



PRIMERA ADENDA AL CONVENIO DE GESTION PARA EL FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD SUSCRITO ENTRE LA UNIDAD EJECUTORA INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO Y EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Conste por el presente documento, la Primera Adenda al **Convenio de Gestión para el Financiamiento de Servicios de Salud** que celebran de una parte la **Unidad Ejecutora INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO (1563)**, con RUC N° 20131368403, con domicilio Av. Brasil N° 600, Distrito de Breña, Provincia y Departamento de Lima, debidamente representada por su Directora General, **ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA**, identificada con DNI N° 06080029, designada mediante Resolución Jefatural N° 50-2015/IGSS de fecha 06/03/2015, 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.



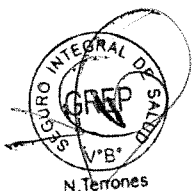
II. CLÁUSULA SEGUNDA: OBJETO DE LA ADENDA

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

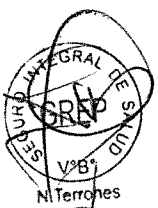
Son los cobros que realiza el prestador a un asegurado del SIS, en relación a las prestaciones financiadas por el SIS a través del pago de la cápita, Están incluidos los medicamentos (contemplados dentro del Petitorio Nacional, o aprobados por el Comité Farmacológico, o aquellos que el establecimiento 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**





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"

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.

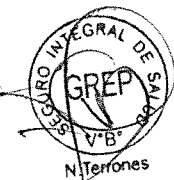
VII. CLAUSULA SETIMA: DE LA DEVOLUCIÓN DE COBROS INDEBIDOS

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.



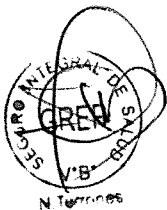
ALFONSO JUAN TAPIA BAUTISTA
Director
Instituto Nacional de Salud del Niño

PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe Institucional
Seguro Integral de Salud



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		Numerador
$\frac{\text{Total de Prestaciones Observadas por Reglas de Validación Automáticas de producción anual por EESS de II y III nivel} \times 100}{\text{N}^\circ \text{ Total Prestaciones brutas registradas anualmente por EESS de II y III nivel}}$		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		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 observadas por Reglas de Validación con respecto al año anterior. Solo se considera para evaluación las prestaciones registradas en el aplicativo SIASIS.		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° 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.		





PERÚ

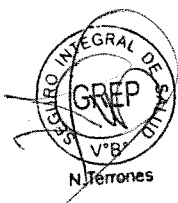
Ministerio de Salud

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° 02

FICHA TECNICA		Area Responsable
MATRIZ DE INDICADORES		Seguro Integral de Salud
ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD		Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones
1. Datos de identificación del Indicador		
Código	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 evaluadas por PCPP por año en EESS de II y III nivel de atención		Denominador
		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 Macrorregionales/ 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° 03

TRANSFERENCIA AL INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO (1563)

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/. 17,911,239.00

(Diecisiete millones novecientos once mil doscientos treinta y nueve Nuevos Soles)



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD DEL NIÑO - IGSS (1563)
CARTERA DE SERVICIOS

CÓDIGO DE SERVICIO	NOMBRE DEL SERVICIO	CANTIDAD DE ATENCIONES
051	Internamiento del RN con patología no quirúrgica	63
052	Internamiento con intervención quirúrgica del RN	45
053	Tratamiento de VIH-SIDA en niños y adolescentes	1,107
056	Consulta externa	31,493
062	Atención por emergencia c/s observación	7,363
064	Intervención medico-quirúrgica ambulatoria	501
065	Internamiento en EESS sin intervención quirúrgica	2,193
066	Internamiento con intervención quirúrgica menor	199
067	Internamiento con intervención quirúrgica mayor	1,216
068	Internamiento en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)	181
070	Atención odontológica especializada	1,258
071	Apoyo al diagnóstico	188
TOTAL DE ATENCIONES		45,806

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.

