



PRIMERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTION PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE LA UNIDAD EJECUTORA HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD



Conste por el presente documento, la Segunda Adenda al **Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud** que celebran de una parte la **Unidad Ejecutora HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS (1570)**, con RUC N° 20139776403, con domicilio Av. Grau N° 854, Distrito de La Victoria, Provincia y Departamento de Lima, debidamente representado por su Director General, **CARLOS ALFONSO BADA MANCILLA**, identificado con DNI N° 06782561, designado mediante Resolución Ministerial N° 479-2012/MINSA de fecha 08/06/2012, a quien en adelante se le denominará **UNIDAD EJECUTORA**; y de la otra parte, el **SEGURO INTEGRAL DE SALUD** con RUC N° 20505208626, con domicilio en Av. Carlos Gonzáles N° 212, Urb. Maranga, distrito de San Miguel, Provincia y Departamento de Lima, debidamente, representado por su Jefe, **PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS**, identificado con DNI N° 09644064, designado mediante Resolución Suprema N° 014-2013-SA, al que en adelante se denominará **SIS**; de acuerdo a los términos y condiciones siguientes:

I. CLÁUSULA PRIMERA: ANTECEDENTES

- 1.1. En el año 2014, el SIS y la UNIDAD EJECUTORA, celebraron el Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud.
- 1.2. La Clausula Décimo Octava del Convenio, establece que las partes podrán de mutuo acuerdo, modificar este convenio mediante la suscripción de adendas, cuando lo estimen conveniente para el cumplimiento del mismo.
- 1.3. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones a través del Informe N° 001-2015-SIS-GREP-MSCH-GYMCH, propone la inclusión de indicadores de monitoreo al "CONVENIOS de GESTION PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE EL SIS, LAS UNIDADES EJECUTORAS E INSTITUTOS Y HOSPITALES ESPECIALIZADOS", durante el año 2015.

II. CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADENDA



El SIS y la UNIDAD EJECUTORA, en virtud a lo indicado en el numeral 1.3 de la presente Adenda del Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud, consideran la necesidad de evaluar la calidad de la atención resolutive, a través de los siguientes Indicadores Prestacionales:

- Se modifica el numeral 12.3. de la **CLAUSULA DECIMO SEGUNDA: DEL MONITOREO DE LAS PRESTACIONES.**

- IPM 01:** Porcentajes de Prestaciones observadas por PEA
- IPM 02:** Porcentaje de Prestaciones rechazadas por PCPP



Asimismo, las partes acuerdan modificar los siguientes numerales:





➤ Adicionar a la CLÁUSULA SEGUNDA: DEFINICIONES Y ACRÓNIMOS

Cobros Indebidos

Son los cobros que realiza el prestador a un asegurado del SIS, en relación a las prestaciones financiadas por el SIS a través del pago de la cápita, Están incluidos los medicamentos (contemplados dentro del Petitorio Nacional, o aprobados por el Comité Farmacológico, o aquellos que el establecimiento los tenga en stock), insumos y procedimientos asistenciales y administrativos (referentes al SIS exclusivamente) que la prestación demande.

SUSALUD: Superintendencia Nacional de Salud.



➤ Adicionar a la CLAUSULA TERCERA: BASE LEGAL

- 4.31. Ley N° 30281, Ley de Presupuesto del Sector Publico para el Año Fiscal 2015. Decreto Supremo N° 030-2014-SA que aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, que aprueba Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.3.2. Decreto Legislativo N° 1164 que establece disposiciones para la Extensión de la Cobertura Poblacional del Seguro Integral de Salud en Materia de Afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado.
- 4.3.4. Decreto Supremo N° 030-2014-SA, que Aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1163, que Aprueba las Disposiciones para el Fortalecimiento del Seguro Integral de Salud.
- 4.3.5. Decreto Supremo N° 020-2014-SA, que aprueba Texto Único Ordenado de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud.
- 4.3.6. Resolución Ministerial N°0207-2009/MINSA que Aprueba el Documento Técnico "Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015"
- 4.3.7. Resolución Ministerial N°279-2009/MINSA, que aprueba la NTS N° 078-MINSA/FGE Norma Técnica de Salud que establece el subsistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica Perinatal y Neonatal.
- 4.3.8. Resolución Ministerial N° 0142-2007/MINSA que Aprueba el Documento Técnico Estándares i Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con las funciones Obstétricas y Neonatales.
- 4.3.9. Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA que aprueba la Guía Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive.



III. CLAUSULA TERCERA: EVALUACION DE INDICADORES

La evaluación de cumplimiento de Indicadores, tal como establece los Anexos N° 01 al 05, está a cargo de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.

LOS INDICADORES A EVALUAR

- IPM 01** Porcentajes de Prestaciones observadas por PEA **ANEXO N° 01**
- IPM 02** Porcentaje de Prestaciones rechazadas por PCPP **ANEXO N° 02**



IV. CLAUSULA CUARTA: BOLSA DE SERVICIOS

Los servicios prestados por la Unidad Ejecutora, así como el monto proyectado a ser transferido se detallan en el **Anexo N° 03**.

V. CLÁUSULA QUINTA: DE LA REPETICION JUDICIAL

El SIS a través de la Procuraduría Pública respectiva, puede repetir judicialmente contra la **UNIDAD EJECUTORA**, cuando a través de sus profesionales de la salud, ocasione daños en la salud de los asegurados de los Regímenes de Financiamiento Subsidiado o Semicontributivo.

Lo indicado en el párrafo anterior es independiente de las responsabilidades administrativas y penales a que hubiera lugar.

VI. CLÁUSULA SEXTA: DEDUCCION POR INCUMPLIMIENTO

Cuando el asegurado haya realizado gasto de bolsillo fuera de la IPRESS debido a que éste no contaba con los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos, Productos Sanitarios, procedimientos de apoyo diagnóstico u otro insumo necesario para brindar una atención integral, completa, oportuna y de calidad, el SIS está facultado para deducir, de las transferencias financieras, monto que el asegurado ha incurrido en gasto para complementar su atención de salud.

VII. CLAUSULA SETIMA: DE LA DEVOLUCIÓN DE COBROS INDEBIDOS

Cuando el SIS determine cobros indebidos por parte de las IPRESS públicas, éste a través de la Unidad Ejecutora correspondiente está obligado a hacer la devolución del dinero al asegurado en un plazo de quince (15) días calendario a partir de la notificación, caso contrario será deducido de la siguiente transferencia financiera, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles y/o penales a que hubiera lugar.

VIII. CLAUSULA OCTAVA: VIGENCIA Y CONTINUIDAD DE LAS ESTIPULACIONES

Lo estipulado en la presente Adenda entrará en vigencia desde la fecha de suscripción. Ambas partes declaran que los demás términos y condiciones del Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud se mantienen vigentes e inalterables en cuanto no se oponga a la presente Adenda.

En fe de lo cual, los representantes legalmente autorizados, firman la presente Adenda en tres ejemplares de igual tenor y validez legal, en la ciudad de Lima a los 28 días del mes de abril de 2015.

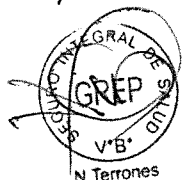


[Handwritten signature of Carlos Alfonso Bada Mancilla]

CARLOS ALFONSO BADA MANCILLA
Director
Hospital de Emergencias Pediátricas

[Handwritten signature of Pedro Fidel Grillo Rojas]

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe Institucional
Seguro Integral de Salud





PERÚ

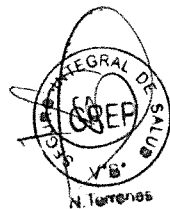
Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

DECENIO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PERU
"Año de la Diversificación Productiva y del Fortalecimiento
de la Educación"

ANEXO N° 01

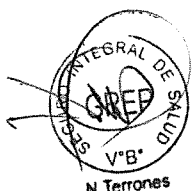
FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable Seguro Integral de Salud Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	I.P. 01	Nombre del indicador Porcentaje de prestaciones observadas por PEA
Definición del indicador Porcentaje de prestaciones que son observadas por reglas de validación automáticas.		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito Medir el grado de cumplimiento del adecuado registro, estándares de calidad, oportunidad e integralidad de las prestaciones del segundo y tercer nivel de atención financiadas por el SIS.		
Justificación Al ser una IAFAS, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la prestación. A la vez es necesario incorporar un mecanismo que permita monitorear la pérdida de fondos por prestaciones observadas con el riesgo de desfinanciar las prestaciones.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas de producción anual por EESS de II y III nivel x 100 N° Total Prestaciones brutas registradas anualmente por EESS de II y III nivel		Numerador N° Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas de producción anual x 100 por EESS de II y III nivel Denominador N° Total Prestaciones brutas registradas anualmente por EESS de II y III nivel
Supuestos Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por el SIS en relación a prestaciones de salud. Se espera que para el 2015 haya una disminución del número de prestaciones observadas por Reglas de Validación con respecto al año anterior. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo SIASIS.		Representatividad En su ámbito de evaluación
Niveles de desagregación Regional, categoría de los establecimientos, establecimiento de salud.		Frecuencia de medición Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos SIASIS		
Responsable de los datos e información Recopilación de datos Puntos de digitación (ARFSIS y SIASIS) Procesamiento de datos OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS.		
Comentarios Técnicos Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia el resultado de las prestaciones observadas en el periodo de Enero a diciembre 2014 de cada establecimiento de II y III nivel de atención.		





ANEXO N° 02

FICHA TECNICA MATRIZ DE INDICADORES ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Area Responsable
		Seguro Integral de Salud
		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Codigo	I.P. 02	Nombre del indicador
		Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP
Definición del indicador		
Mide el Porcentaje de prestaciones rechazadas por PCPP		
2. Relevancia del Indicador		
Propósito		
Contribuir a mejorar la calidad de registro de las prestaciones en el FUA, así como la calidad de la atención brindada a los asegurados SIS.		
Justificación		
Al ser una IAFAS, el SIS debe realizar control prestacional a las prestaciones a fin de salvaguardar la calidad de la prestación. A la vez es necesario incorporar un mecanismo que permita monitorear la pérdida de fondos por prestaciones rechazadas con el riesgo de desfinanciar las prestaciones.		
3. Aspectos metodológicos de la estimación del indicador		
Cálculo del Indicador		Numerador
N° acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención x 100		N° acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención x 100
N° acumulado de prestaciones rechazadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención x 100		Denominador
N° acumulado de prestaciones evaluadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención		N° acumulado de prestaciones evaluadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención
Supuestos		Representatividad
Se asume que se debe cumplir la normativa emitida por el SIS en relación a prestaciones de salud. Se espera que para el 2015 haya una disminución del número de prestaciones rechazadas por PCPP con respecto al año anterior. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo SIASIS. Cabe señalar que de igual manera, las Gerencias Macroregionales/ UDRs deben cumplir con el número de visitas establecidas en la normativa vigente (R.J. N° 170-2012/SIS), la cual indica que como mínimo se tienen que realizar dos visitas año en EESS de II y III nivel de atención.		En su ámbito de evaluación
Niveles de desagregación		Frecuencia de medición
Regional, categoría de los establecimientos, establecimiento de salud.		Anual
4. Fuente de datos y flujo de la información		
Fuente de datos		
SIASIS		
Responsable de los datos e información		
Recopilación de datos		
Puntos de digitación (ARFSIS y SIASIS)		
Procesamiento de datos		
OGTI - SIS		
5. Determinación de valores y referencias adicionales		
Ver ANEXO N° 02 INDICADORES DEL CONVENIO		
Resolución Jefatural N° 170-2012/SIS.		
Comentarios Técnicos		
Para el cálculo del valor basal se ha tomado como referencia el resultado de las prestaciones rechazadas por PCPP en el periodo de Enero a diciembre 2014 de cada establecimiento de II y III nivel de atención.		





ANEXO N° 003

TRANSFERENCIA AL HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS (1570)

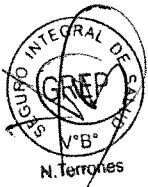
El monto proyectado a transferir, será destinado para el financiamiento de las prestaciones de salud, contenidas en el Plan de Beneficios del SIS, correspondiente al Ejercicio Fiscal 2015.

Dicho monto, asciende a:

S/. 6,442,528.00
(Seis millones cuatrocientos cuarenta y dos mil quinientos veintiocho Nuevos Soles)

**HOSPITAL DE EMERGENCIAS PEDIATRICAS - IGSS (1570)
CARTERA DE SERVICIOS**

CÓDIGO DE SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO	CANTIDAD DE ATENCIONES
052	Internamiento con intervención quirúrgica del RN	3
056	Consulta externa	1,548
062	Atención por emergencia	4,030
063	Atención por emergencia con observación	4,618
064	Intervención medico-quirúrgica ambulatoria	190
065	Internamiento en EESS sin intervención quirúrgica	783
	Internamiento con intervención quirúrgica mayor / menor	517
068	Internamiento en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	255
071	Apoyo al diagnóstico	794
111	Asignación por Alimento	41
TOTAL DE ATENCIONES		12,778



Fuente: SIS -GNF

La tabla muestra la proyección estimada, en relación a la cartera de servicios a financiar para el presente año fiscal, en el Marco del Convenio de Pago Pre Liquidado.