

MEMORÁNDUM DE ENTENDIMIENTO

Las INSTITUCIONES DE SALUD que firman al pie del presente documento y la JUNTA NACIONAL DE SALUD representada por su Presidente Dr. Luis Enrique Gallo acuerdan la suscripción del presente Memorándum de Entendimiento, que se extiende conjuntamente con la firma del Contrato de Gestión .

1. Comisión para la evaluación de la metodología de cálculo de las cápitas y de la estructura relativa y valor de las mismas.

La sostenibilidad del sistema requiere que sus ingresos sean suficientes para financiar sus egresos, alcanzando un razonable equilibrio económico. Ello no implica que deban considerarse los egresos como un dato, a los que los ingresos deberían ajustarse pasivamente, ya que un mecanismo de este tipo no genera incentivos para una mejora permanente de la gestión de las instituciones ni para una política adecuada y racional de control de costos, al tiempo que sienta las bases para que se registre una evolución exponencial del gasto en salud, que conspira contra la propia sostenibilidad y sustentabilidad del sistema.

Por otra parte, la determinación de la estructura relativa y el valor de las cápitas tampoco puede basarse exclusivamente en la consideración como un dato de los egresos a un determinado momento del tiempo, dado que no necesariamente dicha estructura de egresos refleja adecuadamente las necesidades financieras reales de las instituciones para el cumplimiento de las prestaciones y servicios previstos, teniendo en cuenta consideraciones de calidad y eficiencia.

Asimismo, una vez definida la estructura relativa y el valor de las cápitas, no resulta conveniente en el mediano y largo plazo congelar dicha estructura, ajustando el valor nominal de las mismas de forma de mantener su valor a precios constantes, teniendo en cuenta la evolución de los costos en función de la paramétrica definida a tales efectos. Esto implicaría ignorar que el gasto a precios constantes del sector y su estructura relativa se puede modificar por cambios en las prestaciones de los servicios, al cambiar el propio modelo de atención de salud (de un modelo curativo a uno preventivo), la forma de producir (innovación y cambio técnico) y el nivel de producción (economías de escala), así como al registrarse mejoras en la gestión y eficiencia de las instituciones.

En un escenario como el actual, en el que una parte significativa de los ingresos de las instituciones son fondos públicos, la sostenibilidad del sector se vincula también con la sostenibilidad macroeconómica. Esto implica que, a las restricciones derivadas de la lógica sectorial a tener en cuenta en la determinación del valor de los precios regulados, se debe incorporar además la restricción dada por la necesidad de mantener el equilibrio en las cuentas del sector público, requisito ineludible para alcanzar la sostenibilidad del sistema.

En este contexto, se entiende que la adecuación de la estructura relativa y el valor de las cápitas deberían evaluarse en forma periódica con un horizonte de mediano plazo, de forma tal que los valores

que se determinen en cada ocasión operen como prospectivos y que, a la vez, mantengan razonablemente su validez en dicho horizonte temporal. El mecanismo de evaluación, además de considerar eventuales cambios en la metodología de cálculo, debería establecer algunos criterios tales como:

- 1) La determinación del gasto observado que se validará, teniendo en cuenta la heterogeneidad existente al interior del sector y la necesaria generación de mecanismos incentivo compatibles que contribuyan a una mejora de la gestión y los resultados sanitarios. Validar el cien por ciento del gasto de los prestadores más ineficientes implicaría convalidar en el pago eventuales ineficiencias en la prestación de los servicios.
- 2) Determinar que parte de ese gasto se financiará con cada uno de los componentes de la estructura de ingresos de las instituciones: cápitas, cuotas, metas asistenciales y tasas moderadoras.
- 3) Considerar la forma en que se incorporará la restricción fiscal en la determinación del valor de las cápitas.

En función de las consideraciones anteriores, las partes se comprometen a constituir un ámbito de trabajo que evalúe los aspectos anteriormente reseñados y formule una propuesta que será puesta a consideración de las autoridades y del conjunto de las instituciones. Dicho grupo de trabajo comenzará a funcionar en el segundo semestre de 2012 y estará constituido por siete miembros: dos en representación del MSP, dos en representación del MEF, dos en representación de las IAMC (uno por Montevideo y uno por el Interior) y uno en representación de ASSE.

2. Proyecto de modificación de lo previsto en la Ley No. 18.731 de 7 de enero de 2011, referido al pago del componente meta correspondiente a jubilados y pensionistas afiliados individuales y colectivos que se incorporan al Fonasa

El Poder Ejecutivo se compromete a promover una modificación de lo previsto en el inciso 2º del artículo 4º de la Ley 18.731 de 7 de enero de 2011, contemplando los siguientes criterios, para aquellas instituciones firmantes del nuevo Contrato de gestión:

Por los jubilados y pensionistas que se incorporan al SNS de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la ley 18.731 de 7 de enero de 2011, el Banco de Previsión Social de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de la Salud, abonará mensualmente a los respectivos prestadores una cuota que tendrá en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, la cápita, prevista en el artículo 55 de la ley 18.211 de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9 de la citada Ley 18.731 y el 100% del componente metas asistenciales, según el 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 cápita que

corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual. A dicho monto se adicionará el 100% del componente metas asistenciales vigente, según cumplimiento.

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 cápita que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual. A dicho monto se adicionará el 100% del componente metas asistenciales vigente, según cumplimiento.

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 cápita que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual. A dicho monto se adicionará el 100% del componente metas asistenciales vigente, según cumplimiento.

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 cápita que corresponda y el valor promedio de las cuotas de afiliación individual. A dicho monto se adicionará el 100% del componente metas asistenciales vigente, según cumplimiento.

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

En caso que al 30 de junio de 2012 no se haya promulgado la ley que recoja estas modificaciones, las partes convendrán mecanismos alternativos de financiamiento, a aplicarse a partir del 1º de julio de 2012.

3. Proyecto de incorporación de la sobre cuota de inversión

El Poder Ejecutivo se compromete a promover una modificación legal que habilite el pago de una sobre cuota de inversión, para aquellas instituciones firmantes del nuevo Contrato de gestión, contemplando los siguientes criterios:

A partir del 1º de enero de 2013, los Prestadores tendrán derecho a percibir de todos sus afiliados una sobre cuota de inversión, de carácter transitorio, por un 3% del valor de las cuotas individuales, colectivas y de la cápitás, que será destinado al financiamiento de proyectos de inversión. El Poder Ejecutivo podrá ajustar dicho porcentaje en caso de optar por abonar la sobre cuota exclusivamente sobre el valor de las cápitás, de forma tal que considerando la estructura de afiliados Fonasa, individuales y colectivos, el porcentaje resultante no sea inferior al 3% sobre las cuotas individuales, colectivas y cápitás, para el sistema IAMC en su conjunto.

Podrán calificar los proyectos de inversión presentados a partir del 1º de marzo de 2012, que sean aprobados y autorizados por el Ministerio de Salud Pública, y que prevean esta fuente de financiamiento en el mismo.

Una vez en funcionamiento este mecanismo de financiamiento, los proyectos deberán ser aprobados por el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Economía y Finanzas y su financiamiento, con cargo a la referida sobre cuota de inversión, tendrá períodos de cobro de doce meses, debiendo dejar transcurrir tres meses para volver a percibirla.

Cada proyecto deberá ser presentado ante el Ministerio de Salud Pública y de Economía y Finanzas. El MSP calificará al mismo desde el punto de vista asistencial, para posteriormente, en forma conjunta con el MEF, proceder a la calificación económico-financiera. La evaluación de los proyectos que se presenten deberá tener en cuenta su contribución al cambio de modelo de atención de salud, así como las prioridades asistenciales definidas por la autoridad sanitaria.

La institución deberá financiar un 30% del proyecto con fondos no provenientes de la sobre cuota de inversión.

Transcurridos noventa días desde la presentación del proyecto, el mismo se considerará aprobado de no haber resolución de las autoridades competentes. Dicho plazo se interrumpirá cuando los Ministerios actuantes soliciten ampliación de información o soliciten que se realicen ajustes o correcciones a los proyectos presentados.

En caso de ser necesario las partes podrán acordar ampliación de dicho plazo.

Excepcionalmente en el año 2012 el plazo podrá extenderse hasta 150 días, salvo para aquellos planes o proyectos que cuenten con aprobación por Resolución Ministerial antes del 1º de octubre de 2011.

La efectiva implementación de la sobre cuota de inversión estará condicionada al cumplimiento de los acuerdos del consejo de salarios.

En Montevideo a los once días del mes de noviembre de dos mil once se firma el presente ejemplar.