ANEXO I

GRATUIDAD DE CONTROLES OBLIGATORIOS

Frecuencia de controles en salud en menores de 18 años, de acuerdo a pautas de los programas nacionales de salud: de la niñez, adolescente, de mujer y género, bucal y ocular.

Pediatra (en el Caso del control de Niño sano, la Consulta puede ser realizada por: **Médico General (o médico de familia), Odontólogo, Ginecólogo u Oftalmólogo.**

EDAD	CONTROLES	CONTROLES	CONTROLES	CONTROLES	CONTROLES
Menos 1 mes	2				
1 mes a					
1 año	9		2		
1 año	4		2		
2 años	3		2		
3 años	3		1	1	
4 años	2		1		
5 años	1		1	1	
6 años	1		1		
7 años	1		1		
8 años	1		1		
9 años	1		2		
10 años	1		2		
11 años	1		2		
12 años	1		2	1	
13 años	1		2		
14 años	1		2		
15 años		1	2		
16 años		1	2		1
17 años		1	2		1
			2		1

En el caso de embarazo normal los controles según pauta son:

Mensualmente hasta la semana 32

Quincenalmente hasta la semana 36

Semanalmente hasta el parto.

ANEXO II

PARAMÉTRICA DE AJUSTE DE PRECIOS

Estructura y actualización

La estructura paramétrica en base a la cual se ajustan los precios de las cuotas individuales y colectivas de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, así como el componente cápita de la Cuota Salud que paga el FONASA a los prestadores integrales, se establecerá según los siguientes criterios:

En el mes de julio de cada año, en base a los Estados de Resultados de las IAMC correspondientes al ejercicio cerrado en setiembre del año anterior, se seleccionarán las seis instituciones con mayor peso relativo del rubro remuneraciones.

Para las instituciones seleccionadas se calcula el promedio ponderado de la participación de cada uno de los rubros de egresos que componen la paramétrica:

Remuneraciones médicas
Remuneraciones no médicas
Medicamentos
Servicios de salud contratados +
Honorarios Profesionales
Mantenimiento y Funcionamiento
Materiales y Suministros

El rubro remuneraciones se subdivide a su vez en "Remuneraciones Médicas" y "Remuneraciones no médicas".

- **"Remuneraciones médicas"** comprende los siguientes rubros del Estado de Resultados dentro del Costo de los Servicios Prestados:
    - Dirección y Gerencias Técnicas
    - Rem. Fijas Anestésico Quirúrgicos
    - Rem. Variables Anestésico Quirúrgicos
    - Rem. Fijas No Anestésico Quirúrgicos
    - Rem. Variables No Anestésico Quirúrgicos
    - Cargas Sociales Dirección y Gerencias Técnicas

- Cargas Sociales Personal Médico
-

- **"Remuneraciones no médicas"** comprende los siguientes rubros del Estado de Resultados dentro del Costo de los Servicios Prestados:

  - Rem. Fijas Técnicos No Médicos
  - Rem. Variables Técnicos No Médicos
  - Personal de Enfermería
  - Personal Administrativo
  - Personal de Servicios y Oficios
  - Retiros de Personal Incentivados
  - Cargas Sociales Personal Técnico No Médico
  - Cargas Sociales Otro Personal Asistencial
  - Aporte Patronal Fondos de Retiro (Personal Asistencial)
  - Seguro por Accidentes Laborales (B.S.E.)

También comprende el **Total de Remuneraciones y Cargas Sociales** dentro de los Gastos de Administración y Ventas.

- **Medicamentos**: total de "Consumo de medicamentos"

- **Servicios de Salud Contratados + Honorarios Profesionales**:
  - Total de "Servicios de Salud Contratados"
  - Total de "Honorarios Profesionales" dentro de Costo de los Servicios Prestados.

- **Mantenimiento y funcionamiento**

<u>Dentro de Costo de los Servicios Prestados</u>:

- Gastos de funcionamiento
- Gastos de mantenimiento
- Amortizaciones

<u>Dentro de Gastos de Administración y Ventas</u>:

- Arrendamientos

- Gastos de funcionamiento
- Gastos de mantenimiento
- Amortizaciones
- Impuestos Tasas y Contribuciones
- Otros Gastos de Administración y Ventas

- **Materiales y Suministros**

"Consumo de Materiales y Suministros" dentro de Costo de los Servicios Prestados

De acuerdo a estos criterios la estructura paramétrica vigente es:

Rubros	Indices considerados	Paramétrica
Salarios Médicos	Consejo de Salarios	27.69%
Salarios No Médicos	Consejo de Salarios	37.09%
Medicamentos	IPC Prod Med y Farm	8.79%
Serv salud contratados + honorarios prof.	IPC Serv Médicos	10.61%
Mantenimiento y Funcionamiento	IPC	10.62%
Materiales y Suministros*	TC (75%)**	3.90%
	IPC (25%)	1.30%
		100.00%

Criterios para la actualización de precios

Los índices de precios que se utilizarán para la actualización semestral del valor de las cuotas serán los siguientes:

Remuneraciones médicas	Consejo de Salarios
Remuneraciones no médicas	Consejo de Salarios
Medicamentos	IPC Productos Medicinales y Farmacéuticos
Servicios de salud contratados y Honorarios Profesionales	IPC Servicios Médicos
Mantenimiento y Funcionamiento	IPC
Materiales y Suministros (75%)	Tipo de Cambio
Materiales y Suministros (25%)	IPC

Materiales y Suministros: se considera 75% a ajustar por TC; dólar billete interbancario venta, promedio del mes.

En función de la información disponible, para el ajuste de enero de cada año se considerará la variación de precios del semestre junio – noviembre (del año anterior)[1], y para el ajuste de julio, la variación del semestre diciembre (del año anterior) – mayo (de ese año)[2].

Se establecen las siguientes excepciones a lo previsto en la cláusula 24° para el ajuste de cápitas y cuotas:

En enero de 2012 el ajuste será 1,25 puntos porcentuales superior al correspondiente por aplicación de la presente fórmula paramétrica.

En enero de 2013 el ajuste será 0,35 puntos porcentuales inferior al que resulte de la paramétrica.

En julio de 2013 al ajuste será 0,30 puntos porcentuales inferior al que resulte de la paramétrica.

En el primer trimestre de 2014 se constituirá un grupo de trabajo que analizará la situación económica y financiera del sistema en su conjunto, así como la proyección de mejora de ingresos derivada de la transición prevista en la Ley No.18.731 de 7 de enero de 2011. En función de los resultados de dichos estudios, el Poder Ejecutivo podrá realizar en los siguientes ajustes variaciones inferiores a las que resulten de la paramétrica, por hasta 0,6 puntos porcentuales como máximo, siempre que los resultados económicos del sistema IAMC, considerando el impacto de dicho ajuste, no resulten inferiores a 0,5% de los ingresos operativos netos, en base a los resultados económicos del ejercicio ajustados por inflación del sistema en su conjunto, al 30 de setiembre de 2013. A efectos del cálculo del 0,5% establecido no se computará el impacto de la sobre cuota de inversión ni en los resultados ni en los ingresos. Dicho grupo de trabajo estará constituido por siete miembros: dos en representación del MSP, dos en representación del MEF y tres en representación de las IAMC (dos por Montevideo y uno por el Interior).

---

[1] Es decir, la variación que surge de comparar los precios de noviembre con los de mayo, ambos del año anterior.

[2] Es decir, la variación que surge de comparar los precios de mayo de ese año con los de noviembre del año anterior.

ANEXO III
METAS ASISTENCIALES

Con el objetivo de impulsar un modelo de atención integral preventivo y promotor de la salud de los habitantes, a partir de acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación, por el que los usuarios pasan a ser el centro del sistema, las metas asistenciales son un instrumento que coadyuvan al cambio del modelo asistencial y posibilitan el desarrollo de las condiciones adecuadas para consolidar el mismo, en el marco de la reforma sanitaria y como forma de garantizar el bienestar en salud de la población.

Las metas asistenciales son un instrumento novedoso en nuestro medio para incentivar a nivel de las instituciones el desempeño por resultados, generando premios y castigos de acuerdo a los mismos. Dicho desempeño institucional se alinea a las prioridades que demande el SNIS, para una adecuada gobernanza del modelo de atención.

Permiten condicionar e impulsar una práctica asistencial y de gestión a la interna de las instituciones enmarcada en la estrategia nacional de desarrollo del modelo de atención, que conlleve el fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y del consecuente primer nivel de atención, así como a la garantía de calidad de las prestaciones.

Los programas nacionales del MSP vehiculizan a través de las metas asistenciales aspectos clave, de consenso nacional e internacional, para una atención de calidad y costo efectiva en respuesta a los problemas de salud –enfermedad demandantes.

Se Involucra además a las instituciones a ser parte del cambio del modelo, asumiendo un compromiso de ejecución y evaluación de las políticas impartidas.

Es así que las metas asistenciales en el marco de la reforma, priorizan ejes temáticos que van desde la reorientación estructural y funcional de los servicios de salud y consolidación de prácticas de sus equipos humanos, a la fomentación de una cultura de prevención y promoción en salud de trabajadores y usuarios.

Las mismas se deben basar en evidencia epidemiológica con fundamento científico localmente aplicable y sustentabilidad para su instrumentación.

Estas deberán ser estables en el tiempo para posibilitar su comparación a lo largo del mismo. Siempre ayudan a los procesos de mejora en la gestión que es otro de los pilares del Sistema. Asimismo constituirán instrumentos para orientar a los prestadores

hacia la mejora de gestión.

La información para la evaluación del comportamiento de los prestadores en la calidad de los servicios, genera condiciones adecuadas para la elección informada de los usuarios.

Toda nueva meta asistencial o adicional el prestador tendrá la opción de cumplir a partir de su creación. Será previamente informada a éste por parte de la Junta Nacional de Salud y deberá tener financiación propia.

En los casos de cumplimiento parcial de los respectivos indicadores el prestador tendrá derecho a percibir un pago proporcional por dicho cumplimiento, de acuerdo a los criterios establecidos en los instructivos de metas asistenciales.

En aquellas metas, en que su cumplimiento dependa de factores independientes a las acciones realizadas por el prestador, se tomará en cuenta en la evaluación de dicho cumplimiento la aplicación de los protocolos de actuación establecidos por la JUNASA.

COMISIÓN ASESORA

Cada vez que la JNS resuelva revisar y/o analizar las metas asistenciales existentes o las que se proyecten para el futuro, convocará a la Comisión Asesora de Metas Asistenciales.

Dicha Comisión se integrará de la siguiente forma: c i n c o representantes del Ministerio de Salud Pública, tres de los cuales pertenecerán a la DIGESNIS, uno de los representante del MSP la presidirá, tres representantes de las Instituciones de Asistencia Médica, (dos designados por las Instituciones con sede principal en Montevideo y uno designado por las instituciones del Interior) y un representante de ASSE. Cada titular deberá tener su respectivo alterno.

La Comisión tendrá los siguientes cometidos y atribuciones:

Revisar, analizar y proponer recomendaciones y asesorar en el tema de Metas Asistenciales que la JNS le encomiende.

MECANISMOS DE CONSULTA

En el entendido que la formulación de las Metas Asistenciales, así como su

implantación debe ser realizada teniendo en cuenta la opinión de los prestadores de servicios de salud, se establecen los siguientes mecanismos de consulta:

- ✓ Convocatoria a los equipos técnicos de los prestadores con la finalidad de analizar técnicamente el proceso de desarrollo y aplicación de la meta asistenciales. Primera consulta.
- ✓ Dentro de un plazo de 30 días (treinta días) corridos contados a partir del día siguiente a dicha convocatoria, se recepcionará en el Departamento de Metas Asistenciales de la DIGESNIS las observaciones y/o comentarios.
- ✓ Analizado el resultado de la consulta, por el Equipo de Metas Asistenciales y de existir observaciones fundadas, se convocará nuevamente a los equipos técnicos para analizar las observaciones realizadas en un plazo no mayor a 15 días (quince días) corridos, de finalizado el plazo de primera consulta.
- ✓ Una vez finalizado el análisis y en un plazo no mayor a 15 (quince días) corridos, el Departamento de Metas Asistenciales de la DIGESNIS elevará a la JNS todos los elementos del proceso de análisis y discusión para su consideración.

Asimismo, cuando la Junta Nacional de Salud identifique la conveniencia de introducir una nueva meta, o de modificar o eliminar una ya existente, dicha decisión deberá ser comunicada formalmente a las instituciones por la JNS, a efectos de iniciar el proceso de modificación.

A tales efectos la JNS entregará a las instituciones el informe conteniendo el análisis técnico que sustente la modificación planteada, el que será puesto en consulta con todas las Instituciones, las cuales dispondrán de un plazo de treinta días para formular observaciones y comentarios.

En el caso que la decisión sea continuar con la propuesta, las autoridades públicas elaborarán un primer anteproyecto normativo que comprenda el detalle de las modificaciones planteadas y, cuando corresponda, los medios de financiamiento previstos.

Dicho anteproyecto será puesto a consideración de la Comisión Asesora y de la totalidad de las instituciones, las que dispondrán de un plazo de treinta días desde la entrega formal del anteproyecto para formular las observaciones que el mismo les merezca.

ANEXO IV:
PROCESO DE MODIFICACIÓN DEL PIAS

1.- Cuando el MSP identifique la conveniencia de introducir una nueva prestación, o de modificar o eliminar una prestación ya existente, dicha decisión deberá ser comunicada formalmente a las instituciones por la Junta Nacional de Salud, a efectos de iniciar el proceso de modificación.

El análisis técnico deberá incluir los siguientes puntos:

a) Revisión de la evidencia científica disponible que avale la eficacia y efectividad de la práctica
b) Necesidad o beneficio potencial de normatizar su uso o restringirlo a poblaciones definidas y, en caso afirmativo, elaboración de protocolos o GPC.
c) Análisis de la disponibilidad de la tecnología y los recursos humanos y materiales necesarios en Uruguay y factibilidad de hacerla accesible con una distribución adecuada.
d) Cobertura potencial en cuanto a la capacidad de alcanzar todos los posibles beneficiarios de acuerdo a criterios de equidad
e) Estudios de costos, de impacto económico en las instituciones y, si fuera necesario, de ajuste del financiamiento, elaborados por la División Economía de la Salud de la DIGESNIS del MSP y por el Ministerio de Economía y Finanzas.

1. El informe conteniendo el análisis técnico será puesto en consulta con todas las Instituciones, las cuales dispondrán un plazo de treinta días para formular observaciones y comentarios.

2. En el caso que la decisión sea continuar con la propuesta, las autoridades públicas elaborarán un primer anteproyecto normativo que comprenda el detalle de las prestaciones a introducir y, cuando corresponda, los medios de financiamiento previstos.
3. Las instituciones dispondrán de un plazo de quince días desde la entrega formal del anteproyecto para formular las observaciones que el mismo les merezca, pudiendo solicitar una sesión de discusión.

4. Cumplida las etapas precedentes, cuyos resultados constituirán la motivación del acto administrativo, las autoridades adoptarán la resolución correspondiente, la que deberá contener el detalle del diseño adoptado y, cuando corresponda, los mecanismos de financiación, así como las modalidades de monitoreo (asistencia y financiero).

ANEXO V:
PROCEDIMIENTO PARA MODIFICACIÓN DEL FORMULARIO TERAPÉUTICO DE MEDICAMENTOS – FTM-

1. Las solicitudes de incorporación o baja de medicamentos del FTM se recibirán en el MSP y serán evaluadas por el equipo de la División Evaluación Sanitaria.

2. Cuando un medicamento sea considerado efectivo frente a otras alternativas terapéuticas, en base a estudios de efectividad clínica y evaluación económica, se evaluará su incorporación al FTM y sus fuentes de financiamiento en el marco de la Comisión Asesora del Formulario Terapéutico Nacional, y en base a los informes de la División Evaluación Sanitaria de DIGESA y la División Economía de la Salud de la DIGESNIS del MSP y del Ministerio de Economía y Finanzas. En el caso de la incorporación de medicamentos de alto costo, se estará a lo dispuesto en el Decreto Nº 4/010 de 7 de enero de 2010.

3. El informe que sustente la propuesta de modificación del FTM será puesto a disposición de los prestadores integrales, los cuales dispondrán un plazo de treinta días para formular observaciones y comentarios.

4. La Comisión Asesora del Formulario Terapéutico Nacional evaluará las observaciones y comentarios de los prestadores y elabora el informe final que será elevado al Ministro de Salud Pública.

ANEXO VI

CONTRATO DE INGRESO AL SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

FECHA DESOLICITUD

DÍA MES AÑO

CÉDULA DE IDENTIDAD

PRIMER NOMBRE SEGUNDO NOMBRE SEXO EDAD LUGAR DE NAC.

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

DOMICILIO COMPLEJO HABITACIONAL.

DEPTO. CIUDAD/LOCOALID. BIS. PISO. APTO. TORRE. BLOCK. MANZANA. SOLAR.

CALLE. PUERTA. ACLARACIÓN.

FRACC. ENTRE. y

E-MAIL. @ TELÉFONO FIJO. TELÉFONO MÓVIL.

TIPO DE REGISTRO: **PARTICULAR** **Fo.Na.Sa.** **ACTIVO** **PASIVO**

VIA DE INGRESO: SEDE PROMOCIÓN. MONTEVIDEO. INTERIOR.

TIPO DE INGRESO: COMÚN. PRENATAL*. EMBARAZADA. SÍ NO TIEMPO DE EMBARAZO MESES.

* PRENATAL: IDENTIFICACIÓN DE LA MADRE. NOMBRE y APELLIDO CÉDULA DE IDENTIDAD

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS: PREVISIONAL, HABIT. INDIV. SERV. EMERGENCIA SERV. ODONTOLOGICO

OPCIÓN. OPCIÓN. OPCIÓN. OPCIÓN. OPCIÓN. OPCIÓN.

FIRMA DEL SOLICITANTE. **FIRMA DEL FUNCIONARIO.** FICHA DEL FUNCIONARIO

ACLARACIÓN DE FIRMA. **ACLARACIÓN DE FIRMA.**

OTROS BENEFICIOS ACORDADOS, CUALES:.....

SERA RESPONSABILIDAD DEL USUARIO MANTENER ACTUALIZADA LA INFORMACION DEL DOMICILIO y SU LOCALIDAD

DERECHOS Y OBLIGACIÓNES ENTRE EL USUARIO Y EL PRESTADOR AL DORSO

En caso de contrato de afiliación para los Seguros Integrales, éstos deberán poner al dorso del documento o en forma anexa al mismo, una declaración que especifique claramente que prestaciones se regularán bajo el régimen de libre contratación

Continuación ANEXO VI

EXTRACTO DE LA
CARTILLA DE DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES Y USUARIOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

ORDENANZA del MSP N°761/2010

http ://www.msp. gub. uy.

ARTÍCULO 2º.- **(Elección del prestador)** La elección del servicio de salud es libre, en los términos de las disposiciones legales y reglamentarias aplicables.

ARTÍCULO 3º.- (**Mayores de 65 años)** Las personas mayores de 65 años, no amparadas por el Seguro Nacional de Salud, no podrán ser rechazadas por Instituciones de Asistencia Médica Colectiva cuando cambien su domicilio de un Departamento a otro del País, o acrediten dificultades supervinientes de acceso geográfico a los servicios del prestador que tienen y siempre que no mantengan deudas con el mismo. En estos casos no estarán sometidas a examen de ingreso el que, si igualmente se realiza, será a costo del servicio de salud y no supondrá limitación alguna de las prestaciones que les correspondan de acuerdo a la cobertura a la que tengan derecho.

ARTÍCULO 4º.- (**Derecho a no ser rechazado**) Ningún paciente o usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud podrá ser rechazado por los servicios de salud que integren el mismo. En caso de perder esa condición, dentro de los 30 (treinta) días subsiguientes podrán optar por permanecer como afiliados individuales en la misma Institución. Si no hacen esa opción ni usan los servicios, la Institución no podrá reclamarles pago alguno.

ARTÍCULO 5º.- **(Hijos).....**" Los **recién nacidos** quedarán afiliados al servicio de salud de la madre, pudiendo sus responsables trasladarlos a otro en un plazo no mayor de 90 (noventa) días, contados a partir del nacimiento.

Si al momento del parto los padres, tutores, curadores o titulares de la guarda concedida judicialmente, hubieran perdido la cobertura del Seguro Nacional de

Salud o no pudieran transmitirla por tenerla a través de sus propios responsables, el recién nacido gozará de la cobertura de dicho seguro hasta el último día del mes siguiente al del nacimiento y a partir de ese momento, el servicio de salud no podrá rechazarlo si sus responsables deciden mantenerlo afiliado al mismo, pagando por los servicios que reciba."

ARTÍCULO 12°.- **(Prestaciones incluidas)** Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud con derecho a atención integral de salud, recibirán como mínimo las prestaciones incluidas en el Catálogo de Prestaciones (Plan Integral de Atención a la Salud), ..." y puede ser consultado en el sitio web del Ministerio de Salud Pública: **http ://www.msp. gub. uy**.

ARTÍCULO 19°.- **(Embarazo)** ARTÍCULO 20°.- **(Parto)** ARTÍCULO 21°.- **(Controles gratuitos para menores)** ARTÍCULO 22°.- (**Beneficios especiales por patologías**) ARTÍCULO 23°.- (**Beneficios para jubilados**)

ARTÍCULO 24°.- **(Carné de salud)** El Carné de Salud podrá ser obtenido en forma gratuita cada dos años por los usuarios a los que les sea exigible por sus actividades laborales. ARTÍCULO 27°.- (Coordinación de consultas) ARTÍCULO 28°.- (**Tiempos de espera**).

ANEXO VII

El presente anexo, tiene como objeto establecer las obligaciones que asumen las partes contratantes en relación al ingreso al Seguro Nacional de Salud de los jubilados y pensionistas definidos en el artículo 1° de la Ley No. 18.731 de 5 de enero de 2011, de acuerdo a las modalidades de incorporación previstas en dicha norma. -

El plazo de vigencia del presente anexo será el mismo que el dispuesto para el Contrato de Gestión del que forma parte y se regirá, en lo pertinente, por las cláusulas Primera a Sexta del mismo.-

Alcance de las prestaciones asistenciales. El prestador proporcionará a todos las personas pertenecientes a los colectivos que ingresen al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1° de la Ley No. 18.731 de 5 de enero de 2011 y resulten registradas en sus padrones de usuarios, las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública en los términos establecidos en la Ley No.18.211 de 5 de diciembre de 2007, extendiendo a las mismas los beneficios determinados en la cláusula Vigésima quinta numeral 2 del Contrato de Gestión.-

Formas de pago al prestador. Por los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1° de la Ley No. 18.731 de 5 de enero de 2011, que resulten registrados en sus padrones de usuarios, el Banco de Previsión Social pagará mensualmente al prestador, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud:

I) Tratándose de jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 1 de la norma mencionada, un 80% (ochenta por ciento) del valor de la cuota salud correspondiente, determinada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley No. 18.211, en la redacción dada por el artículo 9° de la Ley No.18.731, excluido el componente metas asistenciales, durante el primer año; un 90% (noventa por ciento) de dicho valor durante el segundo año y el 100% (cien por ciento) del mismo a partir del tercer año.-

II.- Tratándose de jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 2 de la misma norma, una cuota que tendrá en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y la cuota salud prevista en el artículo 55 de la Ley No. 18.211, en la redacción dada por el artículo 9° de la Ley No. 18.731, de acuerdo al siguiente cronograma:

a) a partir del 1° de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 20 % (veinte por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

b) a partir del 1° de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 40 % (cuarenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

c) a partir del 1° de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 60 % (sesenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

d) a partir del 1° de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 80 % (ochenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

e) a partir del 1° de julio de 2016, el valor de la cuota salud que corresponda.A los montos que resulten por aplicación de lo dispuesto en el literal I , se adicionará el 100% (cien por ciento) del componente metas asistenciales que correspondan, sin perjuicio del prorrateo por nivel de cumplimiento de las mismas.

Respecto de las fechas de liquidación y pago, será aplicable lo dispuesto en la cláusula Vigésima sexta del Contrato de gestión.

III.- Tratándose de jubilados incluidos en el numeral 3 de la misma norma, el pago al prestador será el que corresponda a la cuota salud vigente al 1° de julio de 2011.

Permanencia en el mismo prestador. Los jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 1 del artículo 1° de la Ley No. 18.731, deberán permanecer durante 5 (cinco) años, contados a partir de que lo elijan voluntariamente, en el mismo prestador. Si luego de haber

elegido un seguro integral, el usuario decidiera trasladar su registro a la Administración de Servicios de Salud del Estado o a una institución de asistencia médica colectiva, el pago a estos prestadores se regirá por lo dispuesto en el numeral I del presente Anexo (Formas de pago).

Los jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 2 del mismo artículo deberán permanecer durante 5 (cinco) años en el prestador privado en el que hubieran estado registrados al 1° de diciembre de 2010. En la eventualidad de que en el período comprendido entre dicha fecha y el 30 de junio de 2012 el usuario se hubiere cambiado de prestador, la JNS podrá autorizar, por vía excepcional y mediando razones justificadas de continuidad asistencial, que dicho usuario permanezca durante 5 (cinco) años en el último prestador elegido, en cuyo caso el pago a éste se regirá por lo dispuesto en el numeral II del presente Anexo (Formas de pago).

En caso de que el usuario debiera cambiar de prestador porque aquel en el que estaba registrado al 1° de diciembre de 2010 no hubiera firmado el presente anexo, y omitiera hacer la elección en el plazo de 30 días contados a partir del 1° de julio de 2012, el pago al prestador en que resulte registrado por aplicación de los Artículos 7° y 25° del Decreto No. 2/2008 y el Artículo 4° del Decreto No. 3/2011, se regirá por lo dispuesto en el numeral I de este anexo (Formas de pago).-.

El pago del componente metas asistenciales para los jubilados y pensionistas que se incorporan al SNS de acuerdo a lo previsto en el numeral 2° del artículo 1° de la Ley No. 18.731 de 7 de enero de 2011 y sus modificativas, se determinará en función de lo que preceptúen las mismas.

Quienes hubieren estado registrados o se registren en un seguro integral hasta el 30 de junio de 2016 y decidan trasladar su registro a una institución de asistencia médica colectiva o a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) , el pago a estos prestadores se regirá por lo dispuesto en los numerales I o II del presente Anexo (Formas de pago), según corresponda.-

En caso de cambio de prestador al amparo de las causales excepcionales habilitadas por la reglamentación general aplicable, el pago a los nuevos prestadores se regirá por lo dispuesto en el numeral I del presente Anexo (Formas de pago).-

Sustitutivos de tasas moderadoras a pasivos. El pago mensual del sustitutivo de órdenes y tickets establecido en la Cláusula Vigésimo quinta numeral 2 del Contrato de gestión, se realizará según el valor vigente a la fecha de incorporación de los usuarios a los padrones del prestador y no aplicará a quienes se registren en seguros integrales y/o en ASSE.

ANEXO VII
SEGUROS INTEGRALES

Objeto. El presente anexo tiene como objeto establecer las obligaciones que asumen las partes contratantes en relación al ingreso al Seguro Nacional de Salud de los jubilados y pensionistas definidos en el artículo 1º de la Ley No. 18.731 de 7 de enero de 2011, de acuerdo a las modalidades de incorporación previstas en dicha norma. -

El plazo de vigencia del presente anexo será el mismo que el dispuesto para el Contrato de Gestión del que forma parte y se regirá, en lo pertinente, por las cláusulas Primera a Sexta del mismo.-

Alcance de las prestaciones asistenciales. El prestador proporcionará a todos las personas pertenecientes a los colectivos que ingresen al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto en el artículo 1º de la Ley No. 18.731 y resulten registradas en sus padrones de usuarios, las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública en los términos establecidos en la Ley No 18.211 de 5 de diciembre de 2007.

Formas de pago al prestador. Por los jubilados y pensionistas a que refiere el artículo 1º de la Ley No. 18.731 que resulten registrados en sus padrones de usuarios, el Banco de Previsión Social pagará mensualmente al prestador, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud:

I) Tratándose de jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 1 de la norma mencionada, un 80% (ochenta por ciento) del valor de la cuota salud correspondiente, determinada de conformidad con lo dispuesto en el artículo 55 de la Ley No. 18.211, en la redacción dada por el artículo 9º de la Ley No. 18.731, excluido el componente metas asistenciales, durante el primer año; un 90% (noventa por ciento) de dicho valor durante el segundo año y el 100% (cien por ciento) del mismo a partir del tercer año.

II.- Tratándose de jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 2 de la misma norma, una cuota que tendrá en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y la cuota salud prevista en el artículo 55 de la Ley No. 18.211, en la redacción dada por el artículo 9º de la ley 18.731, de acuerdo del siguiente cronograma:

a) a partir del 1º de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 20 % (veinte por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

b) a partir del 1º de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 40 % (cuarenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cotas de afiliación individual;

c) a partir del 1º de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 60 % (sesenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

d) a partir del 1º de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual incrementado en un 80 % (ochenta por ciento) de la diferencia que exista entre la cuota salud que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual;

e) a partir del 1º de julio 2016, el valor de la cuota salud que corresponda.

A los montos que resulten por aplicación de lo dispuesto en el literal I de la presente cláusula, se adicionará el 100% (cien por ciento) del componente metas asistenciales que correspondan, sin perjuicio del prorrateo por nivel de cumplimiento de las mismas.

Respecto de las fechas de liquidación y pago, será aplicable lo dispuesto en la cláusula Vigésima sexta del Contrato de gestión.

III.- Tratándose de jubilados incluidos en el numeral 3 de la misma norma, el pago al prestador será el que corresponda a la cuota salud vigente al 1º de julio de 2011

En ningún caso, la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte del contribuyente, de conformidad con lo dispuesto por el artículo 22 de la Ley No. 18.211 de 5 de diciembre de 2008 y la reglamentación aplicable.-

El pago del componente metas asistenciales para los jubilados y pensionistas que se incorporan al SNS de acuerdo a lo previsto en el numeral 2º del artículo 1º de la ley No. 18.731 de 7 de enero de 2011 y sus modificativas, se determinará en función de lo que preceptúen las mismas.-

Permanencia en el mismo prestador. Los jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 1 del artículo 1º de la Ley No. 18.731, deberán permanecer durante 5 (cinco) años, contados a partir de que lo elijan voluntariamente, en el mismo prestador. Si luego de haber elegido un seguro integral, el usuario decidiera trasladar su registro a la

Administración de Servicios de Salud del Estado o a una institución de asistencia médica colectiva, el pago a estos prestadores se regirá por lo dispuesto en el numeral I del presente Anexo (Forma de pago).-

Los jubilados y pensionistas incluidos en el numeral 2 del mismo artículo deberán permanecer durante 5 (cinco) años en el prestador privado en el que hubieran estado registrados al 1° de diciembre de 2010. En la eventualidad de que en el período comprendido entre dicha fecha y el 30 de junio de 2012 el usuario se hubiere cambiado de prestador, la JNS podrá autorizar, por vía excepcional y mediando razones justificadas de continuidad asistencial, que dicho usuario permanezca durante 5 (cinco) años en el último prestador elegido, en cuyo caso el pago a éste se regirá por lo dispuesto en el numeral II del presente Anexo (Forma de pago).-

En caso de que el usuario debiera cambiar de prestador porque aquel en el que estaba registrado al 1° de diciembre de 2010 no hubiera firmado el presente anexo, y omitiera hacer la elección en el plazo de 30 días contados a partir del 1° de julio de 2012, el pago al prestador en que resulte registrado por aplicación de los Artículos 7° y 25° del Decreto No. 2/2008 y el Artículo 4° del Decreto No. 3/2011, se regirá por lo dispuesto en el numeral I del presente anexo (Forma de pago).-

Quienes hubieren estado registrados o se registren en un seguro integral hasta el 30 de junio de 2016 y decidan trasladar su registro a una institución de asistencia médica colectiva o a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) , el pago a estos prestadores en se regirá por lo dispuesto en los numerales I o II del presente Anexo, según corresponda.-

En caso de cambio de prestador al amparo de las causales excepcionales habilitadas por la reglamentación general aplicable, el pago a los nuevos prestadores se regirá por lo dispuesto en el numeral I del presente Anexo.-

Sustitutivos de tasas moderadoras a pasivos. El pago mensual del sustitutivo de órdenes y tickets establecido en la Cláusula Vigésimo quinta numeral 2 del Contrato de gestión, se realizará según el valor vigente a la fecha de incorporación de los usuarios a los padrones del prestador y no aplicará a quienes se registren en seguros integrales y/o en ASSE.