



MINISTERIO DE SALUD



N° 190 -2013/SIS

RESOLUCION JEFATURAL

Lima, 03 OCT 2013

VISTOS: El Proveído N° 224-2013-SIS/GREP de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones y el Proveído N° 559-2013-SIS/OGAJ de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

CONSIDERANDO

Que, el Seguro Integral de Salud (SIS), es un Organismo Público Ejecutor adscrito al Ministerio de Salud, creado mediante Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud, con la misión de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud individual, de conformidad con la política del Sector;

Que, el artículo 13° del Reglamento de la Ley N° 27657, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2002-SA, establece que el Jefe del Seguro Integral de Salud, debe diseñar, rediseñar y mejorar continuamente los procesos del SIS, concordante con el numeral 11.5 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que faculta al Jefe de la Entidad a aprobar normas, directivas, procedimientos y actividades que posibiliten el cumplimiento de los objetivos institucionales;

Que, el artículo 3° de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, establece que el aseguramiento universal en salud es un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud que le permita acceder a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y de dignidad sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS);

Que, el artículo 7° de la Ley N° 29344 constituye al Seguro Integral de Salud (SIS) en una Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS), encargada de administrar los fondos destinados al financiamiento de prestaciones de salud u ofrecer coberturas de riesgos de salud a sus afiliados;

Que, el artículo 4° del Reglamento de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, aprobado mediante Decreto Supremo N° 008-2010-SA, establece que las IAFAS pueden contratar prestaciones libremente con los prestadores de servicios de salud, sean privados, públicos o mixtos; asimismo, el literal g) del artículo 11° asigna a las IAFAS la función de establecer y realizar procedimientos para controlar las prestaciones de salud, en forma eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados por las IPRESS conforme a las condiciones pactadas; y el artículo 19° de este mismo Reglamento precisa que las IAFAS tienen libertad para contratar con las IPRESS de su elección para la conformación de sus redes de prestación de servicios de salud;

Que, el numeral 32.5 del artículo 32° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA, establece que corresponde a la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, proponer políticas y mecanismos de control de las prestaciones financiadas por los regímenes Subsidiado y Semicolaborativo y el cumplimiento de las garantías, normas e instrucciones que dicte el Ministerio de Salud, tanto por parte de los prestadores, como de los beneficiarios, con los cuales el SIS tenga convenios o contratos;

Que, mediante Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS se aprobó la Directiva N° 002-2011-GO "Directiva que Regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud", en cuyo ámbito de aplicación comprende a "proveedores privados que brindan servicios de salud autorizados por el SIS";



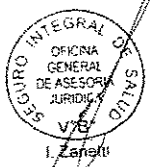
F. Grillo



V. Chávez B.



N. Torres



I. Zapata



C. AGUIRRE

Que, conforme al documento de vistos la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones sustenta la necesidad de contar con un instrumento normativo que regule y estandarice los procesos de control y validación prestacional en el marco de los convenios y contratos que se suscriban con las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) privadas o mixtas, independientemente de los alcances de la Directiva N° 002-2011-GO, aprobada por Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS;

Con el visto bueno de la Secretaría General, de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones, de la Gerencia de Negocios y Financiamiento, de la Oficina General de Administración de Recursos, de la Oficina General de Tecnología de la Información y con la opinión favorable de la Oficina General de Asesoría Jurídica;

De conformidad a lo establecido en el numeral 11.8 del artículo 11° del Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 011-2011-SA;

SE RESUELVE:



Artículo 1°.- Aprobar la Directiva Administrativa N° 002-2013-SIS/GREP "Directiva Administrativa que Regula los Procesos de Validación Prestacional a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Privadas y Mixtas" y sus Anexos que forman parte integrante de la presente Resolución.

Artículo 2°.- Modificar el rubro 3. Ámbito de Aplicación de la Directiva N° 002-2011-GO "Directiva que Regula los Procesos de Validación Prestacional del Seguro Integral de Salud", aprobada por Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS, con el texto siguiente:

(...)

"3. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos: Seguro Integral de Salud y sus Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) a nivel nacional, Direcciones Regionales de Salud (DIREAS), Direcciones de Salud (DISAS) y Establecimientos de Salud en general, incluyendo a las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS)."

Artículo 3°.- Encargar a la Gerencia de Negocios y Financiamiento y a la Oficina General de Administración de Recursos para que en el plazo de quince (15) días hábiles posteriores a la vigencia de la presente Resolución Jefatural elaboren el proyecto de Directiva sobre el Proceso de Valorización y Pago a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Privadas y Mixtas.

Artículo 4°.- Encargar a la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones la coordinación de las acciones necesarias para la implementación y ejecución de la Directiva aprobada en el Artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 5°.- Encargar a la Secretaría General, la publicación de la presente Resolución en el Diario Oficial "El Peruano" y la coordinación con la Oficina General de Tecnología de la Información para la publicación de la Resolución Jefatural, de la Directiva y de los Anexos en la página Web del Seguro Integral de Salud.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese.




PEDRO FIDEL GRILLO ROJAS
Jefe del Seguro Integral de Salud





PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

MINISTERIO DE SALUD

SEGURO INTEGRAL DE SALUD



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE
VALIDACIÓN PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS
DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

OCTUBRE, 2013



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE VALIDACIÓN PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

Jefe del SIS

Dr. Pedro Fidel Grillo Rojas

Jefe Adjunto

Lic. Julio Acosta Polo

Gerente de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones

Med. Nilda Terrones Valera

Equipo Técnico

Med. Marianela Silva Chicoma

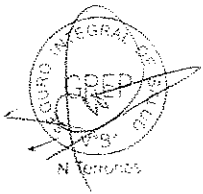
Med. Leisy Vega Saavedra



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE VALIDACIÓN PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

ÍNDICE

I. FINALIDAD	04
II. OBJETIVO	04
III. ÁMBITO DE APLICACIÓN	04
IV. BASE LEGAL	04
V. DISPOSICIONES GENERALES	05
VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS	06
VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS	08
VIII. DISPOSICIÓN TRANSITORIA	09
IX. DISPOSICIONES FINALES	09
X. RESPONSABILIDADES	09
XI. ANEXOS	10



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE VALIDACIÓN PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

I. FINALIDAD

Garantizar la adecuada evaluación y control de las prestaciones brindadas por las IPRESS privadas o mixtas a los asegurados del Seguro Integral de Salud en el marco de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

II. OBJETIVO

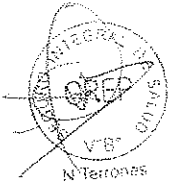
Definir los procedimientos mínimos para la validación de las prestaciones brindadas por las IPRESS privadas o mixtas a los asegurados del Seguro Integral de Salud.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva es de aplicación obligatoria en los siguientes organismos: Seguro Integral de Salud y sus Unidades Desconcentradas Regionales (UDR) a nivel nacional, Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas y mixtas que reciban financiamiento del Seguro Integral de Salud, con las cuales se hayan suscrito convenios/contratos.

IV. BASE LEGAL

- 4.1. Ley N° 26842 – Ley General de Salud.
- 4.2. Ley N° 27604 – Ley que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.3. Ley N° 27657 – Ley del Ministerio de Salud.
- 4.4. Ley N° 29344 – Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.5. Ley N° 29761 – Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.6. Ley N° 29951 – Ley del Presupuesto del Sector Público para el año fiscal 2013.
- 4.7. Decreto Supremo N° 016-2002-SA, que aprueba el Reglamento de Ley N° 27604, Ley que modifica la Ley General de Salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en casos de emergencias y partos.
- 4.8. Decreto Supremo N° 016-2009-SA, que aprueba el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS).
- 4.9. Decreto Supremo N° 008-2010-SA, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
- 4.10. Decreto Supremo N° 011-2011-SA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Seguro Integral de Salud.
- 4.11. Decreto Supremo N° 007-2012-SA, que faculta al Seguro Integral de Salud a sustituir el Plan de Beneficios aprobado por Decreto Supremo N° 004-2007-SA por el PEAS y sus Planes Complementarios.
- 4.12. Resolución Jefatural N° 152-2011/SIS, que modifica el numeral 10.5 de la Resolución Jefatural N° 056-2011/SIS, donde se indica que para las prestaciones realizadas en el marco de convenios o contratos que el SIS suscriba con los establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo públicos, privados o mixtos, el proceso de validación prestacional se registrará bajo los mecanismos de control establecidos por el SIS para tal fin.



- 4.13. Resolución Jefatural N° 153-2011/SIS, dispone que el registro de las prestaciones que se realiza dentro del marco de convenios o contratos que el SIS suscriba con IPRESS se registrará bajo lo estipulado en las cláusulas de dichos convenios.

V. DISPOSICIONES GENERALES

5.1. Definiciones Operativas

5.1.1. Fecha de Corte:

Es la fecha hasta la cual comprende la producción de atenciones remitidas al Seguro Integral de Salud. El lapso de cada corte es determinado en acuerdos o dentro de las cláusulas de los Contratos / Convenios firmados con las IPRESS.

5.1.2. Formato de Atención:

Son los datos en físico y/o magnético requeridos, el cual contiene el código único de registro de la atención y la información de las prestaciones brindadas que servirán para el proceso de validación y control de las prestaciones y su posterior pago.

Los datos que contendrán estarán basados en la información de los registros del FUA vigente y aprobado por el SIS, así como de otra información según el tipo de prestación que se brinde acordada según Contrato/Convenio.

Esta información será ingresada a las bases de datos del Seguro Integral de Salud a través de los procedimientos y/o Sistemas de Información implementados por la OGTI-SIS o por el prestador en coordinación con la OGTI-SIS.

5.1.3. Trama de datos:

Son los datos de las prestaciones de salud bajo una estructura específica de datos, coordinada entre el Seguro Integral de Salud y la IPRESS en el marco de cada convenio / contrato.

5.1.4. Puntos de Digitación:

Son todas aquellas instancias que digitan los formatos de atenciones en los aplicativos autorizados por el Seguro Integral de Salud.

5.1.5. Proceso de Validación Prestacional

Es el proceso de control que realiza el Seguro Integral de Salud para determinar la validez de la prestación brindada para efectos de pago.

5.1.6. Reglas de Consistencia.

Criterios mínimos en el registro de las prestaciones que actúan como filtro de control para el ingreso de datos consistentes a los Sistemas de Información del Seguro Integral de Salud.

5.1.7. Reglas de Validación

Son las aplicadas a las atenciones a ser evaluadas en el proceso de validación prestacional en base a algoritmos desarrollados.

- **Reglas de Validación Automática**, las que son aplicadas en los Sistemas de Información del Seguro Integral de Salud.
- **Reglas de Validación por Supervisión Médica**, Esta actividad será realizada a las prestaciones que han pasado las reglas de consistencia y validación, la misma que será ejecutada por los Médicos Supervisores de las UDRs o de la GREP-SIS o por profesionales de la salud que no son médicos (los cuales estarán previamente autorizados por la GREP-



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE VALIDACIÓN PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

SIS), de acuerdo al tipo de prestación brindada y al convenio / contrato firmado.

5.1.8. Prestaciones Observadas (PO):

Son aquellas prestaciones que no han superado los procesos de validación prestacional, las mismas que no serán reembolsadas. Estas prestaciones podrán ser reconsideradas si son debidamente sustentadas por el prestador.

5.1.9. Código de Observación:

Es el código que identifica el motivo de observación correspondiente a un determinado criterio.

5.1.10. Prestaciones No Observadas (PNO):

Son aquellas prestaciones que han cumplido con los estándares mínimos establecidos, las mismas que podrán ser reembolsadas.

5.1.11. Proceso de Reconsideración:

Proceso por el cual las IPRESS levantan las observaciones de las prestaciones observadas que tengan el sustento adecuado, para que puedan ser sujetas de pago.

El SIS podrá solicitar a la IPRESS el sustento, incluso mediante un informe si el caso lo amerita.

VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

6.1. De las Reglas de Consistencia:

- La OGTI-SIS revisará los registros de datos de las prestaciones realizadas por la IPRESS enviadas en la trama o ingresadas en los Sistemas de Información del Seguro Integral de Salud. En caso los registros revisados superen las reglas de consistencia se comunicará la conformidad tanto a la GREP-SIS como a la IPRESS para continuar con el proceso.
- En caso exista un registro que no supere las reglas de consistencia la información será devuelta a la IPRESS para su corrección.

6.2. Proceso de Evaluación (PE):

6.1.1. Etapas de Supervisión Automática:

- La OGTI aplica las reglas de validación a los datos de las prestaciones a ser evaluadas.
- Las reglas de validación serán aplicadas al total de prestaciones que hayan superado las reglas de consistencia. Las Reglas de Validación a aplicar se darán según prestaciones a brindar descritas en acuerdos o como parte de las cláusulas del contrato o convenio.
- Luego de este proceso, la OGTI comunica a la GREP sobre la disponibilidad de información para el siguiente proceso.
- Las prestaciones que no superen la supervisión automática se les asignará un código de observación específico por no cumplir las reglas de validación implementadas en el SIASIS, luego serán comunicadas por la OGTI-SIS a la IPRESS como reporte de prestaciones observadas por sistema informático (no sujetas de pago).
- La IPRESS podrá solicitar la reconsideración de las prestaciones observadas.



6.1.2. Etapa de Supervisión Médica

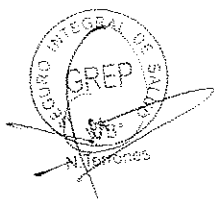
Supervisión Médica Electrónica (SME).

- Esta actividad se realizará a las prestaciones que estén como no observadas por reglas de validación.
- Una vez que OGTI comunica la conformidad de las prestaciones que pasaron por las reglas, a la GREP y a la IPRESS, esta última estará apta para enviar al SIS los expedientes en físico a evaluar (podrán ser el 100% de expedientes o una muestra determinada por la GREP).
- Esta etapa será realizada por los Médicos Supervisores de las UDRs o Gerencias Macrorregionales. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones asumirá la SME de las prestaciones brindadas en las regiones en donde no haya médico supervisor.
- Si durante la evaluación dicho profesional detecta prestaciones no conformes (lo que no se ajustan a reglamentos, normas técnicas de salud, documentos técnicos, directivas y otros relacionados a las prestaciones SIS y que se encuentren vigentes) se procederá a la observación de la prestación, asignándosele un código de observación; las IPRESS podrán posteriormente solicitar la Reconsideración.
- Los médicos supervisores del SIS, estarán en la posibilidad de visitar la IPRESS y revisar presencialmente las prestaciones durante la etapa de Supervisión Médica.
- Se le comunica a la IPRESS sobre el resultado (prestaciones no observadas y observadas), y según el caso, podrán pasar al siguiente proceso.

Supervisión Médica Manual (no cuentan con formatos de atención digitalizados)

- La IPRESS remite a la GREP-SIS los expedientes en físico de las prestaciones de la trama que superaron las reglas de validación y consistencia. Estos expedientes deberán ser presentados conforme la siguiente especificación:
 - Ordenados correlativamente por N° de código del registro (recibo o la que haga sus veces) de cada atención.
 - Con copia de la Historia Clínica y/o de la orden/solicitud¹ de los procedimientos de ayuda diagnóstica y sus resultados.
 - Con la firma y sello del responsable de la atención.
 - Con la firma, DNI y huella del paciente.
 - Con el reporte magnético consolidado de los expedientes (en CD).
 - De haber inconsistencias en los expedientes en físico con lo reportado en magnético, la GREP-SIS devolverá los expedientes a la IPRESS.
- Este proceso durará en promedio cinco días hábiles. Para su inicio, se debe contar obligatoriamente con el aviso de OGTI que las prestaciones pasaron por las Reglas de Consistencia y/o Validación y están conformes para la Supervisión Médica y que los expedientes a evaluar se encuentren en manos de los médicos supervisores.
- Si durante la evaluación de los expedientes en físico, dicho profesional detecta prestaciones no conformes (lo que no se ajustan a reglamentos, normas técnicas de salud, documentos técnicos, directivas y otros relacionados a las prestaciones SIS y que se encuentren vigentes) se procederá a la observación de la prestación, asignándosele un código de observación. La IPRESS podrá solicitar posteriormente la Reconsideración.

¹ Para el caso de asegurados SIS que requieran sólo apoyo al diagnóstico o procedimientos (no consulta externa), es factible reconocer las órdenes/solicitudes siempre que éstas hayan sido emitidas por la IPRESS que tenga convenio/contrato con el Seguro Integral de Salud.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE VALIDACIÓN PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

- Se le comunicará a la IPRESS sobre el resultado de las prestaciones observadas, las cuales serán verificadas y podrán pasar al siguiente proceso.

6.1.3. Culminación del Proceso de Evaluación (PE)

- Luego de culminado el proceso de supervisión médica, los médicos supervisores remiten los resultados de sus evaluaciones a la GREP vía correo electrónico y con una nota informativa devolviendo los expedientes en físico evaluados.
- La información del periodo evaluado es consolidada por la GREP y remitida a la OGTI (para que inicie los procesos de valorización) y a la IPRESS para conocimiento de las prestaciones observadas.
- Las prestaciones observadas podrán pasar por el proceso de reconsideración.

6.3. Proceso de Reconsideración

- La IPRESS remite al SIS una solicitud de reconsideración de las prestaciones observadas, que consideren aptas para ser reconsideradas, con un reporte (en físico y magnético) y los sustentos de cada caso. La formulación de esta solicitud no excederá de los treinta (30) días hábiles después de comunicado los resultados de la supervisión médica.
- Los médicos supervisores de las UDR evaluarán en cinco (5) días hábiles los expedientes de reconsideración presentados por las IPRESS. Una vez concluida la evaluación, las prestaciones (en físico y magnético) serán remitidas a la GREP para su consolidación y posterior envío a OGTI para su valorización y a la IPRESS para conocimiento de los resultados de la reconsideración.

6.4. Sobre Periodicidad y plazos

- Las fechas y periodos de cortes para la evaluación de las prestaciones de salud será acordado entre el SIS y las IPRESS o descritos en cláusulas de sus contratos/convenios.
- Del mismo modo la periodicidad de entrega de los expedientes será acordado entre el SIS y las IPRESS.

VII. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

- 7.1 Las reglas de consistencia serán aplicadas en todos los casos; según la naturaleza de las prestaciones brindadas por la IPRESS, y de acuerdo al contrato/convenio establecido.
- 7.2 Las reglas de validación y supervisión médica podrán ser aplicadas según la naturaleza de las prestaciones brindadas por la IPRESS y de acuerdo al contrato/convenio establecido.
- 7.3 Los procesos de validación prestacional a aplicar según contrato/convenio, deberán ser puntualizadas a las IPRESS privadas o mixtas previas a su aplicación.
- 7.4 El SIS se reserva el derecho de realizar visitas de supervisión inopinadas a las instalaciones de las IPRESS con las cuales tenga convenio o contrato.
- 7.5 El SIS está facultado a realizar el Proceso de Control Presencial Posterior (PCPP) como parte de los procesos de control de las prestaciones a las IPRESS con las cuales tenga convenio o contrato, las mismas que deberán ser parte de la programación de visitas de PCPP de las UDR en cuya jurisdicción estén ubicadas dichas IPRESS. La adaptación de la normativa de PCPP se dará según las prestaciones de servicios de salud que se brinden.



VIII. DISPOSICIÓN TRANSITORIA

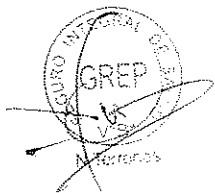
Mientras las IPRESS privadas o mixtas no hayan implementado el uso del formato de atención, éstas podrán registrar las prestaciones en los formatos que convencionalmente usan, según lo estipulado en los convenios o contratos.

IX. DISPOSICIONES FINALES

- 9.1. Los aspectos operativos no contemplados en la presente Directiva, podrán ser implementados mediante documento de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones.
- 9.2. Otros aspectos que no estén contemplados en la presente directiva podrán ser tratados según acuerdo entre el SIS y la IPRESS privada o mixta, y plasmada sea en Convenio/contrato u otros documentos de trabajo validados con las firmas de los representantes de cada institución.

X. DE LAS RESPONSABILIDADES

- 10.1. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones es responsable de brindar asistencia técnica para la implementación de los procedimientos descritos en la presente Directiva, en el marco de sus competencias.
- 10.2. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones es responsable de proponer los mecanismos que permitan realizar el seguimiento a las prestaciones revisadas en las Unidades Desconcentradas Regionales.
- 10.3. Las Gerencias Macrorregionales son las responsables de realizar el monitoreo y seguimiento de los procesos de validación establecidos en la presente Directiva y sus resultados. En tanto inicien sus actividades las Gerencias Macrorregionales, la Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones asumirá la misma.
- 10.4. La Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones, establecerá mediante documento las disposiciones complementarias que permitan la aplicación de la directiva, según sus competencias.
- 10.5. La Oficina General de Tecnología de la Información es responsable del diseño, desarrollo e implementación de los Sistemas de Información que soporten la ejecución de la presente directiva, así como de proveer de la base de datos de prestaciones para análisis y seguimiento.
- 10.6. Las Unidades Desconcentradas Regionales (UDR), tienen la responsabilidad de cumplir con las disposiciones de la presente directiva en el marco de sus competencias.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE VALIDACIÓN PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

XI. ANEXOS

- **ANEXO N° 01.** - Criterios Generales para la Validación Prestacional - Supervisión Médica - de las Atenciones SIS brindadas por IPRESS Privadas o Mixtas.
- **ANEXO N° 02.**- Proceso Validación Prestacional - IPRESS Privada/Mixtas.



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE VALIDACIÓN PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES
PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

ANEXO N° 01

CRITERIOS GENERALES PARA LA VALIDACIÓN PRESTACIONAL -
SUPERVISIÓN MÉDICA - DE LAS ATENCIONES SIS BRINDADAS POR IPRESS
PRIVADAS O MIXTAS²

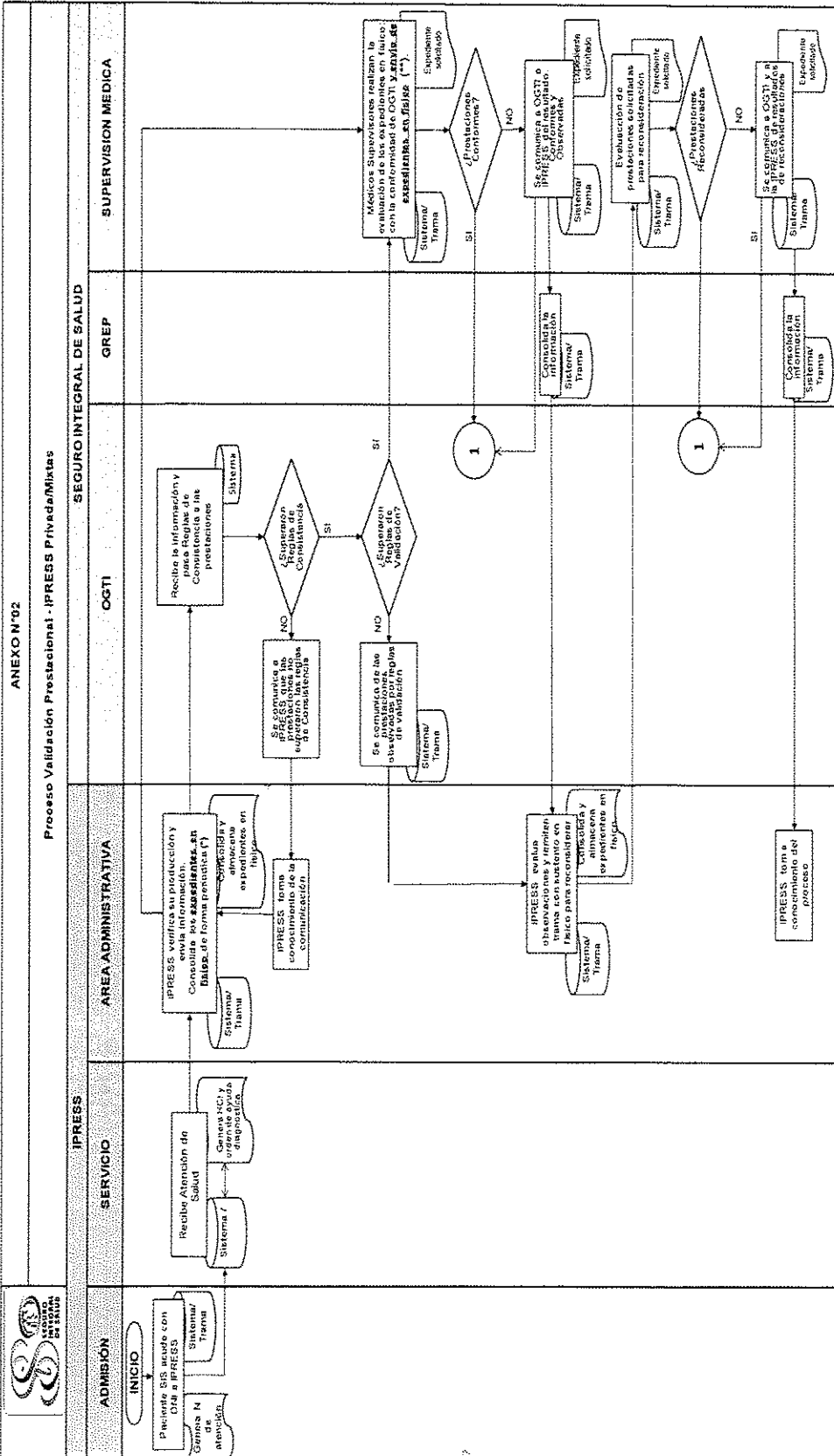
N°	CRITERIO	BREVE EXPLICACION
1	SIN EXPEDIENTE	Una vez recibido el Excel de atenciones de la IPRESS en la UDR se procederá a revisar que la prestación digitada en la trama se encuentre en físico y de no estarlo se observará la prestación y culminará la evaluación.
2	HISTORIA CLINICA ILEGIBLE Y/O INCOMPLETA Y/O CON ENMENDADURAS	Si la enmendadura/ilegibilidad no interfiere con la interpretación y comprensión de la prestación se dará por conforme, caso contrario se observará.
3	SIN RESULTADO DE LABORATORIO Y/O PROCEDIMIENTO	En caso sea una prestación reportada como Procedimiento y/o Laboratorio y no cuente con el resultado del mismo.
4	SIN FIRMA Y/O HUELLA DEL ASEGURADO	Ausencia de la firma y/o huella del asegurado en todos los documentos del expediente. Para los asegurados que no saben firmar, se validará la prestación con la huella digital, número de DNI y el profesional de salud deberá consignar la palabra: ANALFABETO, u otro término que acredite que el asegurado no sabe escribir.
5	SIN FIRMA Y/O SELLO DE MEDICO	Ausencia de la firma y/o sello del médico en todos los documentos del expediente que lo requiriese.
6	ORDEN MÉDICA NO FUE EMITIDA POR MINSA NI IPRESS	Sólo se permitirá órdenes médicas emitidas por atención realizada por profesionales de establecimientos MINSA/ Gobierno Regional e IPRESS con contrato/convenio, debidamente identificados con la firma y sello del médico y diagnóstico acorde.
7	ORDEN MÉDICA CON ANTIGÜEDAD MAYOR A 30 DIAS RESPECTO A LA PRESTACION	Las órdenes médicas válidas emitidas producto de la atención en IPRESS con contrato/convenio y establecimientos del MINSA/ Gobierno Regional debe tener una antigüedad máxima de un mes, caso contrario se observará.
8	DIAGNOSTICOS CON SIGLAS O ABREVIATURAS	Se podrá considerar el uso de siglas y/o abreviaturas estandarizadas siempre y cuando el supervisor SIS se encuentre seguro de su significado. En caso de no ser comprensible, se observará.
9	PRESTACION ENVIADA FUERA DE FECHA	Prestaciones que no corresponden al periodo de corte en evaluación serán observadas como "Prestación enviada fuera de fecha".
10	SIN SOLICITUD DE LABORATORIO Y/O PROCEDIMIENTO (ORDEN MÉDICA)	En caso se tenga que evaluar los resultados de exámenes de laboratorio y procedimientos y no cuenten con la orden médica emitida por profesionales de establecimientos MINSA/ Gobierno Regional e IPRESS con contrato/convenio, se procederá a observar.
11	RECETA MEDICA EMITIDA SIN DCI (SOLO MEDICAMENTO COMERCIAL)	Si se encuentra presente un medicamento de la receta que no haya sido emitido con DCI, se procederá a observar. La receta médica emitida por la IPRESS con contrato/convenio deberá estar acorde a la prestación brindada, caso contrario se observará toda la prestación.
12	DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO NO CONFORME A PRESTACION	Si no existe concordancia entre la anamnesis, el diagnóstico, el plan de trabajo (tratamiento indicado y procedimientos solicitados), se procederá a observar la consulta médica.
13	NO CUENTA CON BOLETA DE VENTA	Se refiere, en caso de estar establecido en el contrato / convenio, a la Boleta de venta emitida por la caja de la IPRESS, con monto valor de cero soles.
14	FIRMA Y/O SELLO NO CORRESPONDE AL RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO	Por ejemplo, cuando un personal técnico o no responsable de la atención solicita un procedimiento al paciente, sin tener las competencias del caso.
15	OTROS	ESPECIFICAR DE MANERA <u>DETALLADA, BREVE y CLARA, EL MOTIVO(S) DE OBSERVACION</u>



² Los criterios de observaciones presentadas en el cuadro no necesariamente se aplican a todas prestaciones brindadas por las IPRESS, pudiendo ser algunas de ellas obviadas de usar.

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA QUE REGULA LOS PROCESOS DE VALIDACION PRESTACIONAL A LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD (IPRESS) PRIVADAS Y MIXTAS

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 002-2013-SIS/GREP



(*): Puede darse la figura de usar el Formato de Atención y registro en los Sistemas Informáticos del SIS o por expedientes en físico.
 (**): Puede ser una muestra significativa, o dirigida o al 100% según determinación de la GREP.
 1 : Proceso de Valorización y Pago

