**FONASA**

**NORMATIVA APLICABLE**

**LEYES**

**LEY N° 17.930 del 19/12/2005**

**Artículo 265**.- El Sistema Nacional Integrado de Salud será financiado por un Seguro Nacional de Salud, el que se creará por ley según lo dispuesto en el artículo 67 y en la disposición transitoria letra V)\*\* de la Constitución de la República y contará con un Fondo Público Único y Obligatorio constituido por los aportes del Estado, aportes de las empresas públicas y privadas y el aporte universal de los hogares beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

El aporte del Estado provendrá de la asignación presupuestal al financiamiento del sistema de salud.

El aporte de las empresas públicas y privadas será proporcional a la nómina de sus trabajadores.

El aporte de los hogares será un porcentaje de sus ingresos de manera de contribuir a la equidad en el aporte al financiamiento de la salud, en tanto las normas tributarias fijarán la forma y porcentaje de dichos aportes.

El reembolso a los prestadores integrales públicos y privados de salud se hará de acuerdo a cápitas ajustadas por riesgo y metas de prestación de servicios en cada nivel de atención.

La reglamentación fijará los valores de las cápitas integrales ajustadas por riesgo, los mecanismos de ajuste de las mismas y las metas de prestación por nivel de atención.

Sólo podrán integrar el Seguro Nacional de Salud a crearse, las instituciones de asistencia médica colectiva previstas en el artículo 6º del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, y sus modificativas, así como las instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro.

Sin perjuicio, aquellos seguros integrales autorizados y habilitados por el Ministerio de Salud Pública al amparo de lo dispuesto por el artículo 3º del Decreto-Ley Nº 15.181, de 21 de agosto de 1981, que operen bajo alguna de las formas jurídicas previstas en la Ley Nº 16.060, de 4 de setiembre de 1989, que se encuentren funcionando regularmente a la fecha de la vigencia de la presente ley, integrarán el Seguro Nacional de Salud a crearse, según sus prescripciones, de acuerdo a las pautas que indique la reglamentación que a tal efecto dictará el Poder Ejecutivo y sin perjuicio de la libre contratación que garantiza la norma.

Ley Nº 18.131 del 18/05/2007

CREACIÓN DEL FONDO NACIONAL DE SALUD

**Artículo 1º.-** Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el alcance y en los términos previstos en la presente ley.

**Ley 18.211 del 05/12/2007**

**Artículo 18.-** Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

**Artículo 57.-** Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el artículo 60 de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contencioso anulatoria y gestión coactiva.

**Artículo 61.-** El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337 y siguientes de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992, y sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90 de la Ley Nº 18.083, de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen….

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el Decreto-Ley Nº 14.407, de 22 de julio de 1975, y en la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

A) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

B) 4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

C) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2º de la Ley Nº 18.131, de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el artículo 4º de la misma ley, debiendo aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

A) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

B) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

**Artículo 62.-** Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los artículos 61 y 66 de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el artículo 61 de la presente ley, podrán atribuir la respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

**Artículo 64.-** Los aportes a que hacen referencia los artículos 61, 62, 70 y 71 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 50 de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda. Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

**Artículo 67.-** Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 61 de la presente ley, las personas a que se refiere el artículo 18 de la presente ley, en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo, aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el artículo 66 de la presente ley.

**Artículo 70. -** Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.

En caso que los sujetos a que refiere el inciso anterior se hallen incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas (IRAE), las referidas alícuotas se aplicarán sobre la base imponible de dicho tributo. Para quienes obtengan ingresos por prestación de servicios

personales conjuntamente con otros ingresos, el monto imponible se determinará en la proporción correspondiente a los ingresos por prestación de servicios personales respecto de los ingresos totales.

Cuando la prestación de los servicios referidos se realice a través de entidades comprendidas en el artículo 7° del Título 7 del Texto Ordenado 1996, los ingresos provenientes de dicha actividad se atribuirán a los socios o integrantes, según las normas o contratos aplicables a cada caso; si la entidad hubiera optado por liquidar el IRAE, la atribución se realizará por la base imponible de dicho tributo de acuerdo a lo dispuesto en el inciso anterior. En caso de no existir prueba fehaciente a juicio de la Administración, los ingresos se atribuirán en partes iguales.

Los sujetos referidos en el primer inciso realizarán anticipos mensuales a cuenta de los aportes anuales al Fondo Nacional de Salud, aplicando la tasa que corresponda al 70% (setenta por ciento) de los ingresos mensuales gravados.

Los sujetos referidos en el inciso segundo del presente artículo realizarán anticipos mensuales a cuenta del aporte anual al Fondo Nacional de Salud. A tales efectos aplicarán a los ingresos mensuales referidos en el inciso primero, la relación derivada de aplicar la alícuota correspondiente al monto imponible, respecto de tales ingresos anuales. Si

a la fecha en que debe efectuarse el pago del anticipo no se hubiera obtenido la relación indicada por no haber vencido el plazo de presentación de la correspondiente declaración jurada, deberá calcularse ese anticipo en base a la relación utilizada para el último anticipo del ejercicio anterior.

Las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud correspondientes a trabajadores dependientes que además se encuentren comprendidos en el presente artículo, se computarán como anticipos a los efectos de lo dispuesto en el inciso siguiente. También se computarán como anticipos las contribuciones personales efectuadas al Fondo Nacional de Salud en carácter de propietarios de empresas unipersonales comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975.

Al cierre del ejercicio fiscal del contribuyente, según corresponda, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes atribuya el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los anticipos realizados en el

ejercicio. En caso que la suma de los anticipos sea superior, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes del Fondo Nacional de Salud.

Las alícuotas referidas precedentemente se aplicarán de acuerdo con lo establecido en los artículos 61 y 66 de la presente ley, a excepción de las dispuestas para el aporte patronal básico. Para los sujetos que perciben exclusivamente ingresos por la prestación de servicios

personales fuera de la relación de dependencia, o que obteniendo otros ingresos estos no les generen cobertura del Seguro Nacional de Salud, se les adicionará a los anticipos resultantes un complemento, hasta la concurrencia con el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley. (\*)

Los sujetos referidos en el presente artículo, que en el curso del ejercicio fiscal obtengan exclusivamente ingresos por prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia que no superen las 30 BPC (treinta bases de prestaciones y contribuciones), dejarán de recibir los beneficios del Seguro Nacional de Salud a partir del ejercicio fiscal siguiente. A partir del momento que superen la referida cifra volverán a quedar comprendidos en el Seguro Nacional de Salud, debiendo en tal caso realizar el aporte tomando en consideración los ingresos acumulados desde el inicio del ejercicio.

La obligación de aportar al Fondo Nacional de Salud, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1° de julio de 2011, y se realizará en la forma que determine la reglamentación. (\*)

(\*)Notas:

Redacción dada por: Ley Nº 18.731 de 07/01/2011 artículo 12.

Inciso 8º) redacción dada por: Ley Nº 18.922 de 06/07/2012 artículo 2.

Ver en esta norma, artículos: 71 y 77 (vigencia).

Ver: Ley Nº 18.922 de 06/07/2012 artículos 3 (interpretativo) y 4

(interpretativo).

TEXTO ORIGINAL:

Ley Nº 18.731 de 07/01/2011 artículo 12,

Ley Nº 18.211 de 05/12/2007 artículo 70.

**Ley 18.731 del 07/01/2011**

**Artículo 1º.-** Incorpóranse al Seguro Nacional de Salud los jubilados y pensionistas no amparados por el mismo a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, con excepción de aquellos a que refiere el artículo 63 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de los jubilados del Banco de Previsión Social que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, y de los retirados y pensionistas de los Servicios de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas y de la Dirección Nacional de Asistencia Social Policial.

La incorporación de las personas a que refiere el inciso anterior se realizará en las siguientes fechas y condiciones:

1) Tratándose de jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010 no cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se tomarán en cuenta el nivel de ingresos correspondientes a las jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares y la edad a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, de acuerdo al siguiente cronograma.

A) A partir del 1º de julio de 2012, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 74 años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 3 BPC (tres bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

B) A partir del 1º de julio de 2013, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 70 años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

C) A partir del 1º de julio de 2014, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 65 años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 5 BPC (cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

D) A partir del 1º de julio de 2015, se incorporarán los jubilados y pensionistas mayores de 60 años de edad, cuyo ingreso total por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 10 BPC (diez bases de prestaciones y contribuciones) mensuales.

E) A partir del 1º de julio de 2016, se incorporarán los jubilados y pensionistas que no hayan quedado comprendidos en los literales anteriores.

2) La incorporación de aquellos jubilados y pensionistas que al 1º de diciembre de 2010, cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del Sistema Nacional Integrado de Salud, se realizará en todos los casos a partir del 1º de julio de 2012.

3) Los jubilados por incapacidad total cuyos ingresos totales por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares no supere la suma de 4 BPC (cuatro bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, se incorporarán a partir del 1º de julio de 2011.

**Artículo 2º.-** Los cónyuges o concubinos a cargo de los jubilados y pensionistas amparados por el Seguro Nacional de Salud a que refiere el artículo 1º de la presente ley, se incorporarán a dicho seguro a partir del 1º de julio de 2016.

**Artículo 3º.-** Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 1) del artículo 1º de la presente ley, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Los aportes al Fondo Nacional de Salud que deberán realizar los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo con lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, se determinarán teniendo en cuenta el valor promedio de las cuotas de afiliación individual vigentes para las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, incluyendo las sobrecuotas de gestión y de inversión y la cuota al Fondo Nacional de Recursos y el monto que resulte de aplicar sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad, similares a lo previsto en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, de acuerdo al siguiente cronograma:

A) A partir del 1º de julio de 2012, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 20% (veinte por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

B) A partir del 1º de julio de 2013, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 40% (cuarenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

C) A partir del 1º de julio de 2014, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 60% (sesenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

D) A partir del 1º de julio de 2015, el valor promedio de las cuotas de afiliación individual, deducido un 80% (ochenta por ciento) de la diferencia entre dicho valor y los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

E) A partir del 1º de julio de 2016, los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

En caso de que el valor de los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones, pensiones y prestaciones de pasividad similares determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, fuese mayor al valor promedio de la cuota de afiliación individual, el aporte a realizar a partir del 1º de julio de 2012, será el mencionado en el literal A).Los jubilados y pensionistas que se incorporen al Seguro Nacional de Salud de acuerdo a lo previsto en el numeral 2) del artículo 1º de la presente ley, podrán optar en cualquier momento por renunciar a la cobertura de dicho seguro, dejando de realizar los aportes previstos en el presente artículo. En tal caso, dichas personas se reincorporarán obligatoriamente al mismo a partir del 1º de julio de 2016.

Todos los jubilados y pensionistas que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley cuenten con cobertura del Seguro Nacional de Salud deberán realizar los aportes sobre el total de sus ingresos por jubilaciones y pensiones, determinados en los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el tercer inciso del artículo 55 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, en la redacción dada por el artículo 9º de la presente ley, correspondiente al beneficiario de dicho seguro, sus hijos y su cónyuge o concubino a quienes conceda el mismo amparo, incrementada en un 25% (veinticinco por ciento), con los aportes personales al Fondo Nacional de Salud realizados en el año civil.

En caso que dichos aportes sean superiores, el excedente será devuelto a los contribuyentes en las condiciones que determine el Poder Ejecutivo, el que podrá establecer regímenes especiales cuando los cónyuges o concubinos sean simultáneamente contribuyentes al Fondo Nacional de Salud.

**Artículo 24.-** Los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad a los que refiere el artículo anterior, realizarán los correspondientes aportes al Fondo Nacional de Salud, conforme a lo previsto por los artículos 61 y 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007.

El aporte patronal se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por cónyuges o concubinos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por hijos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde el momento de la incorporación al Seguro Nacional de Salud.

El aporte personal restante se realizará con la siguiente gradualidad:

A) A partir del 1º de enero de 2012: 1,5% (uno con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

B) A partir del 1º de enero de 2013: 2,5% (dos con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

C) A partir del 1º de enero de 2014: 3,5% (tres con cinco por ciento) para el Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

D) A partir del 1º de enero de 2015: toda la aportación para el Fondo Nacional de Salud.

**Artículo 30.-** Los menores de 18 años de edad y los mayores de esa edad con discapacidad a que refiere el artículo 64 de Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, mantendrán el amparo del Seguro Nacional de Salud, aun cuando el aporte al Fondo Nacional de Salud que lo generó haya cesado como consecuencia de la pérdida de actividad del generante o por el término de los beneficios de subsidio por inactividad compensada del mismo.

Tal amparo se mantendrá por un período de doce meses continuos contados a partir del mes siguiente al del cese de la aportación y en la medida en que el período de aportación haya sido no menor a un año, y cesará si el beneficiario obtiene el mismo amparo por sí o a través de otro generante.

**Ley 18.732 del 07/01/2011**

**Artículo 1º.-** Todos los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social incluidos en el artículo 43 de la Ley Nº 17.437, de 20 de diciembre de 2001, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011.

A partir de dicha fecha, los referidos afiliados aportarán al Fondo Nacional de Salud las tasas establecidas por el inciso séptimo del artículo 61 y por el artículo 66 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar, sin perjuicio del aporte patronal y eventuales complementos que deberán realizar los empleadores por la actividad de sus dependientes, de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 61 de dicha ley.

En el caso de los jubilados, la aportación se realizará sobre los haberes jubilatorios servidos por la Caja Notarial de Seguridad Social.

Las personas a que refiere el primer inciso del presente artículo, aunque ya fueren beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, podrán elegir el prestador de su preferencia entre los que integran el Seguro Nacional de Salud, de conformidad con lo dispuesto en la reglamentación aplicable.

**Artículo 3º.-** Los aportes previstos por el artículo 1º de la presente ley se efectuarán de la siguiente manera:

A) El aporte patronal por la actividad de los dependientes, el aporte personal adicional por cónyuges o concubinos y el aporte personal adicional por hijos a cargo, se volcarán íntegramente al Fondo Nacional de Salud a partir del 1º de julio de 2011.

B) Los aportes personales básicos del 3% (tres por ciento) y del 4,5% (cuatro con cinco por ciento), previstos por los literales B) y C) del inciso séptimo del artículo 61 de la Ley Nº 18.211, de 5 de diciembre de 2007, se verterán del siguiente modo:

1) Hasta el 31 de diciembre de 2011, íntegramente en el Fondo Sistema Notarial de Salud.

2) A partir del 1º de enero de 2012, 1,5% (uno con cinco por ciento) en el Fondo Nacional de Salud y el resto en el Fondo Sistema Notarial de Salud.

3) A partir del 1º de enero de 2013, 2,5% (dos con cinco por ciento) en el Fondo Nacional de Salud y el resto en el Fondo Sistema Notarial de Salud.

4) A partir del 1º de enero de 2014, 3,5% (tres con cinco por ciento) en el Fondo Nacional de Salud y el resto en el Fondo Sistema Notarial de Salud.

5) A partir del 1º de enero de 2015, íntegramente en el Fondo Nacional de Salud.

**DECRETOS:**

**DECRETO 2/008 del 08/01/2008**

CAPITULO II - HIJOS DE BENEFICIARIOS

**Artículo 13. -** A los efectos de lo establecido en los Artículos 61°, 62°, 70° y 71° de la Ley N° 18.211 y en función de lo dispuesto por el Artículo 64° de la misma Ley, se entiende que están necesariamente a cargo de sus padres biológicos o adoptivos los menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, independientemente de que integren o no el mismo núcleo familiar e incluso sin que se verifique en los hechos la efectiva contribución económica para su manutención o la colaboración en la misma. Consecuentemente, toda madre o padre biológico o adoptivo, que revista la condición de beneficiario del Seguro Nacional de Salud y por lo tanto ampare a sus hijos en el mismo, deberá realizar los aportes al Fondo Nacional de Salud previstos en los incisos 7° y 8° del Artículo 61° de la Ley N° 18.211, para personas con "hijos a cargo", sin perjuicio de la existencia de un aporte correlativo del otro padre o madre.

El presente Artículo se aplicará a tutores, curadores y/o titulares de guarda dispuesta judicialmente que sean beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.

**Artículo 14.-** Los beneficiarios a que refiere el inciso 1º del artículo anterior que integren en su núcleo familiar a hijos de su cónyuge o concubino que sean menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, atribuyen preceptivamente a los mismos el amparo del Seguro Nacional de Salud en los términos del Artículo 64 de la Ley Nº 18.211, exclusivamente en caso de que ambos padres biológicos o adoptivos de dichos hijos carezcan de la condición de beneficiarios - atributarios. En tal caso, los beneficiarios referidos en el inciso anterior deberán realizar los aportes al Fondo Nacional de Salud previstos en los incisos 7 y 8 del Artículo 61 de la Ley Nº.18.211, para personas con hijos a cargo.

**Artículo 15. -**  A los efectos de la aplicación del Artículo 64° de la Ley N° 18.211, la condición de discapacidad será dictaminada por los servicios especializados del Banco de Previsión Social.

**Artículo 17. -** El amparo en el Seguro Nacional de Salud concedido por el Artículo 64° de

la Ley N° 18.211 cesará: a) A partir del primer día del mes siguiente cuando siendo menor de edad y no configurando discapacidad, el amparado cumpla los 18 años de edad, sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso segundo del Artículo 64° y en el Artículo 65° de la Ley N° 18.211.

b) Si el amparado ingresa a una actividad laboral que le conceda el mismo derecho, a partir del primer día del mes siguiente al que sea notificada el alta por el empleador al Banco de Previsión Social, excepto que dicha actividad no cumpliera con los requisitos establecidos por el inciso 3° del Artículo 62° de la Ley N° 18.211.

**Artículo 18. -** Los padres de hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o concubino a su cargo, así como los tutores y curadores respecto de las personas a su cargo, están obligados a registrarlos como beneficiarios del Seguro Nacional de Salud en el padrón de usuarios del prestador que elijan para ellos, presentando la documentación que acredite el vínculo invocado, en caso de que no estén ya registrados en alguno. En este caso, si no desean cambiar de prestador, continuarán en el mismo como beneficiarios del Seguro Nacional de Salud. Quienes opten por amparar a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad en el Seguro Nacional de Salud, podrán mantenerlos registrados en el prestador que dichos hijos tenían anteriormente o elegir para ellos otro prestador de los que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud, registrándolos en su padrón de usuarios.

**Artículo 19. -** Los hijos de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud quedarán afiliados desde el momento de su nacimiento en el padrón del prestador integrante del Sistema Nacional Integrado de Salud, contratado por la Junta Nacional de Salud donde esté registrada la madre. Los responsables legales del menor podrán afiliarlo en otro prestador integrante de dicho sistema dentro de los 90 días posteriores al nacimiento. Si no lo hicieren, el primer registro quedará firme. Cuando el recién nacido hubiera perdido la condición de beneficiario del Seguro Nacional de Salud, la cobertura inicial se extenderá como mínimo hasta el último día del segundo mes posterior al del parto.

**Artículo 20. -** A efectos del Artículo 66° de la Ley N° 18.211, se entiende que están a cargo del beneficiario del Seguro Nacional de Salud su cónyuge o concubino que no integre ninguno de los colectivos incorporados efectivamente al mismo.

**DECRETO 221/011 del 27/06/2011**

**ARTICULO 13.-** La determinación del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud previsto en el Inciso 3° del Artículo 55 de la Ley N° 18.211, en la redacción dada por el Artículo 9 de la Ley N° 18.731, tiene en cuenta el valor promedio intertemporal de las cuotas salud previstas en el Inciso 2° del referido Artículo 55, el valor de la cuota del Fondo Nacional de Recursos y el costo de administración del referido seguro.

Se entiende por valor promedio intertemporal el valor promedio individual de las cuotas salud durante toda la vida del beneficiario del Seguro Nacional de Salud, y se determinará teniendo en cuenta los siguientes componentes:

a) El valor promedio intertemporal del componente cápita de la cuota salud, teniendo en cuenta la estructura de cápitas según tramo de edad y sexo, de acuerdo a lo establecido en el Artículo 26 del Decreto N° 2/008 de 8 de enero de 2008 y la expectativa de vida de la población.

b) El valor del componente metas de la cuota salud.

El costo de administración del Seguro Nacional de Salud, a los efectos del cálculo del costo promedio equivalente para dicho seguro, se fija en 5% (cinco por ciento), porcentaje que se aplicará a la suma de la cuota del Fondo Nacional de Recursos y del valor promedio intertemporal de las cuotas salud definido en el inciso anterior del presente Artículo.

Teniendo en cuenta lo establecido en los inciso 1°, 2° y 3 del presente Artículo, el valor del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud para el mes de enero de 2011 se establece en $ 1.348,23 (un mil trescientos cuarenta y ocho pesos uruguayos con veintitrés centésimos). Dicho valor se reajustará en las mismas oportunidades que determine el Poder Ejecutivo para las cuotas salud, teniendo en cuenta el porcentaje de aumento que el mismo autorice para el valor de las cápitas y del componente metas, así como también la variación que hubiese registrado el valor de la cuota del Fondo Nacional de Recursos.

**ARTICULO 17.-** El Banco de Previsión Social, en el ejercicio de sus cometidos de administración tributarias, administrará los aportes al Fondo Nacional de Salud correspondiente a los sujetos que obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia. La Dirección General Impositiva colaborará en la fiscalización de dichos aportes, debiendo comunicar en todos los casos al Banco de Previsión Social las diferencias detectadas en materia de ingresos, renta neta fiscal y, en general, todos aquellos aspectos que incidan en su determinación, así como cualquier incumplimiento en materia de pagos y obligaciones formales.

**ARTICULO 18.-** El Banco de Previsión Social establecerá las formalidades que deberán cumplir los sujetos a que refiere el Artículo 17 del presente Decreto, en lo referente a su incorporación al Seguro Nacional de Salud y al cumplimiento de sus obligaciones para con el Fondo Nacional de Salud.

**ARTICULO 20.-** Están incluidas en el régimen que se reglamenta en el presente Capítulo las personas físicas residentes que presten servicios personales fuera de la relación de dependencia, por si o a través de las entidades comprendidas en el Artículo 7° del Título 7 del Texto Ordenado de 1996. A estos efectos, se consideran residentes fiscales en territorio nacional quienes estén incluidos en cualquiera de las circunstancias establecidas por el Artículo 6 del Título 7 del Texto Ordenado de 1996.

**ARTICULO 21.-** Las tasas correspondientes a los aportes al Fondo Nacional de Salud, serán las previstas en el Inciso 7 del Artículo 61 y en el Artículo 66 de la Ley N° 18.211.

**ARTICULO 22.-** Los sujetos incluidos en el régimen que se reglamenta en el presente Capítulo deberán realizar anticipos mensuales a cuenta de los aportes al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas a que refiere el Artículo 21 del presente Decreto sobre las bases de cálculo que se detallan, según corresponda:

a) 70% (setenta por ciento) sobre los ingresos mensuales correspondientes a servicios personales prestados fuera de la relación de dependencia, para los contribuyentes comprendidos en el Impuesto a la Renta de las Personas Físicas (IRPF)….

**ARTICULO 23.-** A los efectos de determinar el anticipo mensual, los titulares de empresas unipersonales que además de percibir ingresos provenientes de la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, desarrollen otra actividad comprendida en el Literal a) del Artículo 2 de la Ley N°18.131 de 18 de mayo de 2007, observarán las siguientes reglas:

a) Por los ingresos provenientes de la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, aplicarán el régimen que se reglamenta en el presente Capítulo.

b) Por los restantes ingresos aplicarán el régimen vigente al 30 de junio de 2011.

**ARTICULO 24.-** Para los sujetos que perciban exclusivamente ingresos provenientes de la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, a la cifra mensual resultante de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo 22 del presente Decreto, se le adicionará un complemento hasta cubrir la diferencia con el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud establecido en el Inciso tercero del Artículo 55 de la Ley N° 18.211,en la redacción dada por el Artículo 9 de la Ley N° 18.731. En los meses en que no se generen ingresos computables a estos efectos, y sin perjuicio de lo dispuesto en el Artículo siguiente del presente Decreto, deberán cubrir de forma íntegra el referido costo promedio equivalente.

Los montos efectivamente pagados de acuerdo a lo dispuesto en el inciso anterior, se imputarán a la cancelación del aporte anual.

**ARTICULO 25.-** Los sujetos comprendidos en el Artículo 70 de la Ley N° 18.211, en la redacción dada por el Artículo 12 de la Ley N° 18.731, que estimen que los anticipos referidos en los Artículos 22 y 23 del presente Decreto excederán el monto referido en el Inciso 1° del Artículo 41 del presente Decreto, podrán efectuar dichos anticipos hasta el monto concurrente con el mismo. En tal caso, a partir del mes en que se cubra dicha cifra, tampoco corresponderá el pago mensual del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud a que refiere el Artículo 24 del presente Decreto.

Si por aplicación de lo dispuesto en el Inciso anterior, el monto referido en el Inciso 1° del Artículo 41 del presente Decreto, al cierre del ejercicio superase el monto total de los anticipos efectuados, las diferencias deberán ser abonadas con las multas y recargos correspondientes.

A los efectos de la estimación a que refiere el Inciso 1° del presente Artículo, se computarán los pagos ya efectuados por otras contribuciones personales al Fondo Nacional de Salud.

**ARTICULO 26.-** El ejercicio fiscal comprenderá el año civil.

**ARTICULO 28.-** Los sujetos que obtengan exclusivamente ingresos por la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, que en el curso del ejercicio fiscal no superen las 30 BPC (treinta Bases de Prestaciones y Contribuciones), dejarán de recibir los beneficios del Seguro Nacional de Salud, cesando también sus obligaciones para con el Fondo Nacional de Salud, a partir del ejercicio siguiente.

A partir del momento en que superen la cifra referida, volverán a quedar comprendidos en los beneficios del Seguro Nacional de Salud, debiendo en tal caso realizar el aporte al Fondo Nacional de Salud tomando en consideración los ingresos acumulados desde el inicio del ejercicio fiscal en curso. A tales efectos, deberán efectuar la comunicación al Banco de Previsión Social en la forma y condiciones que este determine.

**ARTICULO 29.-** A los efectos de lo dispuesto en el presente Capítulo, la cotización de la BPC (Base de Prestaciones y Contribuciones) será la vigente al inicio del año civil.

**ARTICULO 41.-** A los efectos de lo dispuesto en el inciso 10° del Artículo 61 y en el Inciso 7° del Artículo 70 de la Ley N° 18.211, en las redacciones dadas por los Artículos 11 y 12, respectivamente, de la Ley N° 18.731 y en el Inciso 6° del Artículo 3 de ésta última, se computarán para la liquidación que se realice al 31 de diciembre de cada año, las sumas mensuales del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud establecido en el Inciso 3° del Artículo 55 de la Ley N° 18.211, en la redacción dada por el Artículo 9 de la Ley N° 18.731, correspondiente al beneficiario y a quienes atribuya el mismo amparo de conformidad con lo dispuesto en los Artículos 64 y 66 de la Ley N° 18.211, incrementados en un 25% (veinticinco por ciento).

De la cifra resultante a que refiere el Inciso anterior, se deducirán los aportes personales realizados durante el año civil que se liquide por el beneficiario en su carácter de trabajador dependiente, propietario de empresa unipersonal comprendida en el Decreto-Ley N° 14.407, jubilado, pensionista y/o titular de prestaciones de pasividad similares, así como los anticipos de los mismos a que refieren los Artículos 22, 23 y 24 del presente Decreto que hubiere efectuado. De surgir un excedente a favor del beneficiario, el mismo será devuelto en las formas y plazos que determine el Banco de Previsión Social, no más allá del ejercicio siguiente al de la liquidación de la que haya resultado.

A los efectos de la determinación de la devolución referida en el inciso anterior, no se tomarán en cuenta los aportes personales a las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad establecidos en el Inciso 5° del Artículo 24 de la Ley N° 18.731, ni los aportes personales al Fondo Sistema Notarial de Salud previstos en el Literal B del Artículo 3 de la Ley N° 18.732.

**ARTICULO 42.-** A efectos de lo dispuesto en el Artículo 41 del presente Decreto, el cómputo del costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud correspondiente a hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o concubino a cargo, se asignará en partes iguales entre los generantes que les atribuyan el amparo de dicho Seguro.

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------