



CM/318

## *Ministerio de Salud Pública*

MINISTERIO DEL INTERIOR

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS

MINISTERIO DE DEFENSA NACIONAL

MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA

MINISTERIO DE TRANSPORTE Y OBRAS PÚBLICAS

MINISTERIO DE INDUSTRIA, ENERGÍA Y MINERÍA

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

MINISTERIO DE GANADERÍA, AGRICULTURA Y PESCA

MINISTERIO DE TURISMO Y DEPORTE

MINISTERIO DE VIVIENDA ORDENAMIENTO TERRITORIAL Y  
MEDIO AMBIENTE

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL

Montevideo, 02 AGO. 2007

VISTO: la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) por la Ley N° 18.131 de 18 de mayo de 2007, por el cual se consagra y financia la cobertura de la asistencia médica a los beneficiarios que se incluyen por el artículo 2° de la misma;-----

RESULTANDO: I) que la ley citada se propone consolidar una etapa fundamental para asegurar el Sistema Nacional Integrado de Salud;-

II) que la cobertura integral prevista en la misma, constituye un gradual fortalecimiento de las instituciones públicas, teniendo la Administración de los Servicios de Salud del Estado un rol preponderante para contribuir a la nivelación de la asistencia médica pública-privada;-----

CONSIDERANDO: I) que la citada Ley N° 18.131 por su artículo 7°



faculta al Poder Ejecutivo, para determinar el monto de las cuotas a abonar a las prestadoras de asistencia médica, por las que hubieran optado los beneficiarios;-----

II) que esta delegación de la ley condiciona el comienzo del presente régimen, a la fijación del nuevo mecanismo de pago asociado a la edad y sexo de los beneficiarios, así como al cumplimiento de las metas asistenciales;-----

III) que por tanto la puesta en funcionamiento del sistema creado por la ley, a través del Banco de Previsión Social que lo ha de administrar, deberá iniciarse en forma simultánea con la fijación de ese nuevo mecanismo de pago;-----

ATENCIÓN: a lo expuesto;-----

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

Actuando en Consejo de Ministros

D E C R E T A:

Artículo 1°.- El Fondo Nacional de Salud (FONASA), creado por la Ley N° 18.131 de 18 de mayo de 2007, será administrado por el Banco de Previsión Social, el que deberá remitir en forma mensual al Ministerio de Salud Pública y al Ministerio de Economía y Finanzas la información relacionada con la gestión del FONASA, en las condiciones que dichas Secretarías de Estado establezcan.-----

Artículo 2°.- A efectos de hacer frente a las erogaciones que demanda el presente régimen así como el aporte a cargo del empleador establecido en literal C) del artículo 3° de la Ley N° 18.131, la Contaduría



## *Ministerio de Salud Pública*

General de la Nación habilitará los créditos presupuestales correspondientes diferenciando el aporte personal y el patronal.-----

### Artículo 3°.-

A partir del 1° de enero de 2008 los funcionarios de los Organismos incorporados (art. 2°, literal B) de Ley 18.131), los contratados a término por las distintas entidades del Estado (art.2°, literal D Ley 18.131), y las cuidadoras del INAU (art. 2°, literal C, de Ley 18.131 ) aportarán a razón de un 1% (uno por ciento) acumulativo anual hasta alcanzar el porcentaje del 3% (tres por ciento). La diferencia entre el aporte personal efectivamente retenido al trabajador y el 3% establecido por la ley, será de cargo de Rentas Generales.-----

Los trabajadores comprendidos en lo dispuesto en el Literal B) del artículo 8° del Decreto Ley N° 14.407 de 22 de julio de 1975 y los trabajadores contratados en calidad de adscriptos al Presidente de la República, de acuerdo a lo preceptuado por el artículo 83 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996 quedarán excluidos de lo previsto en el inciso anterior en lo atinente a progresividad de su aportación personal.-----

### Artículo 4°.-

El Banco de Previsión Social en concordancia con lo dispuesto por el artículo. No. 55 del Decreto-Ley No. 14.407, de 22 de julio de 1975 y de conformidad con el cometido de administrar el



FONASA según lo ordenado por el artículo 1° de la Ley que se reglamenta, contratará con las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva habilitadas por el Ministerio de Salud Pública la asistencia médica ajustada en lo pertinente a lo establecido en el Decreto-Ley No. 15.181, de 21 de agosto de 1981, normas modificativas, concordantes y complementarias. Asimismo deberá considerar las disposiciones reglamentarias referentes al control de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y las directivas que el Ministerio de Salud Pública dicte en ejercicio de su función de rectoría de la Salud Pública.-----

Contratará similar asistencia con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) en los términos que se definan entre las partes.-----

Artículo 5°.-

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que se encuentren amparados por el presente régimen y simultáneamente cuenten con afiliación a una Institución de Asistencia Médica Colectiva contratada por el Banco de Previsión Social de acuerdo con lo preceptuado por el Decreto - Ley N° 14.407, o con otra cobertura integral de asistencia proporcionada por un seguro convencional deberán optar por una única afiliación, dentro de los 90 días contados desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación.



## *Ministerio de Salud Pública*

Igual plazo tendrán, posteriormente, todos los beneficiarios a partir del momento en que revistan esta doble condición.-----

### Artículo 6°.-

Los beneficiarios que de acuerdo con el artículo 2° de la ley que se reglamenta ingresen al Fondo Nacional de Salud con posterioridad a la fecha de inicio de este nuevo sistema y que no tengan cobertura asistencial vigente a través del Banco de Previsión Social al día inmediato anterior a esta fecha, deberán ejercer la opción, dentro del plazo de 30 días contados a partir de la comunicación por su empleador al Banco de Previsión Social de su ingreso a la actividad, por su afiliación a una de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva contratada por el Banco de Previsión Social o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). De no realizarse la opción en forma expresa en el plazo previsto, se considerará que el beneficiario opta por su afiliación a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE ) quedando afiliado a la misma a partir de ese momento.-----

A los efectos de aplicar la excepción a que hace referencia el artículo 5° de la Ley que se reglamenta, el Ministerio de Salud Pública comunicará al Banco de Previsión Social la nómina de instituciones que cuentan con la habilitación para prestar asistencia



integral, efectuando además las actualizaciones que correspondan.-----

Artículo 7°.-

Igual opción a la establecida en el artículo precedente tendrán:-----

- a) quienes, teniendo cobertura asistencial vigente al día inmediato anterior a la fecha de inicio de este nuevo sistema, se encuentren comprendidos en los literales B) C) o D) del artículo 2° de la ley que se reglamenta, y hubieren optado por esta cobertura . En este caso el plazo será de 90 días de acuerdo con lo preceptuado por el artículo 5° del presente Decreto.-----
- b) quienes, teniendo cobertura asistencial vigente al día inmediato anterior a la fecha de inicio de este nuevo sistema, egresen de la actividad y reingresen a la misma u otra en un lapso mayor a 120 días.-----

Quienes reingresen dentro de los 120 días de producido el egreso serán reafiliados de oficio por el Banco de Previsión Social a la misma entidad asistencial por la que tenían cobertura.--

Artículo 8°.-

La fijación de los valores que componen la cuota prevista en el artículo 7° de la ley que se reglamenta se realizará por el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Economía y



## *Ministerio de Salud Pública*

Finanzas y de Salud Pública, tomando en consideración las economías derivadas de costos de cobranza, financieros, gestión de cobro y otros costos de gestión.-----

Se define dicha cuota como "cuota salud", la que estará asociada a la edad y sexo de los beneficiarios e incluirá pagos por metas asistenciales, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo siguiente.-----

### Artículo 9°.-

A partir de la vigencia del presente Decreto la cuota salud que el Banco de Previsión Social pagará a todas las instituciones prestadoras de asistencia con las que haya contratado será uniforme y constará de dos componentes:-----

- a) un componente cápita, que hace referencia al precio que se pagará por cada beneficiario/as según sus características de edad y sexo.-----

La estructura relativa de cápitaa a aplicar, según diferentes tramos de edad y sexo, es la siguiente:-----

EDAD	HOMBRES	MUJERES
5 a 14	1,11	1,00
15 a 19	1,08	1,43
20 a 44	1,00	2,12
45 a 64	2,07	2,53
65 a 74	3,99	3,47
> 74	5,26	4,34



Se define como cápita base al valor monetario de la cuota correspondiente a los tramos de hombres entre 20 y 44 años, y mujeres entre 5 y 14 años. Dicho valor será de \$ 419.00 y se ajustará en las mismas fechas y condiciones que el resto de las cuotas del Sector.-----

b) un componente metas, vinculado al cumplimiento de metas asistenciales.-----

La verificación de incumplimiento de estas por el Ministerio de Salud Pública, determinará que, a partir de ese momento, se suspendan total o parcialmente los pagos por este componente. Dicho valor será de \$ 45.00 y se ajustará , por IPC, en las mismas fechas que la cápita base.-----

Artículo 10°.-

Será condición necesaria para el cobro de las cuotas salud por parte de los prestadores la presentación ante el Banco de Previsión Social del certificado del SINADI que mensualmente emite el Ministerio de Salud Pública.-----

Artículo 11°.-

A los efectos de la aplicación de la Ley que se reglamenta los organismos públicos referidos en el Literal B) del artículo 2° deberán comunicar las altas y bajas de sus funcionarios y demás dependientes de acuerdo con lo dispuesto por el Decreto 40/998, en las condiciones





## *Ministerio de Salud Pública*

reglamentarias dictadas por el Banco de Previsión Social.- Igual obligación tendrán, a partir del momento de su incorporación, los organismos a que refiere el Art. 9° de la Ley que se reglamenta.-----

### Artículo 12°.-

Créase una Comisión de seguimiento del FONASA que se integrará con un representante del Ministerio de Salud Pública que la presidirá, un representante del Ministerio de Economía y Finanzas y un representante del Banco de Previsión Social, así como un representante por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, uno por la Administración de Servicios de Salud del Estado, uno por el PIT-CNT y uno por los pasivos.-----

### Artículo 13°.-

Los funcionarios de los organismos incorporados que se encuentren prestando servicios en comisión en otros organismos del Estado, al amparo de lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley N° 15.851 de 24 de diciembre de 1985, modificativas y concordantes, serán considerados beneficiarios del FONASA y por lo tanto tendrán los derechos asistenciales consagrados en el régimen que se reglamenta.- Los funcionarios del resto de los organismos que integran el Presupuesto Nacional, que se encuentren prestando funciones en comisión en los



organismos incorporados deberán continuar percibiendo la prestación asistencial en sus organismos de origen hasta su incorporación al presente régimen de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 9° de la Ley que se reglamenta.---

Artículo 14°.- Las disposiciones de este Decreto entrarán en vigencia a partir del día primero de agosto de 2007.-----

Artículo 15°.- Comuníquese. Publíquese.-----

Decreto Interno N°

Decreto Diario Oficial N°

Ref. N°

22

*Tabaré Vázquez*  
Dr. Tabaré Vázquez  
Presidente de la República

*[Signature]*  
*[Signature]*

*Almendra Berrutti*  
*[Signature]*

*[Signature]*  
*[Signature]*

*[Signature]*  
*[Signature]*  
*[Signature]*  
*[Signature]*