

TÉRMINOS DE REFERENCIA

SISTEMA DE VALORIZACIÓN Y PAGO DE PRESTACIONES DE SALUD Y ADMINISTRATIVAS

Código de Actividad POA: 3.4.5.2

1 ANTECEDENTES

El Seguro Integral de Salud (SIS), como Organismo Público Ejecutor (OPE), del Ministerio de Salud, tiene como finalidad proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud, priorizando en aquellas poblacionales vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema.

De esta forma, estamos orientados a resolver la problemática del limitado acceso a los servicios de salud de nuestra población objetivo, tanto por la existencia de barreras económicas, como las diferencias culturales y geográficas.

Pero el SIS también busca mejorar la eficiencia en la asignación de los recursos públicos e implementando instrumentos de identificación del usuario, priorizando el componente materno infantil.

Los Objetivos funcionales del SIS en el ámbito sectorial, son los siguientes:

- Construir un sistema de aseguramiento público sostenible que financie servicios de calidad para la mejora del estado de salud de las personas a través de la disminución de la tasa de morbilidad.
- Promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza.
- Implementar políticas que generen una cultura de aseguramiento en la población.

El mapa de los procesos actualmente identificados se muestra en el siguiente gráfico:

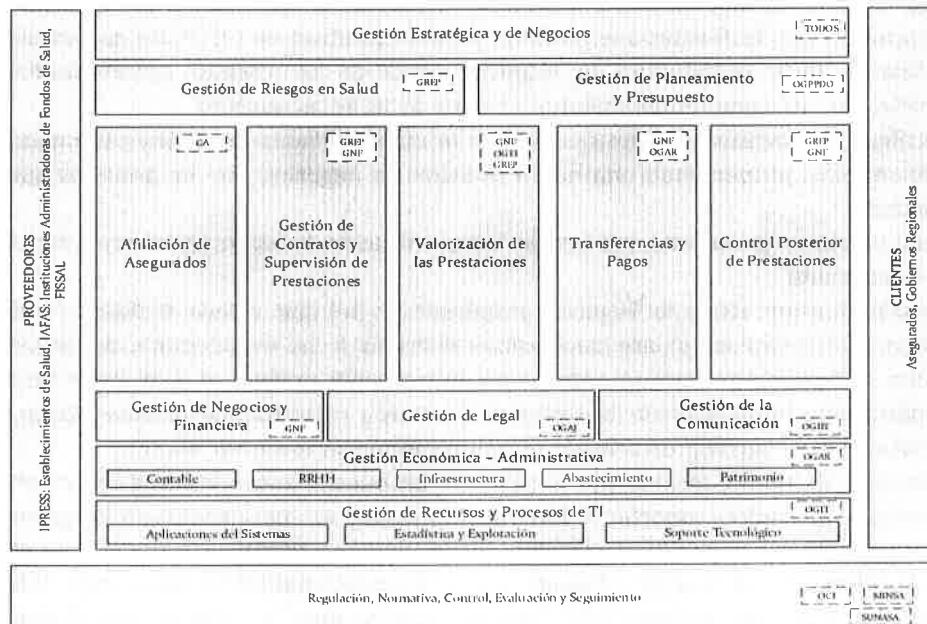


Ilustración 1: Mapa de Procesos - Nivel 0

La Gerencia de Negocios y Financiamiento, busca fortalecer e innovar los procesos para garantizar la protección financiera oportuna y suficiente de su población objetivo, fortalecer e innovar mecanismos de pago y los mecanismos de supervisión a los prestadores en la utilización óptima de los recursos transferidos por el SIS, según lo establecido en el Objetivo Estratégico N°2 del Plan Operativo Institucional 2014, aprobado con Resolución Jefatural N° 002-2014/SIS del 03 de enero 2014. Para tales propósitos dicha Gerencia busca implementar un Sistema de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas.

Buscar la protección financiera sostenible y oportuna para la población objetivo, es proponer y desarrollar un sistema de administración financiera de la IAFAS Pública Seguro Integral de Salud, mediante la ejecución de un Sistema de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativa, la cual enmarca un modelo de gestión que incluya: interrelación de sistemas, centralización normativa y descentralización operativa. La propuesta de este nuevo sistema de información buscara fortalecer la calidad de los registros, en especial de las intervenciones que son prioridades sanitarias del país, como es el Programa Presupuestal Articulado Nutricional y sus Productos Trazadores, entre ellos - Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED). Así el propio sistema, encadenara a los mecanismos de pagos y desembolsos, con las unidades operativas por atención primaria de salud. En tal escenario, se podría incentivar mejoras de la información de la producción de CRED y el pago de esta "prestación" a las unidades operativas.

2 OBJETIVOS DEL SERVICIO

Identificar la Arquitectura de Negocios actual del SIS – As Is -, la cual deberá ser revisada y optimizada - To Be - aplicando las mejores prácticas para la eficiente gestión de los servicios de salud.

La Arquitectura de Negocios - To Be - servirá como base para realizar el diseño de las Arquitecturas de Aplicaciones, de Datos y Tecnológica para un sistema de información modular el cual implementará la automatización e integración de los sistemas internos y externos relacionados a los procesos de Valorización, Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas de los servicios de salud del SIS.

Los objetivos específicos son los siguientes:

1. Realizar el estudio y análisis sobre la situación actual de las actividades de los procesos de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas del SIS (As Is), que considere la identificación de la Arquitectura de Negocios actual de los procesos automatizados y no automatizados, así como requerimientos a futuro de las áreas usuarias.
2. Especificar los procesos actuales y establecer las oportunidades de mejora y automatización de los mismos, proponiendo una nueva solución de negocios con los procesos que sean necesarios.
3. Definir la solución propuesta, que incluye la especificación de los requerimientos funcionales y no funcionales.
4. Desarrollar la Arquitectura de Negocios propuesta (To Be) que incluye el diseño funcional y prototípico, que servirá como base para realizar el diseño de las Arquitecturas de Aplicaciones, de Datos y Tecnológica para un sistema de información modular el cual implementará la automatización e integración de los sistemas internos y externos relacionados a los procesos de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas del SIS.
5. Desarrollar el diseño técnico de la solución propuesta que considere la arquitectura tecnológica que deberá soportar el Sistema propuesto y sus mecanismos de integración.
6. Elaborar los Términos de Referencia para el concurso que permita realizar el desarrollo del nuevo sistema de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas, se deberán detallar las bases del concurso y las condiciones que se deben establecer para el proceso de convocatoria.

3 FINALIDAD PÚBLICA

Poner a disposición del SIS el estudio que posibilite optimizar la Valorización de las Prestaciones y los mecanismos de Pagos y Transferencias a las Entidades Prestadoras de Salud.

4 ALCANCE DEL SERVICIO

El servicio deberá definir, diseñar y especificar las arquitecturas necesarias (negocio, aplicaciones, datos y tecnológica) para el desarrollo e implementación del Sistema de Información que permita optimizar y automatizar las actividades actuales de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas, que considere las expectativas de requerimientos futuros.

A continuación se muestran los procesos del SIS, actualmente identificados, y se resalta el ámbito del presente estudio.

Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas



Ilustración 2: Ámbito de Estudio

Tal como se muestra en la Ilustración 2: Ámbito de Estudio, los procesos que deben ser considerados en el alcance del servicio son:

- Gestión de Convenios y Contratos
- Gestión de Planes y Productos
- Establecimiento de Criterios de Valorización
- Mantenimiento de Catálogos y Tarifarios
- Consolidación y Valorización Bruta de Prestaciones
- Evaluación Prestacional y Reconsideraciones
- Valorización Neta de Prestaciones
- Gestión de Pago y Transferencias a Unidades Ejecutoras
- Gestión y pago a Terceros
- Pago de Sepelios
- Generación de muestras para PCPP
- Control Presencial Posterior
- Supervisión al PCPP



4.1 Desarrollo del Servicio

A continuación se detalla el alcance del presente proyecto.

4.1.1 Estudio, análisis y especificación de la Situación Actual

En esta etapa el proveedor deberá desarrollar el análisis, diagramación y especificación de la situación actual de los Procesos de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas del Seguro Integral de Salud (SIS).

El SIS brinda sus servicios a sus asegurados a través diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud con los cuales mantiene convenios y contratos. Para ello, actualmente existen cuatro Esquemas de Atención al Asegurado:

1. Afiliados SIS que se atienden en Establecimientos de Salud de Ministerio de Salud (SIS-MINSA).
2. Afiliados SIS que se atienden en Establecimientos de EsSalud (SIS-EsSalud).
3. Afiliados SIS que se atienden en otras Instituciones Públicas y Privadas Prestadoras de Servicios de Salud como SISOL, IOL, Divino Niño, clínicas particulares (SIS-Terceros).
4. Afiliados EsSalud que se atienden en Establecimientos del Ministerio de Salud (EsSalud-MINSA).

La valorización y pago de prestaciones de salud de los diferentes Esquemas de Atención especificados se realizan periódicamente, de acuerdo a los convenios o contratos pactados y a solicitud de los órganos de línea del SIS.

Esquema de Atención	Prestaciones realizadas en Marzo del 2014	
	Cantidad	Porcentaje
SIS-MINSA	4,462,077	98.592%
EsSalud-MINSA	1,253	0.028%
SIS-EsSalud	168	0.004%
SIS-Terceros	62,325	1.377%

Tabla 1: Prestaciones realizadas en Marzo del 2014¹

Como se puede apreciar en la Tabla 1: Prestaciones realizadas en Marzo del 2014, más del 98% de las atenciones se realiza en el esquema de atención SIS-MINSA, constituyendo el flujo principal de la Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas. Para la realización del mismo, se cuenta con un Cronograma de Plazos (ver Anexo 1) que detalla las actividades que se deben realizar para la consolidación, validación y transferencia correspondiente. Dicho cronograma es emitido trimestralmente por la Jefatura del SIS y está compuesto por actividades que se realizan tanto para las Prestaciones de Salud como para la Prestaciones Administrativas.

Para el oportuno cumplimiento de los hitos establecidos para cada actividad en el Cronograma de Plazos se lleva a cabo una serie de procesos, según el flujo que se muestra en la Ilustración 3: Flujo de Procesos SIS-MINSA.

¹ En el Anexo 12 se muestran las prestaciones de salud agrupadas por Establecimiento de Salud que fueron registradas en el periodo Marzo-2014

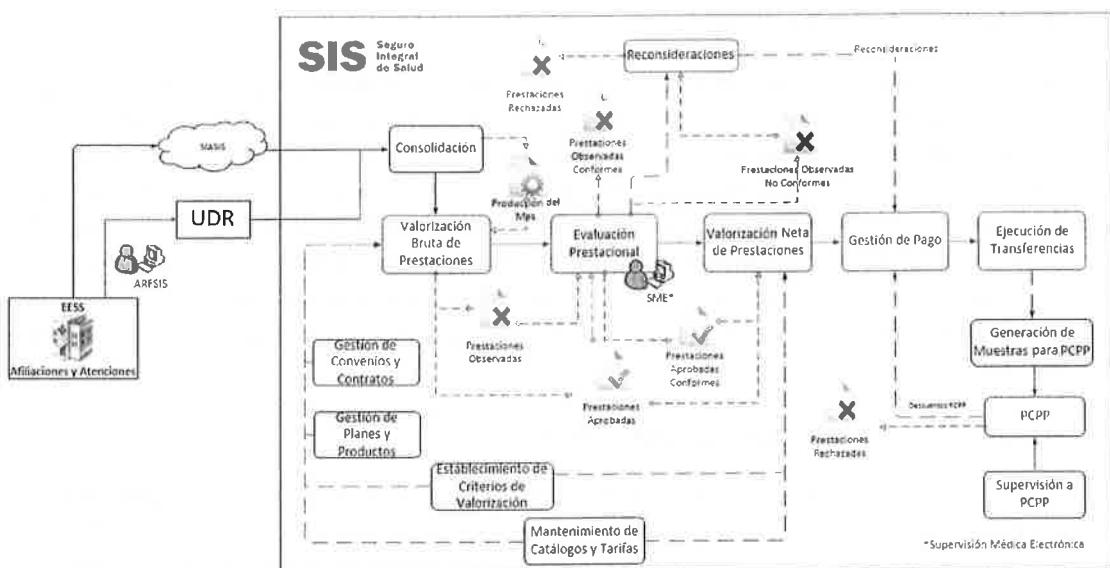


Ilustración 3: Flujo de Procesos SIS-MINSA

Para el cumplimiento de las actividades, la Oficina General de Tecnología de la Información pone a disposición de los usuarios aplicativos que permiten realizar el registro de las prestaciones, la supervisión prestacional y el registro del control presencial. La lista de dichas aplicaciones en función de su finalidad, se puede ubicar en los Anexo 2 y 3 del presente documento. Para el proceso de valorización se cuenta únicamente con una serie de procedimientos almacenados en la base de datos², el detalle de los mismos se pueden encontrar en los Anexos 10 y 11 del presente documento.

A continuación se describen los procesos que deben llevarse a cabo para el cumplimiento de las actividades del Cronograma de Plazos mencionado anteriormente; los procesos descritos se encuentran especificados en el Anexo 8.

A. Procesos Previos a Valorización y Pago

Gestión de Planes y Productos

La Gerencia de Riesgo y Evaluación de Prestaciones (GREP), se encuentra constantemente evaluando si las necesidades prestacionales de salud que tiene su población de asegurados se encuentra satisfecha. En ese sentido, de detectarse alguna necesidad nueva, se realizan estudios para la elaboración de Planes que solucionen estas necesidades. Esto se plasma en un Informe que sustente el Plan propuesto y respectivo Término de Referencia para la contratación de los servicios planteados. Estos documentos son enviados a la Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF) para su revisión y aplicación de tarifa, lo cual será luego derivado a la Oficina General de Administración y Recursos (OGAR) para la consulta de disponibilidad presupuestal. De contar con disponibilidad presupuestal positiva, se lleva a cabo el proceso de contratación.

² El diccionario de datos de la BD_SIISIS, se puede encontrar adjunto en el Anexo 9 del presente documento.

Gestión de Convenios y Contratos

Consiste en la gestión y monitoreo de convenios, contratos o planes de Prestaciones de Salud con IPRESS públicas y privadas; además de gestiona los convenios o contratos con instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud, como en el caso del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Para esto, una vez celebrado el convenio o contrato, la Gerencia de Riesgo y Evaluación de Prestaciones (GREP) es responsable de la definición de reglas de consistencia a las que se someterán a las prestaciones registradas bajo este convenio o contrato. Dichas reglas de consistencia son remitidas de manera formal a la Oficina General de Tecnología de Información (OGTI) para su respectivo ingreso al sistema y posterior proceso de valorización.

Establecimiento de Criterios de Valorización

La Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF) revisa y evalúa los criterios establecidos en los convenios, contratos o planes de prestaciones. En base a dichos criterios establece el **Algoritmo de Valorización**. Dicho Algoritmo es remitido mediante memorando a OGTI (Anexo 14), para que se realice la implementación del algoritmo y la actualización del *Job de Valorización*.

Mantenimiento de Catálogos y Tarifas

La Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF) es la encargada de actualizar el catálogo de medicamentos e insumos precios y el catálogo de medicamentos que se usarán para efectuar la valorización de la producción. Para ello, la DIGEMID envía los precios de operación de los medicamentos e insumos mensualmente a GNF, de modo que esta se encargue de revisar el módulo de valorización e indique a OGTI los cambios que se realizarán a los catálogos de precios y medicamentos. Cuando OGTI realiza los cambios indicados por GNF, procede a publicar en el Portal Web del SIS los precios de operación de medicamentos e insumos que serán utilizados en la valorización de las prestaciones de salud. Estas actividades conforman el proceso de Mantenimiento de Catálogos y Tarifarios.

GNF, además, debe monitorear y mantener actualizada la Tabla de Prestadores SIS y la Tabla de Equivalencias de las Unidades Ejecutoras SIS-DIGEMID. Para cumplir con tal propósito, la GNF inicia las actividades revisando la tabla de prestadores SIS y verificándola con la tabla de prestadores RENAES. También es necesario verificar los cambios en las Unidades Ejecutoras y su relación con los establecimientos de salud. Las actualizaciones necesarias, se envían OGTI para que realice los cambios sobre la base de datos.

B. Procesos para la determinación de la Producción Bruta Valorizada

Las prestaciones de salud son registradas por las IPRESS o por las UDRs, vía el aplicativo web SIASIS y el aplicativo de escritorio ARFSIS. Los datos son registrados en un **Formato Único de Atención (FUA)**³, aprobado por el SIS, en el cual se detallan los datos del asegurado, la atención y la prescripción que recibe una prestación de salud o administrativa.

Los aplicativos cuentan con controles para el registro del FUA, los cuales se denominan **Reglas de consistencia**, para el caso del SIASIS y **Reglas de control de Registro**, para el caso del ARFSIS,

³ El formato se encuentra adjunto en el Anexo 7.

el cumplimiento de estas últimas no garantiza necesariamente el cumplimiento de las primeras.

Consolidación

La Determinación de la Producción Valorizada inicia con el corte administrativo mensual, donde una vez realizado el corte, el área técnica es la encargada de realizar la consolidación de las prestaciones que se han registrado en los aplicativos SIASIS y ARFSIS. La consolidación se realiza mediante un *Job* programado que además de agrupar y estandarizar las prestaciones, aplica reglas de consistencia a cada una de las FUAs. Luego de realizada la consolidación, OGTI informa a las UDRs sobre las FUAs que no superaron las reglas de consistencia, precisando el número de FUAs y el motivo del error.

Valorización Bruta de Prestaciones

Contando como insumo catálogos y tarifarios se procede con la valorización de la producción, también conocida como valorización bruta. En primer lugar, se procede con la aplicación de los criterios de valorización, obteniéndose así los valores brutos de cada una de las prestaciones; estos criterios se registran mediante el proceso Establecimiento de Criterios de Valorización.

Luego se somete a las prestaciones de producción a **Reglas de Validación Automáticas**, donde aquellas que no superen las reglas son consideradas como prestaciones observadas por PSA (Proceso de Supervisión Automática).

OGTI, por su parte, una vez concluida la valorización bruta, envía los Reportes de asignación de precios de operación (o “Reporte de Topes” donde se indican los FUAs de mayor valor correspondientes al mes de producción) y el Resumen de la Valorización Bruta a GREP y GNF.

C. Procesos de Supervisión de las prestaciones

Evaluación Prestacional

La siguiente etapa corresponde a la Supervisión Médica, la cual consiste en someter a las prestaciones que no han sido observadas a nuevas reglas de validación, mediante la supervisión de médicos o profesionales de la salud de cada UDR. Al menos 1 500 prestaciones se validan en la Supervisión Médica, dando prioridad a las reportadas por OGTI en el reporte de topes obtenido en los procesos de Valorización Bruta.

Las prestaciones son sometidas a **Reglas de Validación del Médico Supervisor** de la UDR, basadas en la relación y coherencia que debe existir entre la etapa de vida, género, servicio, diagnóstico, procedimiento y tratamiento. Esta supervisión es exhaustiva y se realiza analizando el FUAs y la historia médica del paciente.

La supervisión de cada una de las prestaciones se registra en el Aplicativo Web de Supervisión Médica Electrónica (SME), estas prestaciones pueden resultar observadas y no observadas, en caso de que resulten observados, el médico supervisor debe determinar si la prestación se observa total o parcialmente.

Las FUAs observadas que no pasaron las reglas de validación automáticas o del médico supervisor, pueden ser reconsideradas si son debidamente sustentadas por el prestador. Al cierre de SME se da inicio al proceso de Valorización Neta en el SIS Central.

Reconsideraciones

Para el proceso de reconsideración, los prestadores registrarán los cambios necesarios en las FUAs parcial o totalmente observadas mediante el aplicativo web Reconsideraciones, así como otras anotaciones que el prestador considere relevante, enviando además el expediente en físico a la UDR correspondiente para su verificación.

Además, en caso se cuente con la indicación expresa de la Gerencia de Riesgos y Evaluación de las Prestaciones (GREP), OGTI deberá enviar las prestaciones reconsideradas y el detalle de las prestaciones observadas en el proceso de control prestacional posterior (PCPP).

Generación de Muestras PCPP

Como parte de la planificación del proceso de control presencial posterior de las prestaciones (PCPP), GREP determina los criterios para la selección de la muestra a evaluar. La muestra debe incluir las prestaciones que no hayan sido observadas previamente por la supervisión automática o por el médico supervisor.

Luego de determinar los criterios de selección para muestra de PCPP, GREP coordina con OGTI la generación de la misma; en algunos casos puede ser necesario ajustar dichos criterios para obtener una muestra más óptima.

Proceso de Control Presencial Posterior (PCPP)

Culminada la generación de muestras para PCPP, estas son cargadas al sistema SIASIS para acceso de los Médicos Supervisores respectivos de cada UDR. De dicho modo, estos obtienen las muestras que deberán auditar presencialmente en base al FUA físico proporcionado por el Establecimiento de Salud y la historia clínica. Como resultado del PCPP, se obtienen prestaciones conformes (prestaciones no observadas que no sufrirán descuentos) y prestaciones rechazadas (observadas por uno o más criterios que podrán ser descontadas de manera total o parcial); estos resultados son ingresados en el sistema SIASIS, el cual arroja los informes correspondientes para firma. Luego, se procede a la retroalimentación a prestadores mediante la firma del Acta de Evaluación PCPP y entrega de un juego al Responsable de la IPRESS. Finalmente, cada Médico Supervisor elabora un Informe Mensual con las solicitudes de descuento respectivas, las cuales son remitidas a la Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF) para que se hagan efectivos los descuentos. Del mismo modo, la Oficina de Tecnología de Información (OGTI) deberá remitir a la Gerencia de Negocio y Financiamiento (GNF) la base de datos con el detalle de las prestaciones rechazadas para descuento que fueron ingresadas al sistema.

Debe mencionarse además, que en el PCPP, no se hacen efectivos los descuentos para el primer nivel de atención, el cuál funciona con mecanismos de pago preliquidado. Sólo se realiza para los niveles de atención 2 y 3, los cuales tienen mecanismo de pago capitulado.

Supervisión de PCPP

La Gerencia de Riesgo y Evaluación de Prestaciones (GREP) es responsable de la supervisión de PCPP, para esto los profesionales encargados de la supervisión acompañan a los médicos supervisores de las UDRs en sus auditorías (PCPP). Sus observaciones y recomendaciones son registradas en fichas de supervisión en base a las cuales se elabora el acta respectiva. Finalmente el profesional de la GREP deberá elaborar un informe en el que adjunte los documentos anteriores.

D. Procesos de Valorización Neta

Se realiza luego de la Retroalimentación de Prestadores, que consiste en la firma de Actas de conformidad y entrega de Reportes de Prestaciones Observadas y no Observadas a los Prestadores. Las prestaciones observadas con las que el prestador se encuentre conforme no son validadas para el reembolso, por otro lado las prestaciones observadas no conformes, son entregadas al prestador, las cuales podrán pasar al proceso de reconsideración.

Valorización Neta de Prestaciones

El proceso de Valorización Neta, está a cargo de los profesionales de OGTI y consiste en el cálculo de la diferencia del valor bruto y valor de las observaciones parciales o totales de las prestaciones evaluadas según las reglas de validación automática (PSA) y las reglas del médico supervisor (SME).

El proceso se realiza a través de un *Job* programado y una vez concluida su ejecución OGTI envía la data de producción estructurada a GNF y el reporte del valor neto de la producción.

E. Procesos de Pagos y Transferencias

La Programación de Transferencias a Prestadores, tiene como objetivo que la GNF realice la distribución del pago de las prestaciones de salud bajo la estructura programática preparada por el área informática.

Gestión de Pago

La programación de pago según valorización de las prestaciones, que realiza GNF, obedece a diferentes mecanismos de pago como el capitado⁴ y el pago por servicio con preliquidación⁵ anticipada. GNF realiza la distribución según los mecanismos y las estructuras de pago y la disponibilidad de los recursos presupuestados.

La debida asignación del gasto se hace compleja debido a que debe cumplirse con la distribución prevista en el presupuesto anual aprobado por el MEF. Así por ejemplo, debe cumplirse con las metas de niños vacunados, controles prenatales, atención de partos, etc. por unidad ejecutora. De no cumplirse entonces debe procederse a la solicitud de modificación.

La solicitud de la Nota Modificatoria se trabaja a nivel de Sub Programa, Programa Presupuestal, metas y clasificador de gasto. Esta es realizada por GNF y enviada a la Oficina General de Planificación, Presupuesto y Desarrollo Organizacional (OGPPDO), para el registro y aprobación en el módulo SIAF.

Luego de la programación de pagos y, en caso se requiera, la elaboración de notas modificatorias, se procede con la Certificación Presupuestal. GNF registra y habilita en el SIAF la transferencia a nivel de meta y clasificador de gasto por fuente de financiamiento; lo cual es informado luego a OGPPDO mediante memorando.

⁴ El mecanismo de pago Capitado corresponde al establecimiento del cálculo de cápita, para el financiamiento de las prestaciones de salud de primer nivel de atención brindadas a los beneficiarios del SIS (Anexo 15).

⁵ El mecanismo de pago Preliquidado consiste en la determinación del valor de producción mensual base que sirve para determinar el monto de transferencia de recursos para el Financiamiento de las prestaciones de salud brindadas a los asegurados SIS (Anexo 15).

Al recibir el Memorando, OGPDO procede con la verificación y la aprobación de la Certificación Presupuestal en el SIAF.

Para la ejecución de los pagos programados se debe contar con la aprobación de la jefatura del SIS, para lo cual la GNF prepara un informe con el detalle de la gestión de los recursos presupuestales y su aplicación en pago a las unidades ejecutoras por las prestaciones otorgadas a los asegurados del SIS. El informe va acompañado de anexos y el proyecto de Resolución Jefatural (RJ).

Aprobación de Transferencias

Inicia con la entrega formal del Informe de transferencias y proyecto de RJ, en físico y medio magnético, a la Oficina General de Asesoría Jurídica (OGAJ) por parte de la GNF.

Es responsabilidad de OG AJ emitir una opinión legal, a través de un informe, respecto al proyecto de RJ, el cual debe estar sustentado en la normatividad legal vigente.

Una vez obtenido un informe favorable, se procede con la emisión de la conformidad por parte de los Gerentes y Jefes de línea del SIS; y por último con la aprobación y firma del Jefe Institucional.

Las actividades generales de programación y aprobación de transferencias se encuentran contempladas en el proceso Transferencias a Unidades Ejecutoras.

Ejecución de Pagos (Transferencias)

Finalmente, una vez emitida la Resolución Jefatural que aprueba y da conformidad al pago de las prestaciones de salud, la Oficina General de Administración de Recursos (OGAR) es la encargada del efectuar el pago de las prestaciones de salud y administrativas.

Para ello, la GNF debe registrar el Compromiso Anual en el SIAF y remitirlo a OGAR de manera formal y suscrita la Resolución Jefatural. Así, la Oficina de Contabilidad es la responsable del control previo y registro de fases compromiso y devengado en el SIAF. Para el caso de las transferencias, debido al volumen de transferencias que deben realizarse mensualmente, se realiza el registro en SIAF mediante una interface que carga la información automáticamente. Luego, la Oficina de Contabilidad es responsable del registro de fase de girado, para el cual no se cuenta con una interface y requiere del registro manual en SIAF de todos los integrantes del área. Posteriormente, el Banco de la Nación realiza las transferencias a cada Unidad Ejecutora. Esto es verificado por la Oficina de Tesorería mediante el SIAF corroborando que todas las transferencias se encuentren en estado “Pagado”.

Por otro lado, la Resolución Jefatural de las Transferencias a Unidades Ejecutoras es publicada en el diario El Peruano y en el Portal web del SIS.

Gestión y Pago a Terceros (Intercambio Prestacional)

El proceso consiste en gestionar y ejecutar el Pago a Terceros (ESSALUD, SISOL y Proveedores Privados) por las prestaciones de salud realizadas a afiliados del SIS.

Los mecanismos de Pago son diferentes para cada tercero, pero básicamente para llevar a cabo las Pagos a Terceros, es necesaria la remisión de Facturas por parte de la Entidad Prestadora y la Trama Valorizada de Prestaciones por parte de OG TI. En base a esa información, la Gerencia de Negocios y Financiamiento (GNF) se encarga de programar el pago según estructura programática para cada una de ellos. Luego, el expediente es remitido a OGAR para el control previo, registro en SIAF y pago correspondiente.

F. Proceso de Prestaciones Administrativas

Pago de Sepelios

El proceso de pago sepelios tiene como objetivo brindar prestaciones económicas de sepelio para los afiliados del SIS a nivel nacional, para tal propósito es necesario que las instituciones prestadoras de salud inicien con el registro del deceso del asegurado, a través de un FUA de fallecimiento, en el aplicativo web SIASIS.

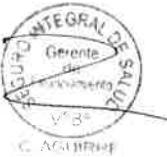
Es responsabilidad de la UDR encargada de aprobar, rechazar u observar las FUAs de fallecimiento registradas en los establecimientos de salud. En un plazo no mayor a 60 días se inicia el trámite de subsidio mediante la Solicitud de Subsidio de Sepelio, la cual es presentada ante el establecimiento de salud en cuya jurisdicción haya fallecido el beneficiario SIS con los documentos que sustenten los datos del sepelio a subsidiar.

Siguiendo el cronograma de Plazos, mensualmente se realiza el corte administrativo y las UDRs generan reportes de aprobación de sepelios; GNF recibe dichos reportes y adecua el pago según la estructura programática y verifica la disponibilidad presupuestal; en caso sea necesario, GNF solicita la modificación del presupuesto a OGPPDO. La certificación presupuestal es registrada por GNF y aprobada OGPPDO.

GNF emite un informe con la programación de pagos de sepelios, la cual debe ser aprobada por la Jefatura del SIS mediante Resolución Jefatural; una vez aprobada, GNF envía una memorando a OGAR para que se dé inicio a la ejecución del pago.

OGAR registra las fases de compromiso y devengado en el SIAF, y luego envía a OGTI, mediante memorando, la distribución de pagos a ser transmitidos. En OGTI se realiza la carga en la base de datos, la transmisión al Banco de la Nación (BN) y el seguimiento de los cobros efectuados diariamente por los acreditados en el BN. Adicionalmente se realizan cambio y correcciones de los acreditados (beneficiarios), y anulaciones o postergaciones de los pagos

Los procesos descritos se realizan siguiendo las fechas establecidas en el Cronograma de Plazos, se inician con el corte del periodo de producción, usualmente en el último día del mes, y culminan un mes y medio después de dicho corte. Los otros esquemas de atención tienen una secuencia similar de actividades, con la diferencia de que las fechas de inicio de dichas actividades para cada uno de los esquemas de atención son determinadas por la Gerencia de Riesgos y Evaluación de Prestaciones (GREP). En el Anexo 5 se muestran los flujos de los procesos correspondientes a cada uno de los esquemas de atención del SIS; además en el Anexo 6, se presenta una matriz comparativa en la que se indican las diferencias identificadas que existen actualmente entre los esquemas de atención al asegurado.



Otros esquemas: SIS-EsSalud, SIS-Terceros y EsSalud-MINSA

Los esquemas "Afiliados SIS que se atienden en Establecimientos de EsSalud (SIS-EsSalud)" y "Afiliados SIS que se atienden en otras Instituciones Públicas y Privadas Prestadoras de Servicios de Salud como SISOL, IOL, Divino Niño, clínicas particulares (SIS-Terceros)", son similares a nivel de procesos al descrito anteriormente. La diferencia en los procesos actuales es la forma de la consolidación, las casuísticas de valoración, aplicación de tarifarios diferentes, la evaluación prestacional y la gestión de pagos.

Para el caso del esquema “Afiliados EsSalud que se atienden en Establecimientos del Ministerio de Salud (EsSalud-MINSA)”, el proceso difiere sustancialmente en la etapa de la Supervisión Médica Electrónica (SME), en este caso son los médicos supervisores de EsSalud son los responsables de realizar las auditorias correspondientes a las atenciones de sus afiliados en los establecimientos de salud del MINSA. Para este procedimiento, la Oficina General de Tecnología de Información (OGTI) ha puesto a su disposición un aplicativo de web al cual ellos tienen acceso y registran el resultado de sus supervisiones.

Para analizar y estructurar los procesos y actividades sujetos de estudio, se deben tener en cuenta al menos los siguientes criterios:

1. Identificar las actividades y los procesos asociados con la Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas, así como los grupos de interés y los diversos actores involucrados.
2. Determinar la cantidad de recursos (roles, elementos informáticos, etc.) que se utilizan en cada uno de los procesos identificados en el punto 1.
3. Realizar la caracterización de procesos, desde el mapa de procesos macro hasta las actividades, usando para la diagramación el estándar de modelado de procesos de negocio: Business Process Model and Notation (BPMN) v 2.0 hasta el nivel analítico del modelado⁶.
4. Elaborar los Instructivos de los procesos a nivel de actividades, en los cuales se deben contemplar como mínimo las entradas y salidas de cada una de las actividades, así como la duración, frecuencia y reglas del negocio (validaciones) asociadas a las mismas.
5. Identificar las oportunidades de mejora de los procesos, así como sus instancias a ser automatizadas; es decir, se deben identificar las actividades que deben ser sujetas a mejora y los problemas con los que se enfrentan actualmente (quejas de los actores, despilfarro de recursos, etc.).

4.1.2 Realizar la Propuesta de Mejora de los Procesos

Como parte del servicio, el consultor debe presentar la **Arquitectura Empresarial** propuesta en diversos diagramas de Alto Nivel; entiéndase por Arquitectura Empresarial al conjunto: Arquitectura de Negocio (Procesos), Arquitectura de Aplicaciones, Arquitectura de Información (Datos) y Arquitectura Tecnológica.

La propuesta de mejora de los procesos (**Arquitectura de Negocios**), se deberá considerar los siguientes aspectos:

1. Realizar la caracterización, diagramación y especificación (instructivos) de los procesos propuestos. Los procesos optimizados deben suponer mejoras estructurales y en el funcionamiento de los mismos.
2. Determinar la cantidad de recursos (roles, elementos informáticos, etc.) que se requerirán en los procesos automatizados.
3. Definir indicadores para cada uno de los procesos; los indicadores que se presenten se deben medir si se cumple con las expectativas de los clientes del proceso (eficacia) y los recursos que se consumen en la realización de los mismos (eficiencia).


Se consideran tres niveles para el modelado de procesos en BPMN v2.0

1. Descriptivo: Modelado de alto nivel
2. Analítico: Modelado detallado, que incluye excepciones y manejo de eventos
3. Ejecutable: Incluye la implementación del proceso ejecutable

4. Definir el Plan de Implementación de la Mejora de Procesos; para la visualización y presentación de la propuesta de mejora tanto para el área usuaria como para el área técnica del SIS.

Requerimientos Mínimos de los Procesos

La propuesta de mejora deberá permitir la administración y gestión a través de 3 niveles funcionales, a continuación se lista cada uno de ellos incluyendo los requerimientos mínimos para cada nivel:

1. Nivel de Operación:
 - a. Configuración a nivel de usuario de las valorizaciones de los procedimientos, servicios, insumos y farmacia. Opción de actualización masiva de datos desde el garante. Entiéndase valorización como el precio que el SIS reconoce por los consumos según tipo
 - b. Configuración a nivel de usuario de tarifas, descuentos y fórmulas de pagos o cobros para los procedimientos, servicios, insumos y farmacia. Opción de actualización masiva de datos desde el garante.
 - c. Configuración a nivel de usuario de los atributos que definen el mecanismo de pago. Opción de actualización masiva de datos desde el garante SIS. Es obligatorio el registro histórico y su invocación cuando, según fecha, se le requiera.
 - d. Identificación oportuna del mecanismo de pago a aplicar en la valorización por caso: paquete, capitación, pago por servicio, etc. según las características de la atención.
 - e. Realizar la valorización bruta y neta de las prestaciones realizadas según los diferentes esquemas indicados en el punto 4.1.1.
 - f. Reportes según mecanismo de pago de producción, costos y venta. En este último grupo de reportes, es indispensable el diseño de reporte de desembolsos per cápita (por todo mecanismo de pago, por cada uno de los mecanismos de pago, por varios mecanismos de pago según selección) según Establecimiento de Salud, provincia, departamento, Dirección de Salud y a nivel nacional.
 - g. Configuración, a nivel de usuario, de reglas para la distribución automática de metas y presupuesto.
 - h. Distribución automática de metas y presupuesto según estructura programática. Opción de modificación de presupuesto dentro de los límites permitidos por las normas, directivas y leyes.
 - i. Análisis dinámico de opciones en la distribución del presupuesto.
 - j. Interacción con los módulos de finanzas (compromisos con el MEF), caja (desembolsos) y contabilidad para entrega de tramas y recojo de información para seguimiento (de compromisos, desembolsos). Las tramas deben cumplir con todos los requerimientos para realizar el compromiso con el MEF, realizar el desembolso por caja y realizar las cuentas.
 - k. Reportes de gestión de compromisos, transferencias, ejecución programática y cumplimiento de metas.
 - l. Establecer con facilidad los mecanismos de pago por tipo de atención y realizar el control de la facturación y cobranza desde el proveedor al SIS.
 - m. Informe automático de compromisos de pago a los Proveedores (Establecimientos de Salud, Direcciones de Salud, Instituciones de Salud). Opción de seguimiento del desembolso y cobranza visualizado por SIS y Proveedor.
 - n. Facturación individual y masiva de casos para cobros.
 - o. Registro de cobranzas e identificación de cuentas por cobrar (Intercambio Prestacional).
 - p. Reportes de facturación, cobranzas y cuentas por cobrar.
2. Nivel de Supervisión, deberá permitir



V. Hernandez R.



- a. Modelar flujos de trabajo, que permita el monitoreo para un seguimiento y control adecuado.
 - b. Establecer y mostrar alertas.
 - c. Realizar seguimiento a las actividades operativas con información en tiempo real, mediante un Dashboard Operacional, el cuál además deberá poder ser configurable según las necesidades del usuario.
 - d. Agregar y modificar filtros de validación.
 - e. Agregar y modificar responsables de los flujos de trabajo.
 - f. Configurar reportes.
3. Nivel de Gestión, deberá contener las características necesarias para que se pueda realizar los siguiente:
 - a. Generar reportes de gestión.
 - b. Programar tareas de Ejecución automáticas, para la información de gestión.
 - c. Visualizar un Dashboard Estratégico configurable para cada usuario.

Además, para la propuesta de mejora, se deben tomar en cuenta los requisitos mínimos de mejora y automatización expuestos en el Anexo 13 del presente documento.

4.1.3 Desarrollar el Diseño Funcional del Nuevo Sistema de Valoración y Pago de Prestaciones

Como parte de la **Arquitectura de Aplicaciones**, las mejoras propuestas por el consultor deberá presentar la documentación del diseño funcional del Nuevo Sistema de Información, para tal propósito se debe considerar lo siguiente:

1. Elaborar el Catálogo de Requisitos del Nuevo Sistema de Valoración y Pago de prestaciones de salud y administrativas, clasificando los requisitos por tipo y prioridad.
2. Identificar los Casos de Uso del Sistema y la relación entre los mismos, así como los actores que interactúan con el Sistema.
3. Elaborar el Documento de Especificación de requisitos de Software (ERS, el cual debe estar que se encuentre estructurado en función a los Casos de Uso identificados en el punto anterior; la especificación de los Casos de Uso se debe mostrar en formato extendido, es decir, en un nivel de detalle en el que se definan entidades, variables, validaciones y posibles algoritmos.
4. Los Casos de Uso deberán estar acompañados por Prototipos de Usuario (*Mockup*), para lo cual se deberán realizar reuniones con los usuarios del sistema para validar los prototipos propuestos.
5. Flujo de Trabajo, el diseño del sistema propuesto debe contemplar el flujo de trabajo asociado a cada uno de los procesos y subprocesos, para que en todo momento se pueda realizar el seguimiento y control de las operaciones que permita identificar la actividad donde se encuentra, estado o situación y fechas.

4.1.4 Desarrollar el Diseño Técnico del Nuevo Sistema de Información

Se deberán cumplir con los siguientes criterios:

1. Elaborar Prototipos Funcionales del Sistema. Desarrollado en base a la conformidad por parte del usuario y de la OGAI, del prototipo propuesto en el punto 4.1.3-4.

2. Plantear y diagramar la Arquitectura de Nuevo Sistema de Información utilizando diagramas UML. Se debe considerar en el presente servicio presentar como mínimo los siguientes diagramas:
 - a. Diagramas De Casos de Uso de Sistemas
 - b. Diagramas de Actividades
 - c. Diagramas de Estados
 - d. Diagramas de Secuencia
 - e. Diagrama de Componentes
 - f. Diagrama de Despliegue

Para tal fin el consultor deberá proponer la herramienta de software que permitirá el modelado de los diagramas en UML, la cual debe ser resultado de un comparativo de al menos tres (3) herramientas de diagramación. Toda la arquitectura del Sistema se deberá presentar en la herramienta propuesta por el postor.

3. Los productos de los puntos 1 y 2 anteriores, deben ser validados por los usuarios y técnicos participantes de acuerdo a las responsabilidades que competan, con la conformidad de las jefaturas respectivas.

4.1.5 Elaborar la Arquitectura de la Base de Datos

El consultor deberá proponer la Arquitectura de Base de Datos del nuevo Sistema de Información. Se deberá considerar migración de los datos de las tablas con las que se cuenta actualmente, considerando el nuevo Sistema debe contener al menos tres (3) años de datos históricos.

Para caracterizar la Base de Datos, se debe tomar como referencia lo siguiente:

1. Se deberá analizar la arquitectura y estructura de la Base de Datos actual que es utilizada para realizar las actividades de Valorización y Pago de prestaciones de salud y administrativas.
2. Se deberá desarrollar el inventario de tablas actual y el cual deberá ser aprobado por profesionales del área técnica del SIS.
3. Definir la nueva arquitectura y estructura de base de datos, las cuales deben ser presentadas tanto en modelo físico como lógico. Se debe contar con los *Queries* de creación y carga de datos iniciales de la Base de Datos, de manera que pueda ser probada por los profesionales del área técnica del SIS.
4. La nueva estructura de datos deberá estar caracterizada utilizando el método de modelado IDEF1X, utilizando la herramienta CASE "Erwin".
5. Se deberá desarrollar el Plan de Migración de los Datos y procedimientos de la información histórica desde la base de datos actualmente en producción. Es importante que se incluya la formulación de *Queries* que permitirán la migración de la Base de Datos y además que permitan la simulación de reportes que se pueden obtener a través de la nueva estructura de datos propuesta.

4.1.6 Proponer la Arquitectura de Plataforma Tecnológica

El consultor recomendará las características y el estimado del dimensionamiento de la plataforma de hardware y software de servidores y estaciones de trabajo en el SIS, para lo cual deberá coordinar con los representantes del área técnica del SIS a fin de determinar el

dimensionamiento adecuado para soportar la operación del nuevo Sistema de Información. El modelo de arquitectura de Plataforma Tecnológica deberá contar con los siguientes perfiles:

- Perfil de la Infraestructura TI
- Perfil de los Sistemas de Información

Los cuales deberán ser tratados por capas a fin de describir la tecnología que lo soporta, si corresponde a un patrón y las herramientas o software identificados para ello, los requerimientos de comunicaciones y de servicios TI se deberán presentar en función a las necesidades propias del nuevo sistema de información.

4.1.7 Elaborar los Términos de Referencia para el desarrollo del Sistema de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas

El consultor deberá elaborar los Términos de Referencia que permita realizar el concurso para la Implementación e Implantación del Nuevo Sistema de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas. En los Términos de Referencia se deberá tomar en cuenta como mínimo los siguientes aspectos:

1. Contenido: antecedentes, objetivo principal y específicos, alcance, productos o entregables, plazos, costos, coordinación y supervisión, perfil de la firma consultora y del equipo de trabajo, reuniones de seguimiento o avance, lugar de servicios, equipamiento, confidencialidad de la información y propiedad intelectual.
2. Anexar el expediente técnico del diseño y requerimientos relacionados.
3. Establecer la metodología de proyecto más conveniente para que exista flexibilidad de manejar el control de cambios de los requerimientos (por adecuación, agregación o anulación) dentro de los límites del Proyecto.
4. Establecer el plazo de entrega del producto, la implantación y los meses de soporte posteriores a la implantación; así como la migración completa de los datos que se encuentren en la base de datos actual del SIS. La migración de la base de datos debe realizarse con las sentencias y procedimientos desarrollados por la presente consultoría y en base al Plan de Migración de datos que se establezca.
5. El plazo y costo de la consultoría de desarrollo deberá estimarse en base a la métrica de Puntos de Función; para tal fin el consultor deberá realizar los cálculos en base a los Prototipos de Usuario. En caso el consultor decida utilizar un método de dimensionamiento diferente, este deberá ser sustentado ante el área técnica del SIS y aprobado por la misma

4.2 Gestión y desarrollo del Proyecto

La gestión del proyecto se deberá realizar de acuerdo a las normas de gestión de proyectos señaladas en la Guía de los Fundamentos para la Dirección de los Proyectos (Guía del PMBOK), el consultor deberá presentar una serie de documentos relacionados a la gestión del estudio, y deberá determinar cuál de las áreas de conocimiento del PMBOK se tendrán en cuenta para el proyecto; se considera que como mínimo el consultor debería incluir la Gestión de la Integración, del Alcance, del Tiempo, de la Calidad y de los Riesgos del Proyecto. En la etapa inicial del proyecto, el consultor deberá definir indicadores de cumplimiento y metodología para medición del avance del proyecto. Los documentos de gestión que deben ser presentados por el consultor se detallan en el punto 6 del presente documento. En todo el proyecto y donde se aplique se

deberá considerar el uso de las mejores prácticas de la industria, tales como ISO 27002, COBIT, etc.

La metodología de procesos utilizada por el consultor deberá tomar como referencia los principios descritos en la Guía de Conocimientos del BPM (Guide to the Business Process Management Common Body of Knowledge – BPM CBOK ®) de la ABPMP ® (Association of Business Process Management Professionals), realizando la diagramación en BPMN v2.0.

En cuanto al diseño del nuevo Sistema de Información, el consultor deberá aplicar la Metodología Rational Unified Process (RUP), hasta la Fase de Elaboración, abarcando desde la disciplina de Modelo de Negocio hasta la disciplina de Análisis y Diseño, con los principales artefactos que genera cada disciplina.

Como parte de la propuesta, el consultor deberá presentar las herramientas que utilizará para el desarrollo del proyecto y que faciliten la diagramación de procesos en BPMN, el modelado de diagramas en UML y el desarrollo de los prototipos de usuario y los prototipos funcionales. Las herramientas seleccionadas deberán mostrarse como resultado de un comparativo de al menos tres (3) herramientas de software; se deberá presentar un cuadro comparativo para cada una de las herramientas que se pretende utilizar.

5 REQUERIMIENTOS NO FUNCIONALES

Para el desarrollo de los alcances del servicio para el nuevo Sistema de Valorización y Pago de prestaciones de salud y administrativas, se debe tener en cuenta como mínimo los requerimientos indicados en este capítulo.

5.1 Interfaces con otros sistemas

El nuevo Sistema deberá tener la capacidad de interactuar con diversas interfaces para poder permitir el funcionamiento y la operatividad de las labores de GNF, GREP y OGAR, tales como:

- Interface con RENAES, de manera que se pueda obtener los datos actualizados de los Establecimientos de Salud.
- Interface con DIGEMID, para la actualización de los catálogos de medicamentos e insumos.
- Interface con el SIAF de manera que se puedan registrar Notas modificatorias y Certificación Presupuestal
- Interface con Entidades Bancarias, para el pago de prestaciones de salud y administrativas.

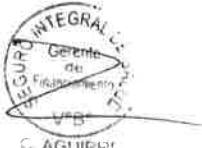
Durante el desarrollo del estudio, se podrían presentar nuevas Interfaces con las que el nuevo Sistema necesite interactuar; es responsabilidad del consultor identificar dichas interfaces e incorporarlas en el diseño del sistema según convenga.



5.2 Plataforma Tecnológica

La solución propuesta debe ser una aplicación web y funcionar e interactuar con el hardware y las aplicaciones existentes; así como, con los servicios disponibles en el SIS (indicados en el punto 5.1), bajo la siguiente plataforma:

- Servidor de aplicaciones con Microsoft Windows 2003 Enterprise Edition o Superior.
- Servidor de base de datos:
 - Motor de Base de Datos ORACLE 11g R2
 - Servidor de Sistema Operativo SOLARIS 10 de 64 bits con procesador SPARC



- Desarrollo de la solución propuesta en una de las siguientes:
 - Visual Studio .NET 2010 o superior (Visual Basic o C#), con servidor Web Windows Server 2003 32 bits e Internet Information Server 6.0

5.3 Seguridad

El sistema deberá permitir el acceso de usuarios según perfiles en función a las actividades que realicen. Los usuarios, roles y perfiles del sistema serán configurados desde un módulo de seguridad independiente que debe formar parte de la solución propuesta.

El sistema debe tener la capacidad de integrarse con el Directorio Activo de Windows para la identificación y autenticación de usuarios, asimismo debe poder comunicarse mediante el uso de una interface con el módulo de seguridad independiente de manera que a futuro permita integrarse con un Sistema Central de Accesos, Perfiles y Facultades.

5.4 Usabilidad

El diseño de presentación del sistema debe ser intuitivo, facilitando el empleo a usuarios sin entrenamiento especializado más allá del uso de un web browser. Deberá contar con ventanas y/o mensajes de ayuda (tooltips) que puedan ser accedidos por los usuarios, los mensajes de ayuda se mostrarán a nivel de funcionalidad y a nivel de opciones, mediante teclas de ayuda.

Los errores se mostrarán a los usuarios a través de un mensaje que contenga el error codificado, causa y la solución que corresponda.

5.5 Disponibilidad y desempeño

El diseño propuesto debe garantizar el acceso, la seguridad y el desempeño del sistema a los diferentes usuarios a nivel nacional (para el caso de las IPRESS), sin afectar el tiempo de respuesta, el cual no debe ser mayor a 30 segundos. La información almacenada podrá ser actualizada y consultada simultáneamente.

El Sistema deberá soportar los navegadores Internet Explorer, Firefox, Google Chrome y Safari; y deberá estar preparado para acceso a internet limitado o precario.

6 ENTREGABLES Y PLAZOS DE ENTREGA

Los entregables y los plazos de entrega se efectuarán de la siguiente manera:

Etapa	Comprende	Plazo
1. Definición del Proyecto	<p>1.1 Arranque del Proyecto: Presentación del (Kick off) y Acta de Constitución del Proyecto.</p> <p>1.2 Definición del Proyecto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de Necesidades. • Ámbito y alcance del Proyecto. • Identificación de los responsables en el SIS para el apoyo del proyecto. • Organización de la firma consultora para el proyecto y organización del SIS en apoyo al proyecto. Aclaración de funciones e interrelación entre ambas organizaciones. • Metodología del trabajo e interacción con los especialistas responsables. • Definición del Comité de Dirección del Proyecto. 	A los 15 días calendarios a partir de la Firma del Contrato
2. Plan de Gestión del Proyecto	<p>2.1 Documentos de Gestión:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan de Gestión de Integración • Plan de Gestión del Alcance que incluye la Estructura de Desglose del Trabajo (EDT). • Plan de Gestión del Tiempo que incluye el Plan de Trabajo y del desarrollo del proyecto, Cronograma de hitos y Cronograma detallado de actividades. • Plan de Gestión de la Calidad. • Plan de Gestión de Riesgos. • Indicadores de cumplimiento y metodología para medición de avance. 	A los 30 días calendarios a partir de la Firma del Contrato
3. Análisis de la Situación Actual y Propuesta de Mejora	<p>3.1 Situación Actual - As Is</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis de la Situación Actual. • Arquitectura de Procesos Actual (presentado en la herramienta propuesta por el consultor). • Oportunidades de mejora de los procesos. <p>3.2 Situación Propuesta - To Be</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propuesta de la Arquitectura de Negocios (Procesos), presentado en la herramienta propuesta por el consultor, incluyendo las automatizaciones propuestas, caracterización y especificación de los procesos. • Diseño de la Arquitectura Funcional de Aplicaciones, que incluye el Catálogo de Requisitos, Documento de Especificación de Requisitos de Software (ERS), los Casos de Uso y Prototipos de Usuario. <p>3.3 Tercer informe de la etapa 3 que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentación final de las etapas 3.1 y 3.2. • Acta de Conformidad de cada etapa por las Unidades participantes del SIS. 	A los 90 días calendarios a partir de la Firma del Contrato

Etapa	Comprende	Plazo
4. Diseño del Nuevo Sistema de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas	<p>4.1. Especificaciones de la Arquitectura de Sistemas</p> <ul style="list-style-type: none"> Diseño de la Arquitectura Técnica de Aplicaciones, que incluye el Prototipo Funcional del Sistema de Información Diseño y Modelo de la Arquitectura de Datos (Base de Datos). Propuesta de la Arquitectura de Plataforma Tecnológica. <p>4.2. Documentos complementarios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Plan de Migración de Datos y de Aplicaciones. Propuesta de Bases y Términos de Referencia para el nuevo Sistema de Información. <p>4.3. Resumen Ejecutivo del Estudio</p> <p>4.4 Cuarto informe de la etapa 4 que incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> Documentación final de las etapas 4.1, 4.2 y 4.3. Acta de Conformidad de la GNF y OGTI. 	A los 150 días calendarios a partir de la Firma del Contrato

Se debe tener en cuenta que los entregables deben cumplir con las especificaciones indicadas en los capítulos 4 y 5.

Cada producto se entregará tres (3) juegos impresos cada uno de ellos con un medio magnético (CD, DVD o USB) con la información de todo el entregable impreso, la versión digital deberá contener los archivos fuentes (archivos de origen) que permitieron elaborar el entregable.

El proveedor entregará en la Mesa de Partes los documentos físicos y magnéticos según el cronograma establecido para los documentos y elementos asociados al Entregable, asimismo se le alcanzará al Jefe del Proyecto asignado por el SIS una copia digital de los documentos entregados.

Cada entregable deberá contener el histórico de revisiones: versión del documento revisado, área, personas, fecha de revisión, resumen de observación (breve, sólo oraciones generales de las observaciones) o confirmación de aprobación.

7 CONDICIONES DEL SERVICIO

El cronograma de proyecto debe estar basado en el siguiente plan:

	Días acumulados ->	15	30	45	60	75	90	120	135	150
ACTIVIDAD	Días->	15	15	15	15	15	15	30	15	15
1. Definición del Proyecto										
1.1 Arranque del Proyecto										
1.2 Definición del Proyecto										
2. Plan de Gestión del Proyecto										
2.1 Documentos de Gestión										
3. Análisis de la Situación Actual y Propuesta de Mejora										
3.1 Situación Actual - As Is										
3.2 Situación Propuesta - To Be										
3.3 Tercer informe de la etapa 3										

	Días acumulados ->	15	30	45	60	75	90	120	135	150
ACTIVIDAD	Días->	15	15	15	15	15	15	30	15	15
4. Diseño del Nuevo Sistema de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas (1)										
4.1. Especificaciones de la Arquitectura de Sistemas (2)										
4.2. Documentos Complementarios										
4.3 Resumen Ejecutivo del Estudio										
4.4 Cuarto informe de la etapa 4										

El cronograma propuesto por el consultor no debe exceder del 20% adicional de días calendario.

- (1) De acuerdo al alcance del servicio indicado en el capítulo 4, incluye los módulos de Gestión de Convenios y Contratos; Gestión de Planes y Productos; Establecimiento de Criterios de Valorización; Mantenimiento de Catálogos y Tarifarios; Consolidación y Valorización Bruta de Prestaciones; Evaluación Prestacional y Reconsideraciones; Valorización Neta de Prestaciones; Gestión de Pago y Transferencias a Unidades Ejecutoras; Gestión y pago a Terceros; Pago de Sepelios; Generación de muestras para PCPP; Proceso de Control Presencial Posterior; y Supervisión al PCPP.
- (2) De acuerdo a lo indicado en el capítulo 6, incluye: Diseño de la Arquitectura Técnica de Aplicaciones; Diseño y Modelo de la Arquitectura de Datos (Base de Datos) y Propuesta de la Arquitectura de Plataforma Tecnológica.

8 DISPOSICIONES GENERALES

- El Seguro Integral de Salud proporcionará al contratista la documentación técnica existente y las facilidades necesarias para el desarrollo del presente trabajo, más no equipos.
- Se deberá emplear una metodología de gestión de proyectos y desarrollo de software que cumpla con las buenas prácticas de:
 - La Norma Técnica Peruana ISO/IEC 12207 - Procesos del Ciclo de Vida de Software.
 - La Norma Técnica Peruana ISO/IEC 27002 – Seguridad de la Información.
 - Guía de los Fundamentos para la Dirección de Proyectos (Guía del PMBOK)
- Los informes y documentaciones deberán ser entregados en un solo ejemplar, en forma impresa y en medio magnético (formato Microsoft Word versión 2003 o superior). El Modelo de Base de datos debe diseñarse usando la herramienta CASE “Erwin”.
- Los diagramas de Diseño y la caracterización de los procesos deberán realizarse en herramientas propuestas por el postor, ambas deberán ser seleccionadas en base a un comparativo de tres (3) herramientas en las que se especifiquen las características de cada herramienta y el costo/ beneficio de las mismas. El postor deberá presentar dos cuadros diferentes, un cuadro para “Herramientas de Modelado en UML” y otro para “Software para Gestión de Procesos de Negocio”
- El proveedor que participe del presente servicio se obliga a guardar confidencialidad y reserva, así como a no divulgar ni transferir la información y documentación recibida y producida con ocasión de la prestación del servicio a través de una declaración jurada.
- El proveedor deberá mantener en forma reservada toda la información suministrada por el SIS, no podrá disponer de la misma para fines distintos al desarrollo del servicio y al término del mismo devolverá todos aquellos documentos que le hayan sido entregados. Esto incluye tanto material impreso como grabado en medios magnéticos u ópticos.

- Todo tipo de información o producto generado bajo la presente compra será de propiedad intelectual del Seguro Integral de Salud, el contratista entrega los derechos de autor automáticamente al Seguro Integral de Salud y los programas fuentes.

9 PERFIL DEL POSTOR

9.1 Experiencia mínima del postor

En consideración de los alcances de los presentes términos de referencia, será necesario que el postor cumpla con haber desarrollado por lo menos cinco (5) consultorías referidas al análisis de procesos y diseño de información en el sector público o privado. El postor deberá consignar la constancia, certificados o contratos respectivos.

9.2 Equipo de Trabajo

El personal propuesto está obligado a prestar personalmente el servicio objeto del contrato, considerándose su participación como una obligación en el presente servicio, por lo cual se señalan las siguientes características deseables:

- Desarrollo del trabajo en equipo con activa comunicación con los usuarios de GNF y los especialistas de OGTI.
- El proveedor debe contar con los equipos y licencias necesarias para llevar a cabo la totalidad del servicio.
- En el caso fortuito de cambio del personal asignado, debe ser aprobado previamente por el SIS y los reemplazos deben tener los mismos o mejores perfiles.

Los perfiles del personal propuesto deben ser como mínimo los siguientes:

- Jefe de Estudio:
 - Profesional en Ingeniería de Sistemas, Industrial o carreras afines; con estudios de maestría y certificación Project Management Professional ® (PMP)
 - Experiencia mínima de 5 años como Jefe de Proyectos en instituciones públicas o privadas; y conocimiento en Gerencia de Proyectos con enfoque del PMI, Metodologías de desarrollo e implementación de sistemas
 - Haber participado como mínimo en el diseño y/o implementación de un Sistema de Seguros de Salud.
- Analista de procesos Senior:
 - Profesional en Ingeniería de Sistemas, Industrial o carreras afines
 - Experiencia mínima en proyectos de mapeo, mejora, rediseño o automatización de procesos de 5 años, de los cuales mínimo 2 años debieran ser en proyectos relacionados a mejora, rediseño o automatización de procesos, relacionada a entidades del sector asegurador o de salud
 - Experiencia mínima de 2 años en mejora y/o automatización de procesos usando estándares BPM.
- Analista de Sistemas Senior:
 - Profesional en Ingeniería de sistemas, informática o afines.
 - Experiencia mínima de 3 años en análisis y diseño de proyectos informáticos.
- Especialista en diseño de Base de Datos:
 - Profesional en Ingeniería de sistemas, informática o afines.
 - Experiencia mínima de 3 años en proyectos informáticos de desarrollo / mantenimiento de sistemas de información.
- Especialista en Arquitectura de Sistemas y Plataforma Tecnológica:

- Profesional en Ingeniería de Sistemas, Industrial, Electrónica o carreras afines.
- Experiencia mínima de dos proyectos en diseño y administración de infraestructura tecnológica: Infraestructura de Red; Servidores de Aplicaciones (JBoss, Microsoft); Servidores de Infraestructura (Seguridad, Correos, Storage y otros); Bases de Datos (Oracle, SQL Server); Sistemas Operativos (Linux Red Hat, Windows Server o similares).
- Consultor profesional del Sector Salud:
 - Experiencia mínima de 2 años con especialidad en el área médica y/o seguros de salud.

El proveedor deberá considerar el número de recursos requeridos para cada perfil, así como el personal adicional como documentadores y otros especialistas necesarios para realizar el servicio.

El perfil del personal propuesto debe ser acreditado mediante constancias, certificados o contratos respectivos.

10 COSTO Y FORMA DE PAGO

[REDACTED]

% de Pago	Etapa/Producto
10%	Definición del Proyecto
20%	Plan de Gestión del Proyecto
30%	Análisis de la Situación Actual y Propuesta de Mejora
40%	Diseño del Nuevo Sistema de Valorización y Pago de Prestaciones de Salud y Administrativas

Los pagos estarán sujetos a la conformidad de servicio de la Oficina General de Tecnología de la Información del Seguro Integral de Salud - SIS, y de la Responsable Técnica del SIS para el Contrato de Préstamo N° 7961 – PE. Las conformidades del SIS estarán referidas al cumplimiento de los aspectos técnicos y de la ejecución de los servicios. La aprobación de la UCPS estará referida al cumplimiento de los aspectos formales y administrativos, vinculados a la utilización de los recursos para proceder a efectuar los pagos acordados.

11 CRITERIOS DE EVALUACIÓN POSTOR Y PERSONAL PROPUESTO

Los factores de evaluación que se usarán para la contratación de servicios de consultoría.

Factores de Evaluación - Obligatorios		Puntaje / Metodología para su asignación
A. EXPERIENCIA DEL POSTOR		(30 puntos)
A.1. EXPERIENCIA EN LA ACTIVIDAD Criterio: Se evaluará considerando el monto facturado acumulado por el postor correspondiente a la actividad en servicios afines con la presente convocatoria, tales como: Análisis y Diseño de Sistemas de Información, Gestión de Procesos y/o Mejora y Automatización de Procesos, durante un periodo no mayor a diez (10) años a la fecha de presentación de propuestas, hasta por un monto		M = Monto facturado acumulado por el postor por la prestación de servicios de consultoría correspondientes a la actividad objeto del proceso. M = 5 veces el valor referencial: 15 puntos M >= 4 veces el valor referencial y < 5 veces el valor referencial: 10 puntos

Factores de Evaluación - Obligatorios	Puntaje / Metodología para su asignación
<p>máximo acumulado equivalente a cinco (5) veces el valor referencial de la contratación.</p> <p>Acreditación: La experiencia se acreditará mediante copia simple de: contratos u órdenes de servicio, y su respectiva conformidad por la prestación efectuada; o comprobantes de pago cuya cancelación se acredite documental y fehacientemente, en tal caso, debe presentarse, voucher de depósito, reporte de estado de cuenta o cancelación en el documento, correspondientes a un máximo de diez (10) servicios.</p>	<p>M >= 3 veces el valor referencial y < 4 veces el valor referencial: 8 puntos</p> <p>M >= 2 veces el valor referencial y < 3 veces el valor referencial: 5 puntos</p> <p>M >= 1 vez el valor referencial y < 2 veces el valor referencial: 2 puntos</p>
<p>A.2. EXPERIENCIA EN LA ESPECIALIDAD Y EN EL SECTOR</p> <p>Criterio: Se evaluará considerando el monto facturado acumulado por el postor correspondiente a experiencia en proyectos realizados en el sector público y/o privado relacionados específicamente con servicios de: Análisis y Diseño de Sistemas de Seguros, durante un periodo no mayor a cinco (5) años a la fecha de presentación de propuestas, hasta por un monto máximo acumulado equivalente a dos 2 veces el valor referencial de la contratación.</p> <p>Acreditación: Igual al punto A.1.</p>	<p>M = 2 veces el valor referencial: 15 puntos</p> <p>M >= 1 vez el valor referencial y < 2 veces el valor referencial: 10 puntos</p> <p>M >= 0.5 veces el valor referencial y < 1 vez el valor referencial: 05 puntos</p> <p>M > 1 vez el valor referencial, relacionado a experiencia en el Sector Público 05 puntos</p>
<p>B. EXPERIENCIA Y CALIFICACIONES DEL PERSONAL PROPUESTO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</p> <p>B.1. EXPERIENCIA EN EL PERSONAL PROPUESTO Se evaluará en función al tiempo de experiencia en la especialidad del personal propuesto en trabajos o prestaciones similares al objeto de la evaluación.</p> <p>De presentarse experiencia ejecutada paralelamente (traslape), para el cómputo del tiempo de dicha experiencia sólo se considerará una vez el periodo traslapado</p> <p>La acreditación será mediante la presentación de copia simple de contratos de trabajo, constancias o certificados.</p>	(50 puntos)

Factores de Evaluación - Obligatorios	Puntaje / Metodología para su asignación
<p>Jefe de Estudio</p> <p>Criterio:</p> <p>Se considerarán como trabajos o prestaciones similares a los siguientes: Jefe de Proyecto en actividades de Análisis, Diseño de sistemas y/o mejora, rediseño o automatización de procesos tanto en el sector público como privado. El Jefe de Estudio debe contar con certificación Project Management Professional ® (PMP).</p>	<p>Más de 7 años: 15 puntos</p> <p>Más de 5 hasta 7 años: 12 puntos</p> <p>De 4 hasta 5 años: 10 puntos</p> <p>Más de 3 años de experiencia en Seguros de Salud: 08 puntos</p> <p>Más de 2 años con el Sector Público: 03 puntos</p>
<p>Analista de Procesos</p> <p>Criterio:</p> <p>Se considerarán como trabajos o prestaciones similares a los siguientes: como Analista de Procesos en el sector público y/o privado.</p>	<p>Más de 7 años: 10 puntos</p> <p>Más de 5 hasta 7 años: 08 puntos</p> <p>De 4 hasta 5 años: 06 puntos</p> <p>Más de 3 años de experiencia en Seguros de Salud: 05 puntos</p> <p>Más de 2 años con el Sector Público: 03 puntos</p>
<p>Analista de Sistemas Senior</p> <p>Criterio:</p> <p>Se considerarán como trabajos o prestaciones similares a los siguientes: como Analista de Negocios y/o Analista Funcional de Sistemas de Información en el sector público y/o privado.</p>	<p>Más de 7 años: 10 puntos</p> <p>Más de 5 hasta 7 años: 08 puntos</p> <p>De 4 hasta 5 años: 06 puntos</p> <p>Más de 3 años de experiencia en Seguros de Salud: 05 puntos</p> <p>Más de 2 años con el Sector Público: 03 puntos</p>
<p>Especialista en diseño de Base de Datos</p> <p>Criterio:</p> <p>Se considerarán como trabajos o prestaciones similares a los siguientes: como Analista Funcional de Sistemas, Analista Técnico de Sistemas de Información y/o Administrador de Base de Datos en el sector público y/o privado.</p>	<p>Más de 7 años: 10 puntos</p> <p>Más de 5 hasta 7 años: 08 puntos</p> <p>De 4 hasta 5 años: 06 puntos</p> <p>Más de 3 años de experiencia en Seguros de Salud: 05 puntos</p> <p>Más de 2 años con el Sector Público: 03 puntos</p>
<p>Especialista en arquitectura de Sistemas y Plataforma tecnológica</p> <p>Criterio:</p> <p>Se considerarán como trabajos o prestaciones similares a los siguientes: como Analista Técnico</p>	<p>Más de 7 años: 10 puntos</p> <p>Más de 5 hasta 7 años: 08 puntos</p> <p>De 4 hasta 5 años: 06 puntos</p>

Factores de Evaluación - Obligatorios	Puntaje / Metodología para su asignación
y/o Arquitecto de Sistemas de Información en el sector público y/o privado.	Más de 3 años de experiencia en Seguros de Salud: 05 puntos Más de 2 años con el Sector Público: 03 puntos
Consultor profesional del Sector Salud Criterio: Se considerarán como trabajos o prestaciones similares a las siguientes: como Profesional Médico, como Analista de Seguros de Salud o afines.	Más de 15 años: 15 puntos Más de 10 hasta 15 años: 12 puntos De 5 hasta 10 años: 10 puntos Más de 3 años de experiencia en Seguros de Salud: 06 puntos Más de 2 años con el Sector Público: 03 puntos
PUNTAJE TOTAL	100 puntos

IMPORTANTE:

- *Los factores de evaluación no pueden calificar con puntaje el cumplimiento de los requerimientos técnicos mínimos.*
- *Para acceder a la etapa de evaluación económica, el postor y personal propuesto deberá obtener un puntaje mínimo de setenta y cinco (75) puntos.*

12 COORDINACIÓN Y SUPERVISIÓN

La consultoría se llevará a cabo bajo la dirección, coordinación y supervisión de la Oficina General de Tecnología de la Información del Seguro Integral de Salud y de la Responsable Técnica del SIS designada para el Contrato de Préstamo N° 7961-PE.

Al término de cada una de las etapas del estudio, el consultor deberá presentar un "Acta de Conformidad" la cual deberá ser firmada por la Oficina General de Tecnología de la Información del SIS, lo cual garantiza la entrega de la totalidad de la documentación requerida en cada etapa.

13 LUGAR DE SERVICIOS

Los servicios serán prestados en la ciudad de Lima.

ANEXOS

1 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE PLAZOS DEL SEGURO INTEGRAL DE SALUD

		ACTIVIDADES	ORGANO RESPONSABLE	PRODUCCION		
GENERALES				MARZO		
PRESTACIONES DE SALUD						
1	DETERMINACION DE LA PRODUCCION VALORIZADA CORRESPONDIENTE A LAS PRESTACIONES BRINDADAS	0 Corte Administrativo (Directiva Administrativa N°112-2007-MINSA/SIS-V.01)	GNF	31/03/2014		
		1 Cierre de Ingreso de Información SIASIS y fecha de envío tope de Información ARFSIS a OGTI	UDR / OGTI	02/04/2014		
		2 Consolidación de la información de Producción	OGTI	03/04/2014		
		3 Aplicación de reglas de consistencia - central	OGTI	04/04/2014		
		4 Envío de B D de prestaciones que no superaron las reglas de consistencia a UDRs	OGTI	07/04/2014		
		5 Envío de precios revisados y catálogo de medicamentos e insumos a OGTI	GNF	07/04/2014		
		6 Carga de datos y publicación de los precios de operación de medicamentos e insumos	OGTI	08/04/2014		
		7 Valorización de la Producción	OGTI	09/04/2014		
		8 Envío de reporte de la Asignación de precios de operación	OGTI	09/04/2014		
		9 Validación de la Asignación de precios de operación	GNF	10/04/2014		
		10 Identificación y conformidad de Prestaciones FISSAL	FISSAL	10/04/2014		
		11 Comunicación del Inicio de la SME	GREP	10/04/2014		
		12 Supervisión Médica Electrónica (SME)	UDR/GREP/OGTI	11-21/04/2014		
		13 Comunica conformidad de la SME a GNF y OGTI	GREP	22/04/2014		
		14 Cierre de la SME	OGTI	22/04/2014		
2	RETROALIMENTACION A PRESTADORES	15 Firma de Actas de Conformidad y entrega de Base de Datos	UDR/OGTI	22-28/04/2014		
3	PROGRAMACION DE TRANSFERENCIAS	16 Revisión de Tabla de Prestadores SIS vs Prestadores RENAES	GNF	22/04/2014		
		17 Revisión de Tabla de Prestadores SIS vs Valor de Producción Preliminar	GNF	22/04/2014		
		18 Envío de data de Producción, Reconsideraciones y PCPP a GNF con memorando	OGTI	23/04/2014		
		19 Envío de reporte del valor neto de producción detallado	OGTI	23/04/2014		
		20 Adecuación de data y Distribución de transferencias U.E.	GNF	24/04/2014		
		21 Elaboración de propuesta de Nota Modificatoria y envío a OGPPDO	GNF	25/04/2014		
		22 Registro de Nota Modificatoria en el Módulo Presupuestario y Aprobación	OGPPDO	28/04/2014		
		23 Ingreso Certificación Presupuestaria a SIAF y envío de Memorando a OGPPDO	GNF	29/04/2014		
		24 Aprobación Certificación Presupuestaria a SIAF	OGPPDO	30/04/2014		
		25 Informe, reportes, memorandos, oficios y proyecto de Resolución Jefatural de Transferencias	GNF	02/05/2014		
4	APROBACION	26 Envío de expediente del Proyecto de RJ de transferencias financieras a OGAJ	GNF	05/05/2014		
		27 Revisión de proyecto RJ de transferencias y emisión informe legal	OGAJ	06/05/2014		
		28 VFB en RJ de Gerentes y Jefes de Oficina	JISQIOPGPPDO/OGAR/OG AJ/GNF/GREP	07/05/2014		
		29 Proceso de firma de la Resolución Jefatural de Transferencias	JEFATURA	08/05/2014		
5	EJECUCION Y COMUNICACION	30 Ingreso de Compromiso Anual al SIAF	GNF	09/05/2014		
		31 Envío de Información a OGAR de Transferencias	GNF	12/05/2014		
		32 Publicación Resolución Jefatural en el diario El Peruano	SG	09-12/05/2014		
		33 Ejecución de Transferencias (Depósito en Cta. Clie. de U.E.)	OGAR	13-15/05/2014		
		34 Publicación en el Portal del SIS (RJ, Reportes por U.E. y EESS)	GNF	09/05/2014		
		35 Envío de correos electrónicos a UDRs y U.E.	GNF	09/05/2014		
		36 Envío de oficios a U.E. y Gobiernos Regionales	GNF	12/05/2014		

ACTIVIDADES				ORGANO RESPONSABLE	PRODUCCION	
GENERALES		ESPECIFICAS			ABRIL	
PRESTACIONES ADMINISTRATIVAS						
1	DETERMINACION DE LA PRODUCCION	37	Corte y envio de Reportes en Físico de aprobación de Prestaciones Administrativas (Incluye alimentación en casas de espera) a GNF.	UDRs	16/04/2014	
		38	Cierre de aprobación de Prestaciones Administrativas (SIASIS)	OGTI - UDRs	16/04/2014	
		39	Envío de Información de Prestaciones Administrativas a la GNF con memorando	OGTI	21/04/2014	
		40	Envío de reportes de aprobación de Prestaciones Administrativas y Sepelios a GNF	UDR	21/04/2014	
3	PROGRAMACION DE PAGOS DIRECTOS	41	Adecuación de data de Prestaciones Administrativas (SIASIS)	GNF	22/04/2014	
		42	Adecuación de data de Sepelios	GNF	22-23/04/2014	
		43	Elaboración de propuesta de Nota Modificatoria y envío a OGPPDO (Sepelios)	GNF	24/04/2014	
		44	Registro de Nota Modificatoria en el Modulo Presupuestario y Aprobación	OGPPDO	25/04/2014	
		45	Ingreso de Certificación Presupuestaria a SIAF y envío de Memorando a OGPPDO	GNF	28/04/2014	
4	APROBACION	46	Aprobación Certificación Presupuestaria a SIAF	OGPPDO	29/04/2014	
5	EJECUCION	47	Envío de Información a OGAR del detalle de los Pagos Directos de sepelios mediante transmisión de Base de Datos	GNF	09/05/2014	
		48	Ejecución de la FASE Girado - Sepelios	OGAR	12/05/2014	
		49	Trasmisión de la Base de Datos de acreditados por Sepelios al Banco de la Nación	OGTI	14/05/2014	



2 LISTA DE APLICACIONES INFORMÁTICAS VIGENTES

Desarrollo Propio

1. Sistema Integrado de Aseguramiento del SIS (SIASIS)
2. Aplicativo de Registro de Formatos del SIS (ARFSIS)
3. Módulo de Estado de Cuenta Corriente (MECC)
4. Portal Institucional (Portal)
5. Sistema de Registro y Control de Requerimientos para TI (SRCP)
6. Módulo de Mantenimiento de Pagos (Mtto Pagos)
7. Sistema Móvil del Seguro Integral de Salud (SIMOS)
8. Sistema de Registro de Encuestas (GESTORES)
9. Módulo de Supervisión Médica Electrónica (SME)
10. Módulo de Actualización de Datos (MAD)
11. Sistema Desktop de Actualización de Datos (SDAD)
12. Módulo de Actualización de Establecimientos de Salud (RENAES)
13. Módulo de Actualización SIASIS (MASIASIS)

Desarrollo Externo - Mixto

1. Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF)
2. Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA)
3. Sistema Integrado de Gestión Administrativa (SIGA WEB)
4. Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ)
5. Software de Inventario Mobiliario Institucional (SIMI)
6. Sistema de Planillas (Planillas)
7. Módulo de Mantenimiento del Aplicativo Desktop del Sistema STDW
8. Sistema de Trámite Documentario Web (STDW)

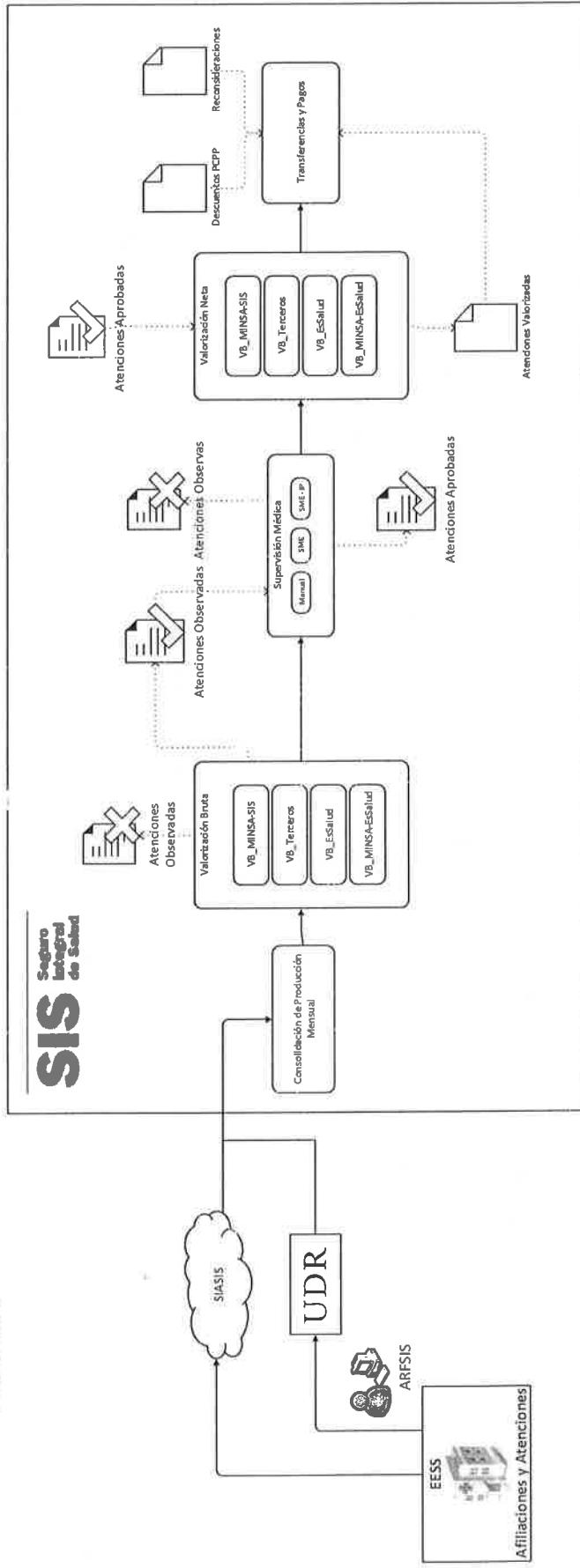


3 APPLICACIONES INFORMÁTICAS VIGENTES AGRUPADAS POR FINALIDAD

1 AFILIACIÓN DEASEGURADOS		2 PRESTACIONES DE SALUD	
SIASIS	Afilación	Afilación NRUS Independiente LPIS/PEAS Re afiliación AUS Semisubsidiado Subsidiado Subsidiado LPIS/PEAS	Atención Atención SISSOL (farm MINSA) Atenciones NRUS Cobertura extraordinaria Procedimientos Referencia ESSALUD
ARFSIS	Afilación Evaluación Filación	Consulta Intercambio Prestacional SIS - ESSALUD	Atención Atención SISSOL (farm MINSA) Atenciones NRUS Cobertura extraordinaria Procedimientos Referencia ESSALUD Sepelio Traslado
PORTAL	Consultas en Línea	Consultas MYPE	Consulta de Atenciones EDI (Intercambio Electrónico de Datos) Focalización FESE f1 semi subsidiado Social FESE f1 subsidiado Consulta Intercambio Prestacional SIS - ESSALUD
3 SUPERVISIÓN DE LAS PRESTACIONES DE SALUD		4 RENDICIÓN DE CUENTAS	
SIASIS	PCPP, Reconsideración	Proceso de Control Presencial Posterior Reconsideración	Administración de no tarificados Estado de cobranza central Estado de cobranza ODSIS Reportes
MOD SME	Supervisión Médica Electrónica	5 VALORIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES	
Encuestas	GESTORES SIMOS	Rendición de cuentas Reportes	Credito presupuestario Registro de distribución Registro de ejecución Reporte financiero Reporte trimestral Reporte totalizado Reportes sasis
MOD CTA CTE	Cuenta Corriente (Estado de FIUAS)		

Y. Hernández R.

4 FLUJO DE PROCESOS

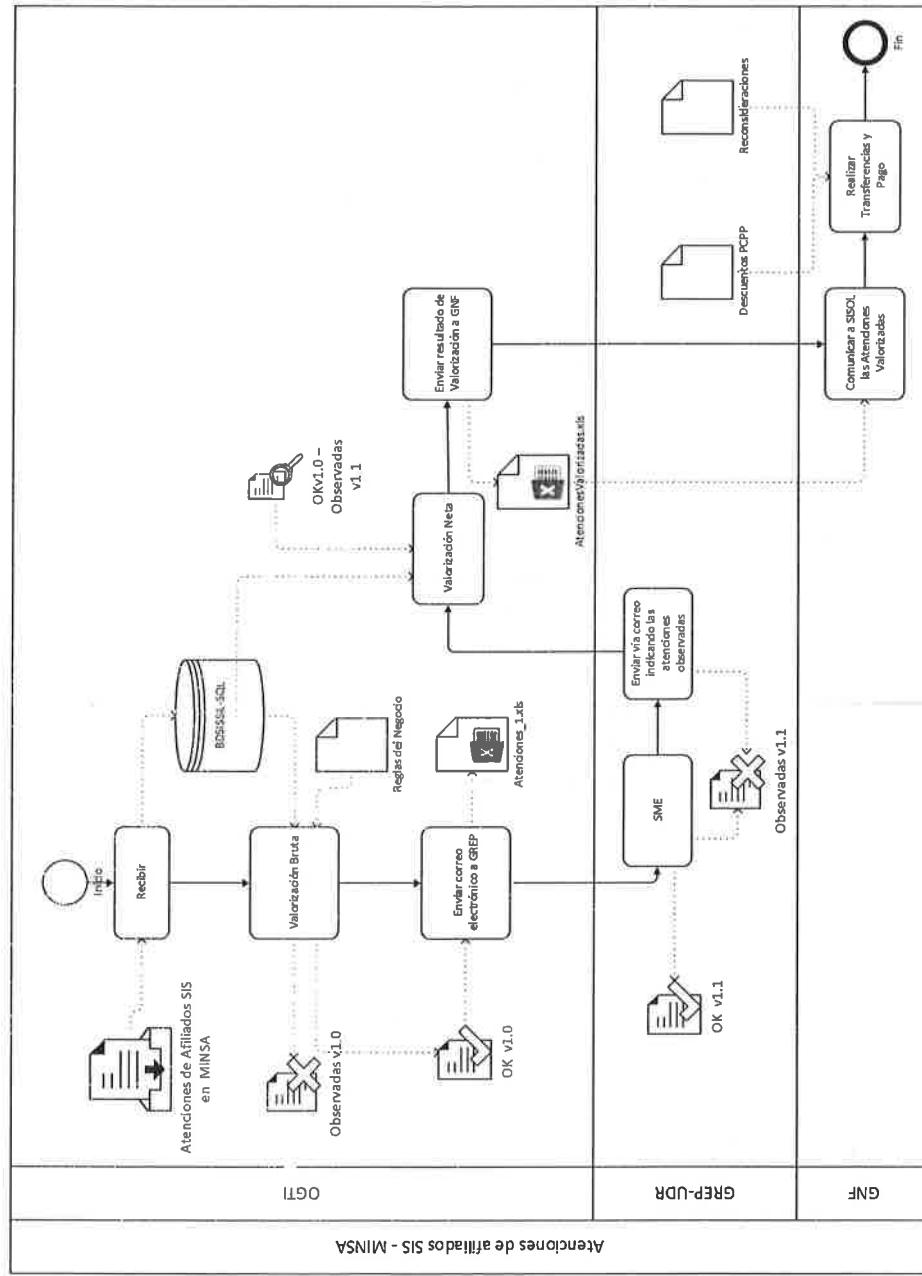


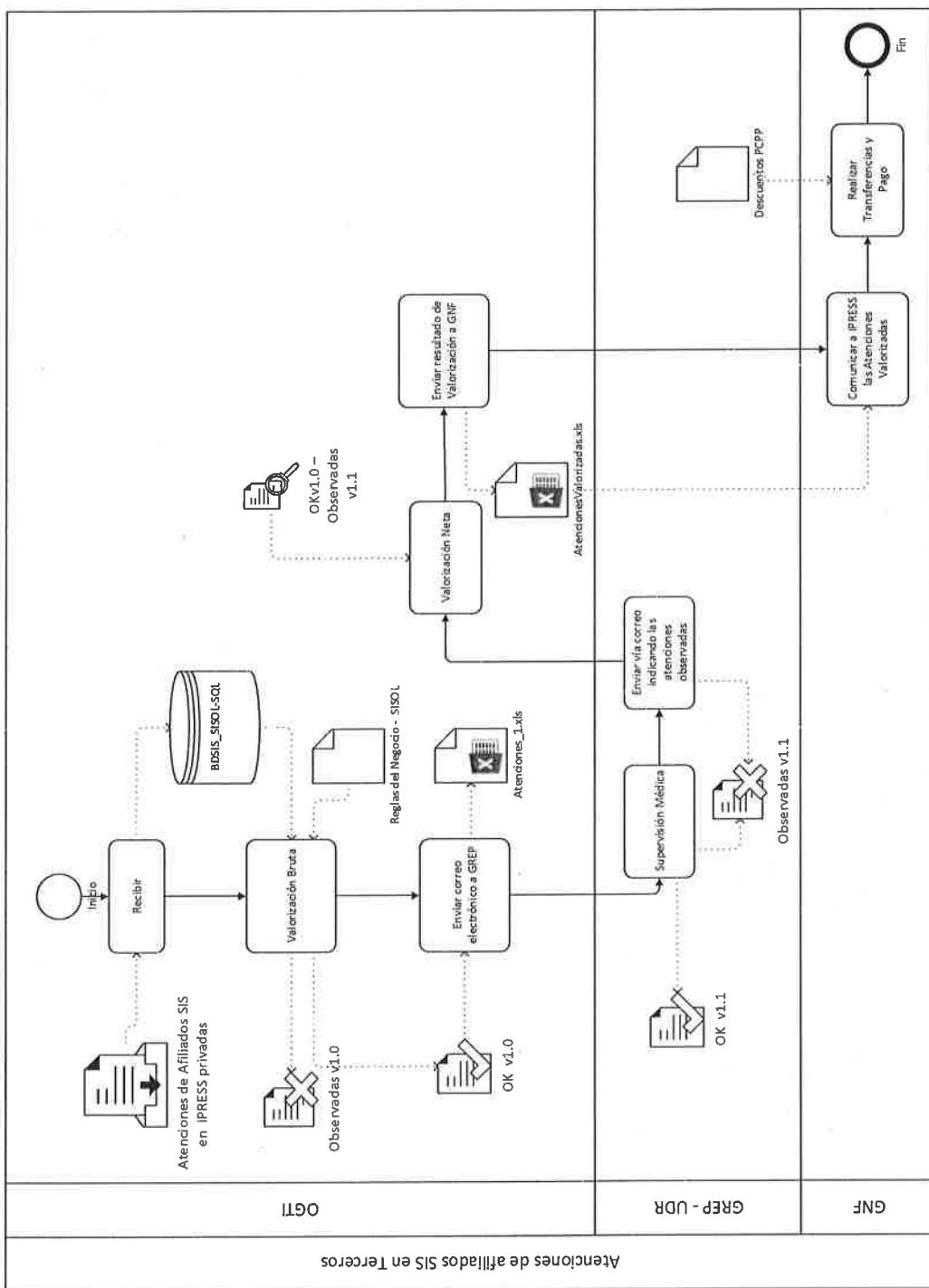
Código de Actividad: 3.4.5.2



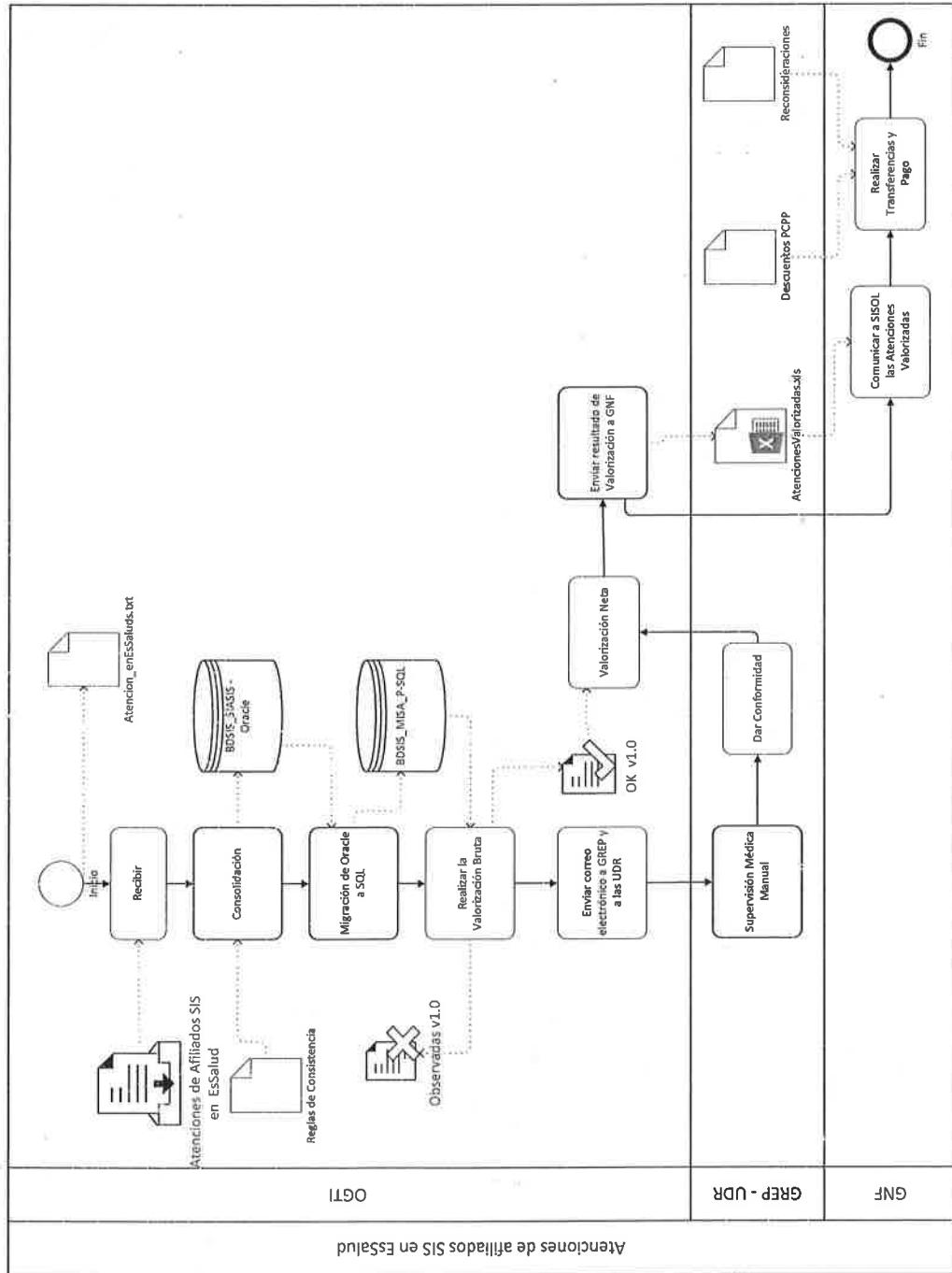
5 FLUJO DE PROCESOS DE ALTO NIVEL SEGÚN ESQUEMA DE ATENCIÓN

1. SIS-MINSA

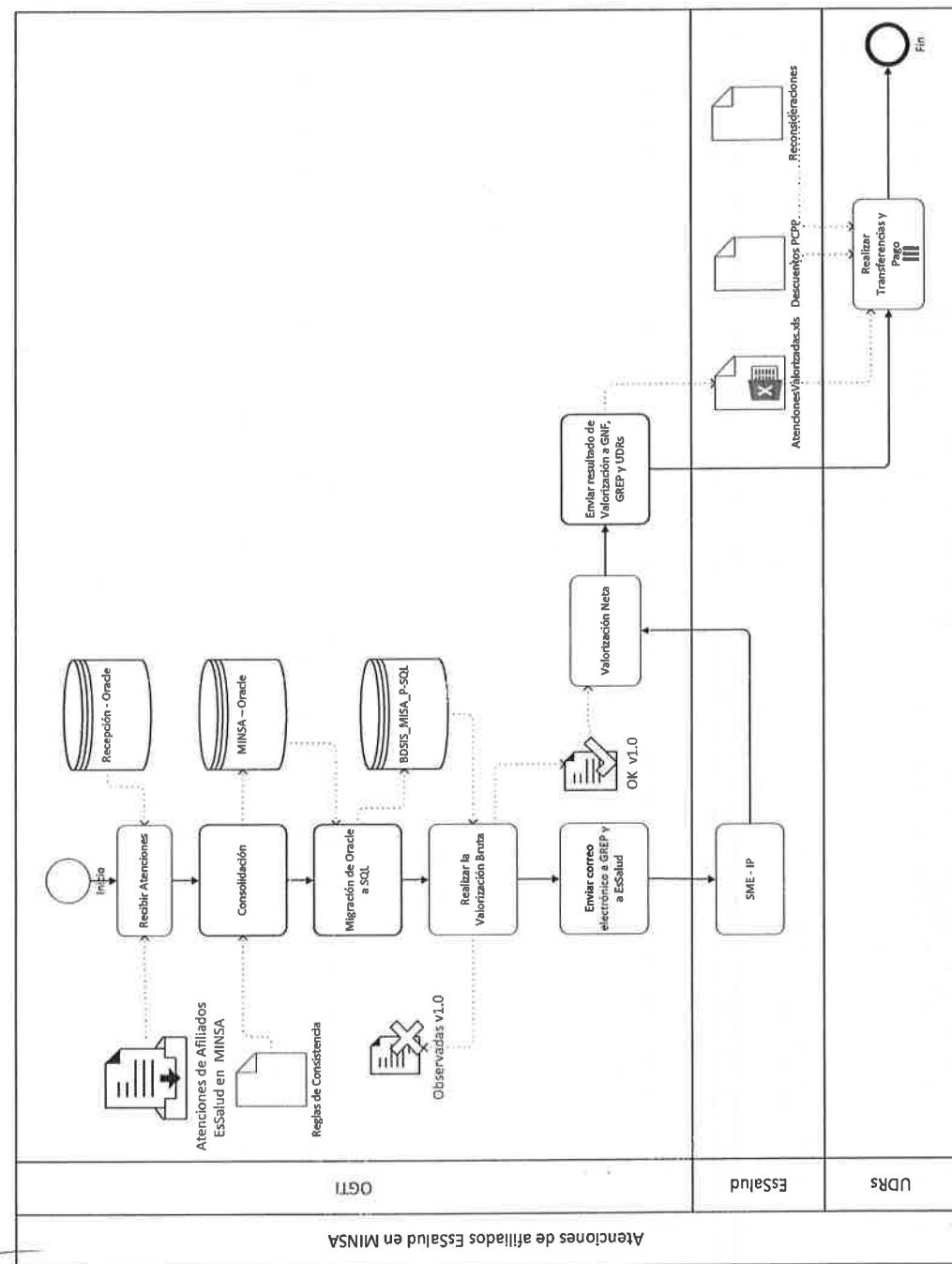




3. SIS-EsSalud



Código de Actividad: 3.4.5.2





6 MATRIZ ESCHEMA DE ATENCIÓN VERSUS PROCESO

Resolución y Consolidación	Valoración Bruta	Supervisión Médica	Valorización Neta	Pagos y Transferencias
Los datos se obtiene por un sistema de transmisión de datos, vía trama electrónica, desde el Estado de Salud o las UDR hacia los servidores centrales de SIS; la consolidación se realiza aplicando reglas de consistencia sobre la data enviada.	Consiste en el cálculo del valor de las prestaciones, en base al Algoritmo de Valorización.	La supervisión o auditoría médica se realiza en base a los reportes obtenidos en la Valorización bruta, y determina FUAS observadas (parcial o totalmente) y el grado de valorización que se le debe dar a las mismas.	También conocido como "Cierre de SME", consiste en la valorización que incluye las prestaciones observadas y validadas en la supervisión médica	Obedece a diferentes mecanismo de pago como el capitalizado o el pago con preliquidación anticipada; el objetivo es realizar el pago de las prestaciones de salud y administrativas
Evaluación y Aprobación				
Aseguradoras	Instituciones Prestadoras de servicios de Salud			
SIS	MINSA	Las actividades se realizan siguiendo el Cronograma de actividades emitido trimestralmente por la Jefatura del SIS	Las prestaciones a valorizar se obtienen de la base de datos: DDSIS_SIASIC	Se realiza a través del Aplicativo WEB: SME; las prestaciones observadas no conformes, podrán ser subsanadas en la opción Reconsideraciones del aplicativo
SIS	SISOL IOL Divino Niño	Las actividades se realizan según solicitud de la GREP	Las prestaciones a valorizar se obtienen de la base de datos: DDSIS_SISOL	La supervisión médica se realiza de manera manual.
SIS	EsSalud	Las actividades se realizan según solicitud de la GREP	Las prestaciones a valorizar se obtienen de la base de datos: DDSIS_MINSA_P	La supervisión médica se realiza de manera manual. Es responsabilidad de las UDR dar conformidad de las aclaraciones que se realizan en los establecimientos de EsSalud
Cobros				
EsSalud	MINSA	Las actividades se realizan según solicitud de la GREP	Las prestaciones a valorizar se obtienen de la base de datos: DDSIS_MINSA_P	Es realizado por los médicos de EsSalud, a través del aplicativo Web SME de intercambio Prestacional
Cobros				
				El cobro de las prestaciones se realiza en las UDR

7 FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN

1. FUA Físico

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN		Consulta Externa						
FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN		CE						
NÚMERO DE FORMATO		06/11/2010						
CÓDIGO DEL EQUIPO ASPIED: NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO O EQUIPO ASPIED QUE REALIZA LA ATENCIÓN		CTA: 0000361705 - 000						
150141A101		INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS						
COMPONENTE		TIPO FORMATO FILIACIÓN	CÓDIGO DE AFILIACIÓN/INSCRIPCIÓN	IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO DE AFILIACIÓN DEL ASSEGURADO(S)			
SUSCIDIADO	X	M-A-D.	AREA	Nº DE DOCUMENTO	INSTITUCIÓN			
SEMI-SUSCIDIADO		APRUEBO	PERD.	TD	Nº DE DOCUMENTO			
				230	0-000157			
				DNI	27035826			
APPELLIDO PATERNO: SALAZAR		APPELLIDO MATERNO: MOREAU						
PRIMER NOMBRE: PAULINA		OTROS NOMBRES: AURORA						
FECHA DE NACIMIENTO: 01/12/1954		TIPO DOCUMENTO: HOMBRE	ATENCIÓN: AMBULATORIO	DESTINATARIO: PUEBLOPIRA	CONCEPTOS PRESTACIONALES:			
DIA	MES	AÑO	X		ATENCIÓN DIRECTA	Nº DE AUTORIZACIÓN	MONTO	
01	12	1954			ENFERMEDAD ALTO COSTO (NO LIPS)			
FECHA DE ATENCIÓN: 08/11/2010		HORA: 9:10	LUGAR DE ATENCIÓN: INTRAMURAL	Nº DE HISTORIA CLÍNICA: 0486313	CASO ESPECIAL	X	00000202	
			EXTRAMURAL		EFECTO			
PERSONAL QUE ATIENDE: ITINERANTE/SE ASPIED		CÓDIGO DE PRESTACIÓN: 056	CÓDIGO DE EQUIPO ASPIED: 000150106A312	NOMBRE DEL EQUIPO ASPIED QUE RECIBIÓ AL PACIENTE: P. S. VILLA VENTURO	Nº DE HISTORIA DE REFERENCIA:	FECHA DE PARTO: DIA MES AÑO		
						DIA	MES	AÑO
DESTINO DEL ASSEGURADO:								
ALTA	CITADO	E	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO	CONTRAREFERIDO	FALLECIDO	
CÓDIGO DEL SE-05:		E/S AL QUE SE REFIERE/CONTRAREFERIR:			Nº HISTORIA DE REFERENCIA:			
SERVICIOS PREVENTIVOS:								
CPW (Nº)		PESO KG		TALLA CM		CONSEJERIA NUTRICIONAL		
CRAS 6007 10006		RODO BENTON BENTON		APGAR	1 2	CONSEJERIA PP/FF		
ALTURA UTERINA (cm)		CREC PP1	DDDPV	ADMINIST. VITAMINA D3		PROTEINAS OCULAR		
PA (mmHg)		CREC PP1	DDDPV	ADMINIST. VITAMINA D3		PROTEINAS OCULAR		
PERICOPRO- FILADS		LACTANCIA MAT EXCL		CONTROLE FUMARIN SC		ADMINIST. SUPL. NUTR.		
ADMINT. ESTERIL ANTERIAMENTE								
DIAGNÓSTICOS:								
DIAGNÓSTICOS:				DIAGNÓSTICOS DE INGRESO:		DIAGNÓSTICOS DE EGRESO:		
1. TUM. ENRONQUO C/PULMON, SA:				TIPO DI	CIE - 10	CIE - 10	TIPO	
2.				P	0	0	R	
3.				P	0	0	R	
4.				P	0	0	R	
5.				P	0	0	R	
				P	0	0	R	
NOMBRE: 45005418 VASQUEZ CEAVES ELE FRANKE				Nº DE COLEGIATURA:		CÓDIGO: C50463		
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN: 1 ESPECIALIDAD MEDICINA								
AVISO AL ASSEGURADO: AVISE AL ASSEGURADO DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES QUE TIENE EN EL SERVICIO DE SALUD. PUEDE CONSULTAR EL DOCUMENTO "DERECHOS Y OBLIGACIONES DEL ASSEGURADO EN EL SERVICIO DE SALUD".								
Firma y Sello del Responsable de la Atención:				Firma del Asegurado o Apoderado:				
DEL REGISTRO CORRECTO Y DE LA DIGITALIZACIÓN OPORTUNA DEFENDERÁ EL PAGO DE LAS PRESTACIONES A TU ESTABLECIMIENTO								
Pluma Digital								

2. FUA Digital

**SISTEMA INTEGRADO DE ASEGURAMIENTO DEL SIS
SIASIS**

REGISTRO DE ATENCIÓNES

D 04/02/2011 09:16

PERÍODO DIGITACIÓN: DIFERO
PERÍODO DE PRODUCCIÓN: 01/01/2011 - 31/12/2011
Costo Preliminar: 078.2500

F2 F9 F10 F11 F12 F5 F7

1. Datos de la Entidad

Nº Formato de Atención: 010-010-01277836 Mostrar
EES/Equipo ASIPEL que realiza la atención: 150135A101 H. CAYETANO HEREDIA
Unidad (pec [Sólo Sepelios, Tras, Proce]): 0137 V

RECONSIDERACION (Nº de Formato):

2. Datos del Asegurado

Componentes: SUBSIDIADO
Tipo formato: FORMATO NUEVO Cod Afiliación / Inscripción: 200-6-0055500
Datos del Titular:

Tipo de Documento: NO CUENTA CON DNI Nº de Documentos:
Tiene otro seguro en?: NO TIENE Cod. de Afiliación del Seguro:
Apellido Paterno: GARAY Apellido Materno: HIDALGO
Primer Nombre: CARLOS Otros Nombres: DELFINA
Fecha de Nac. / Edad: 16/07/1956 / 54a/4m/190
Integrantes Semisubsidiado: -- SELECCIONE --
Coincidencia de Nro Afiliados: -- SELECCIONE --
Atención: EMERGENCIA Condición Maternal: NO GESTANTE
Concepto Prestacional: ATENCIÓN DIRECTA Fecha de Parto: dd/mm/aaaa
Nº Autorización:
Nº Historia Clínica: 1354305 Monto:

3. Datos de la Atención

Fecha de Atención: 05/12/2010 Hora: 10:00 0-24 Lugar de Atención: INTRAMURAL
Personal que atiende: DEL ESTABLECIMIENTO
Código de Prestación (Servicio): 365 INTERNAMIENTO EN EESS EN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
Ex referido del EESS/Cod. ASIPEL:
Nº Hoja de Referencia:
Destino del Asegurado Referido: ALTA Fech. Ingreso: 04/12/2010 dd/mm/aaaa
Cód. E.S Referencia/ContraRef.:
Nº Hoja Referencia/ContraRef.: Fech. Alta: 05/12/2010 dd/mm/aaaa

4. Responsable de la atención

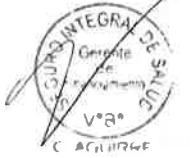
Tipo docu.: DNI Nro Documento: 10080013 Responsable de la Atención: SOSA VALLE HECTOR JESUS JESUS
Nº Colegitura: 35225 Descripción: MEDICO
Responsable de la Atención: SOSA VALLE HECTOR JESUS JESUS
Descripción: MEDICO
Características: MÉDICO, 2=PARFARMACÉUTICO, 3=DODONTOLOGO, 4=BIOLÓGICO, 5=OBSTETRICIA, 6=ENFERMERA, 7=TRABAJADORA SOCIAL, 8=PSICÓLOGO, 9=TÉCNICO
MEDICO, 10=NUTRICIONISTA, 11=TÉCNICO EN ENFERMERIA, 12=AUXILIAR DE ENFERMERIA, 13=TÉCNICO DE LABORATORIO

5. Observaciones

F8->r a Diagnósticos F9->r a Grabar
Caracteres Disponibles: 1000
V 2.05 17/09/2010

Seguro Integral de Salud
Av. Gregorio Escochea 429 Jesus Maria / Lima

Oficina de Informática y Estadística

- 8 INFORME FINAL SOBRE EL INVENTARIO DE PROCEDIMIENTO DEL CORE DEL SIS,
CORRESPONDIENTE AL PROCESO DE VALORIZACIÓN Y PAGO DE LAS PRESTACIONES DE SALUD Y
ADMINISTRATIVAS (92 PÁGINAS⁷)

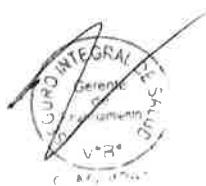


⁷ Adjunto en Medio Magnético

9 DICCCIONARIO DE DATOS DE BDSIS_SIASSIS (363 PÁGINAS⁸)



V. H. H.



⁸ Adjunto en Medio Magnético

10 JOBS DE VALORIZACIÓN

10.1 Valorización Bruta



10.1 Valorización Bruta

Paso	Procedimiento Almacenado	Descripción	Necesario para	Depende de
1	bdsis_sasis.dbo.RC_IDENTIFICAOTRO PERIODO	Inicializa un campo que sirve para el PSA.	9,13	
2	bdsis_sasis.dbo.VAL_INICIALIZA_PRODUCCION_MES_VALORIZA_RM2_RMS	Actualiza los campos necesarios para la valorización y asigna el tipo de valorización de la prestación: TARIFA o CONSUMO. Actualiza el valor de la tarifa del servicio.	3,5,6,7,8,9,13,14,18	
3	bdsis_sasis.dbo.VAL_IDENTIFICA_CAPITA_ITA_2013_JUNIO	Identifica las prestaciones CAPITA.	4,14,15,16,17	2
4	FIS_IDENTIFICA_ATENCIONES_FISSAL	Identifica las prestaciones FISSAL.		3 Parámetros mensuales de FISSAL
5	bdsis_sasis.dbo.PSA_INICIALIZA_2	Inicializa los valores para iniciar el proceso SME-PSA. De la RM 240	9,10,11,13,19,20	5
6	bdsis_sasis.dbo.VAL_IPRECIOS_APPLICADOS_INSERTA_2013	Inserta los precios de medicamentos/insumos por unidad ejecutora para las prestaciones con fecha de atención a partir de Enero 2012. (algoritmo de med/ins nuevo)	8	2 Proceso Mensual de carga de precios DIGEMID
7	bdsis_sasis.dbo.VAL_IPRECIOS_APPLICADOS_ALGORITMO_ANT	Inserta los precios de medicamentos/insumos por unidad ejecutora para las prestaciones con fecha de atención anteriores a Enero 2012. (algoritmo de med/ins antiguo)	8	
8	bdsis_sasis.dbo.VAL_VALORIZA_PRODUCCION_BRUTA_REVALORIZA_RM2_RMS_2013	Actualiza el valor bruto de la prestación y valor bruto del total de medicamentos, insumos y procedimientos.	9	2,6,7
9	bdsis_sasis.dbo.PSA_ATENCION_BAT_CH_240	Inserta en la tabla de observaciones, las FUAS que incumplen ciertas reglas de validación RM 240	10	1,2
10	bdsis_sasis.dbo.PSA_240_RV4	Inserta en la tabla de observaciones, las FUAS que incumplen ciertas reglas de validación RM 240	11	9



Paso	Procedimiento Almacenando	Descripción	Necesario para	Depende de
11	bdsis_sasis.dbo.PSA_RJ062_RETIRAO BS	Inserta en la tabla de observaciones, las FUAS que incumplen ciertas reglas de validación RM 240	18	10
12	bdsis_sasis.dbo.VAL_INICIALIZA_PRO	Inicializa los valores para iniciar el proceso SME-PSA. De la RM 226	13	
13	bdsis_sasis.dbo.PSA_ATENCION_BAT DUCCION_MES_ARTICULO3Y4_2013 CH_226	Inserta en la tabla de observaciones, las FUAS que incumplen ciertas reglas de validación RM 226	18	1,2,13
14	bdsis_sasis.dbo.VAL_IPRECIOS_APPLIC ADOS_INSERTA_CAPITA_2013	Inserta los precios de medicamentos/insumos por unidad ejecutora para las prestaciones CAPITA con fecha de atención a partir de Enero 2012. (algoritmo de med/ins nuevo)	18	3,6,7
15	bdsis_sasis.dbo.VAL_CopiaAteEnTabl asCapita	Registra las prestaciones CAPITA en tablas propias del CAPITA antes que el resultado de valorización se actualice a CERO por ser prestaciones que ya han sido pagadas.	3,8	
16	bdsis_sasis.dbo.VAL_CAPITA_VALORI ZA_A_CERO	Actualiza el valor bruto y neto de las prestaciones CAPITA a CERO	3,8	
17	bdsis_sasis.dbo.VAL_NETA_CAPITA	Actualiza los valores Neto de prestaciones CAPITA en las tablas del CAPITA.		
18	bdsis_sasis.dbo.VAL_VALORIZA_PRO DUCCION_NETA_FINAL_REVALORIZA_ 226	Actualiza el valor neto de la prestación y valor neto del total de medicamentos, insumos y procedimientos.	PROCESO CIERRE SME	SME
19	bdsis_sasis.dbo.PSA_ATENCION_BAT CH_226_AVISOS	Inserta en la tabla de avisos, las FUAS que deben revisarse en el proceso de SME, de acuerdo a los criterios de avisos.	PROCESO SME	
20	bdsis_sasis.dbo.SME_RESTAURA_CO NFORMIDAD_TOTAL	Por defecto coloca a todas las FUAS observadas como NO CONFORMES para que puedan ser RECONSIDERADAS	PROCESO RECONSIDERACION	DE 5



10.1 Cierre de SME y Valorización Neta

Paso	Procedimiento Almacenado	Descripción	Necesario para	Depende de
			CIERRE APlicativo	DEL
1	SUP_CIERRA_PERIODO_SME_SOLO_ESTADO	Se actualiza el estado de cierre del SME por cada UDR.		CRONOGRAMA O CORREO DE GREP
2	zsmp_Fissal_00_RestableceValoresCovenio	Para los casos en que el Job de Cierre SME se ejecuta más de una vez, este paso restaura los campos de valorización como estaban antes de las actualizaciones del paso 6.	5	1
	Identifica los valores de las prestaciones FISSAL en la tabla CAPITA y los actualiza en I_ATENCION.			
3	VAL_VALORIZA_PRODUCCION_NETA_FINAL_REVALORIZA_226		5	1,2
4	SME_RESTAURA_CONFORMIDAD_TOTAL	Por defecto coloca a todas las FUAS observadas como NO CONFORMES para que puedan ser RECONSIDERADAS	NO	PROCESO DE RECONSIDERACIóN
5	FIS_VALORIZA_ATENCIONES_FISSAL	Actualiza el resultado de la valorización de las prestaciones en las tablas del proceso FISSAL.	6	2,3
6	FIS_ACTUALIZA_FISSAL_IATENCION	Actualiza el tipo de financiamiento como resultado del procesamiento FISSAL y los valores netos de las prestaciones FISSAL.	7	5
	Inserta las prestaciones FISSAL con convenio y que han sido pagadas por adelantado en otras tablas CAPITA para poder actualizar los valores netos a CERO.			
	Actualiza a CERO los valores netos de las prestaciones financiadas por FISSAL porque han sido pagadas por adelantado.			
	Inserta las prestaciones que tenían avisos para el SME y que no han sido revisados, tomando en cuenta el valor neto y las prestaciones que no son de FISSAL.			
7	BDSIS_SIASSIS.DBO.PCPP_REGISTRA_MUESTRA		PROCESO PCPP	1,3,6
8	SUP_CONSULTA_DATOS_CONFORMIDAD_GENERAR_Reporte		PROCESO ACTA DE CONFORMIDAD	1,3,6

11 STORE PROCEDURES (256 PÁGINAS⁹)



⁹ Adjunto en Medio Magnético

12 VOLUMETRÍA: PRESTACIONES DE SALUD POR ESTABLECIMIENTO DE SALUD – MARZO 2014 (123
PÁGINAS¹⁰)



¹⁰ Adjunto en Medio Magnético

13 REQUERIMIENTOS MÍNIMOS PARA LA MEJORA Y AUTOMATIZACIÓN DE LOS PROCESOS DE VALORIZACIÓN Y PAGO DE PRESTACIONES

13.1 Valorización de Prestaciones

13.1.1 Gestión de Convenios y Contratos

El sistema debe permitir:

- Registrar nuevos convenios y contratos con IPRESS públicas o privadas., incluyendo parámetros cuantitativos y cualitativos para su valorización.
- Registrar nuevos criterios de valorización que correspondan a los convenios y contratos.
- Registrar nuevos convenios con IAFAS.
- Mantener la configuración convenios con IAFAS, como por ejemplo FISSAL.
- Generar reportes sobre las condiciones establecidas en el plan de beneficiario del SIS, que incluyan los recursos y los costos implicados.

13.1.2 Gestión de planes y Productos

El sistema debe permitir:

- Establecer y modificar Tarifarios de prestaciones y precios de operación.
- Mantener tarifarios en base a convenios y contratos establecidos.

13.1.3 Establecimiento de Criterios de Valorización

Se debe tener en cuenta en la mejora de procesos:

- Los criterios de valorización, los cuales son definidos por GNF, se deben estructurar y modificar conforme a la nueva estructura de datos propuesta.

El sistema debe permitir:

- Configurar y modificar los criterios de valorización, el cual debe ser configurable, al menos, por esquema de atención, unidad ejecutora y establecimiento de salud.
- Crear reportes de prueba, que permitan probar las modificaciones en los criterios de valorización. Estos reportes se deben crear a partir de una muestra población o a través de FUAs de prueba; estas últimas no forman parte de la producción de real.

13.1.4 Mantenimiento de Catálogos y Tarifarios

El sistema debe permitir:

- Actualizar los Precios de Operación de Medicamentos e Insumos, sobre los cuales se aplicaran reglas y filtros de validación.
- Realizar el mantenimiento del catálogo de Medicamentos e Insumos, considerando las reglas de validación respectiva.
- Mantener actualizada la Tabla de Prestadores SIS, con respecto a las actualizaciones que realice RENAES.
- Contar con filtros de validación para la actualización de la Tabla de Prestadores SIS. Se debe considerar las actualizaciones de las Unidades Ejecutoras y los establecimientos de Salud.
- Visualizar el historial de cambios de los Catálogos y Tarifarios.

- Actualizar la página web institucional con los cambios en el Catálogo de Medicamentos y en los Precios de Operación, según formato establecido por el SIS.

13.1.5 Consolidación y Valorización Bruta de Prestaciones

Se debe tener en cuenta en la mejora de procesos:

- Las reglas de consistencia utilizadas actualmente, deben adaptarse a la nueva estructura de datos propuesta.
- Para el proceso de Valorización Bruta de Prestaciones se debe tener en cuenta los mecanismos de validación actuales y los criterios de valorización establecidos.

El sistema debe permitir:

- La consolidación de la producción debe realizarse de forma automática según parámetros configurables, en los cuales se debe considerar la periodicidad de la consolidación.
- La consolidación de la producción debe realizarse de manera estandarizada para los diferentes esquemas de atención.
- Enviar avisos de finalización de la Valorización, lo cual incluye el envío de reportes resumen a usuario.
- Emitir reportes de valorización según necesidades de usuario.

13.1.6 Evaluación Prestacional y Reconsideraciones

El sistema debe permitir

- Generación de muestras para la supervisión médica, en base a parámetros configurables por el usuario.
- Mantener el calendario de visita de los médicos supervisores.
- Llevar un control y seguimiento sobre el proceso de control prestacional en los diversos esquemas de atención.
- Registra las observaciones que pudieran existir en las FUAs que son sometidas a evaluación, las observaciones deberán ser tipificadas de manera que permita determinar si la FUAs es total o parcialmente observada.
- Configurar reglas de validación del médico supervisor.
- Registra cambios en las Reconsideraciones según el nivel de observación de las FUAs, así como los posibles comentarios sobre las FUAs y documentación anexa que se considere relevante.
- Mantener un control de las Reconsideraciones que sean registradas por los establecimientos de salud.
- Permitir aceptar o rechazar las reconsideraciones, para ellos los criterios de rechazo de las reconsideraciones deben encontrarse debidamente tipificado.
- Llevar un control de los estados de las FUAs que ingresan al proceso de evaluación prestacional.

13.1.7 Valorización Neta de Prestaciones

El sistema debe permitir:

- Programar el cierre del SME y la valorización Neta de Prestaciones
- Enviar alerta luego de la valorización neta de prestaciones, adjuntando informes y reportes correspondientes.

13.2 Transferencias y Pagos

El sistema debe permitir:

- Realizar la programación de pago, según los mecanismos de pago, las estructuras y la disponibilidad de recursos.
- Distribuir los pagos a realizarse a nivel de subprograma, programa presupuestal, metas y clasificador de gatos; de manera que se pueda realizar las Notas Modificadorias respectivas.
- Registrar y aprobar las Notas Modificadorias correspondiente al pago de las prestaciones de salud y administrativas. Para tal propósito, se debe garantizar una comunicación con el SIAF.
- Realizar la Certificación presupuestal, de manera masiva para todas las transferencias y los pagos respectivos.

13.3 Control Posterior de Prestaciones

13.3.1 Control Presencial Posterior

El sistema debe permitir

- Generación de muestras para PCPP, en base a parámetros configurables por el usuario. Se debe contar con una opción para probar la muestra, para lo cual se debe utilizar una población de prueba, que no forme parte de la producción de real.
- Registra las observaciones que pudieran existir en las FUAs que son sometidas a evaluación, las observaciones deberán ser tipificadas de manera que permita determinar si la FUAs es total o parcialmente rechazada.
- Mantener el calendario de visita de los médicos supervisores.
- Realizar modificaciones sobre las visitas del

13.3.2 Supervisión al PCPP

El sistema debe permitir

- Llevar un control y seguimiento sobre el proceso de control prestacional en los diversos esquemas de atención.
- Notificar mejoras u observaciones sobre PCPP a médicos supervisores, UDR o GREP.
- Registrar y modificar actas y fichas de supervisión.



14 RJ-N076-2012 ALGORITMO DE VALORIZACIÓN (28 PÁGINAS¹¹)



¹¹ Adjunto en Medio Magnético

15 DESCRIPCIÓN DE PAGOS CÁPITA Y PRE LIQUIDADO

15.1 PAGO CAPITA:

Definición:

Pago prospectivo que se realiza a la región según el número proyectado de afiliados en establecimientos de salud de primer nivel de atención de acuerdo a la cobertura aprobada. En el cual la unidad de pago es el asegurado, por un tiempo determinado.

Objetivo:

Pago prospectivo.

Determinar el pago Cápita para el financiamiento de las prestaciones de salud del Primer Nivel de atención brindadas a los beneficiarios SIS.

Alcance:

El alcance del pago se da entre el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales, Direcciones Regionales de Salud o las que hagan de sus veces, Dirección de Salud o las Unidades Ejecutoras a nivel nacional del sector público a través de los Convenios de Gestión, acordados previamente, para las atenciones en el primer nivel de atención de nuestros asegurados SIS.

15.2 PAGO PRE LIQUIDADO:

Definición:

Es la transferencia financiera que realiza el financiador a la Unidad Ejecutora previamente a la valorización y liquidación de prestaciones, según "valor de producción mensual base" y las cláusulas establecidas en los convenios.

Objetivo:

Pago Prospectivo.

Determinar el valor de producción mensual base que sirve para establecer el monto de la transferencia de recursos para el financiamiento de las prestaciones de salud del Segundo y Tercer nivel de atención, brindadas a los asegurados al Seguro Integral de Salud, siendo estas valorizadas de acuerdo a tarifarios vigentes.

Alcance:

El alcance de este pago se da, desde el Seguro Integral de Salud y los Gobiernos Regionales, Direcciones Regionales de Salud, o las Unidades Ejecutoras a nivel Nacional del sector público donde corresponda a través de Convenio de Gestión, acordados previamente.

