Subdirección General de Información Sanitaria del Ministerio de Sanidad, resultantes del proyecto de estimación de pesos y costes hospitalarios del SNS, calculados sobre la base de los datos de gasto hospitalario notificados por los hospitales a través de la Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. La metodología utilizada para su cálculo se encuentra disponible en la web del Ministerio de Sanidad: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/anaDesarrolloGDR.htm Se trasladará la propuesta para su posible valoración o análisis en los grupos de trabajo correspondientes de la Subdirección General de Información Sanitaria. Las actualizaciones del anexo III se motivan en la MAIN en relación con el procedimiento de designación de CSUR establecido en el Real Decreto 1302/2006, de 10 de noviembre.

