

CAPITULO II. AJUSTES EN EL REGIMEN DE CONTRIBUCIONES AL FONDO NACIONAL DE SALUD

Artículo 9mo. Sustituyese el artículo 55 de la Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, por el siguiente:

“Artículo 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscriptas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

El Poder Ejecutivo también determinará el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud de las prestaciones de salud durante toda la vida de sus beneficiarios, teniendo en cuenta las cuotas salud definidas en el inciso anterior, las expectativas de vida de la población y el costo de administración de dicho seguro.

La cuota salud y el costo promedio equivalente se actualizarán con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.”

Artículo 10mo.- Agregase al artículo 57 de la Ley N° 18.211, el siguiente inciso:

“Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, en los casos que lo determine el Poder Ejecutivo, la Dirección General Impositiva colaborará en la recaudación y fiscalización de los aportes al Fondo Nacional de Salud.”

Artículo 11ro.- Agreganse al artículo 61 de la Ley N° 18.211, los siguientes incisos:

“Al 31 de diciembre de cada año, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente del Seguro Nacional de Salud a que refiere el inciso tercero del artículo 55 de la presente ley, correspondientes 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.

Lo dispuesto en el inciso anterior del presente artículo regirá a partir del 1° de enero de 2011.”

CAPITULO III. AJUSTES EN LAS CONTRIBUCIONES DE PRESTADORES DE SERVICIOS PERSONALES FUERA DE LA RELACION DE DEPENDENCIA

Artículo 12do. Sustituyese el artículo 70 de la Ley N° 18.211, por el siguiente:

“**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 inciso primero 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 tributo anual. 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, en su caso, al Fondo Nacional de Salud por los otros ingresos a que refiere el inciso tercero del presente artículo, se computarán como anticipos a los efectos de lo dispuesto en el inciso siguiente.

Al cierre del ejercicio fiscal del contribuyente, según corresponda, se deberá comparar la suma del costo promedio equivalente del Seguro Nacional de Salud, establecido en el inciso tercero del artículo 55 de la Ley Nro. 18.211 en la redacción dada por el artículo 7mo. 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 a lo establecido en los artículos 61 y 66 de la Ley Nro. 18.211, 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, a los anticipos resultantes se les adicionará 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 referida norma legal.

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 1º de julio de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.”

CAPITULO IV. EMPRESAS UNIPERSONALES

Artículo 13ro.: Modificase el literal D) del artículo 8º del Decreto – Ley N° 14.407 de 22 de julio de 1975, incorporado por el artículo 1º del Decreto – Ley N° 15.087 de 9 de diciembre de 1980, en la redacción dada por el artículo 1º de la Ley N° 15.953 de 6 de junio de 1988, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“D) Los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en este Decreto – Ley, que no tengan más de cinco trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social”.

Artículo 14to.: Modificase el inciso segundo del artículo 7º de la Ley N° 15.852 de 24 de diciembre de 1986, incorporado por el artículo 2º de la Ley N° 15.953 de 6 de junio de 1988, en la redacción dada por el artículo 4º de la Ley N° 16.883 de 10 de noviembre de 1997, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“Estarán asimismo en condiciones de percibir el beneficio las empresas unipersonales que empleen no más de cinco trabajadores subordinados”.

Artículo 15to. Sustituyese el artículo 71 de la Ley N° 18.211, por el siguiente:

“**Artículo 71.-** Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407 de 22 de julio de 1975, que no tengan más de cinco trabajadores subordinados y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten total o parcialmente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en el presente artículo regirá hasta el 30 de junio de 2011, por la parte correspondiente a dichos servicios; a partir del 1º de julio de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo 70 de la presente ley. Por la parte correspondiente a otros ingresos, continuarán rigiéndose por lo dispuesto en el inciso anterior.”

Lo dispuesto en el inciso primero del artículo 71 de la Ley 18.211, en la redacción dada por el artículo anterior de la presente ley, se aplicará a partir de la entrada en vigencia de la misma.

Artículo 16to . Sustitúyese el inciso quinto del artículo 61 de la Ley Nro. L8.211 por el siguiente:

“ Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley Nro. 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán los siguientes porcentajes del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley Nro. 16.320, de 1ro. De noviembre de 1992:

- a) 45% si no se encuentran en la situación a que refiere el artículo 64 de la Ley Nro. 18.211.
- b) 60% si se encuentran en la situación referida en el literal anterior.
- c) 20% adicional a los aportes previstos en los literales a y b, si tienen cónyuge o concubino en condiciones de ingresar al Seguro Nacional de Salud de conformidad con lo dispuesto por el artículo 66 de la Ley Nro. 18.211 y su reglamentación.

CAPITULO V. MODIFICACIONES AL REGIMEN DE CAJAS DE AUXILIO O SEGUROS CONVENCIONALES DE ENFERMEDAD

Artículo 17to. Podrán constituirse cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad por convenio colectivo entre los sujetos indicados en el artículo 14 de la ley N° 18.566 de 11 de setiembre de 2009, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

- a) el convenio supondrá la creación de una persona jurídica sin finalidad de lucro, cuyo órgano directivo estará investido de todas las facultades y competencias necesarias para el buen funcionamiento de la entidad e integrado, de modo paritario, por representantes de empleadores y trabajadores;
- b) el objeto de dicha persona jurídica será el servicio de prestaciones sanitarias que no brinde el Seguro Nacional de Salud, así como de subsidios por enfermedad o complementos de los subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia;
- c) la financiación del seguro se hará mediante aportes de los empleadores y de los trabajadores, no pudiendo las tasas de aportación de estos últimos superar el 3 % de sus retribuciones;
- d) los fondos del seguro se contabilizarán y administrarán con total independencia de la administración de las empresas y de las organizaciones representativas de empleadores y/o trabajadores eventualmente comprendidos.

El convenio correspondiente deberá presentarse ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, acompañado de un estudio técnico que demuestre la viabilidad financiera del seguro convencional.

Cumplidas las exigencias indicadas precedentemente y de considerarse acreditada la factibilidad a que refiere el inciso anterior, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, homologará el convenio y concederá, en el mismo acto, la personería jurídica.

El convenio, una vez registrado y publicado conforme a lo establecido por el artículo 16 de la ley N° 18.566 de 11 de setiembre de 2009, tendrá los efectos previstos en dicha norma.

A los efectos de la presente ley, los términos "cajas de auxilio" y "seguros convencionales de enfermedad" se consideran equivalentes.

Artículo 18vo. Las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad existentes al momento de entrada en vigencia de la presente ley, cuyos colectivos amparados sean o hayan sido incorporados al Seguro Nacional de Salud en virtud de lo dispuesto en el artículo 69 de la ley N° 18.211, podrán, a partir de la vigencia de la presente ley o de la referida incorporación, si ésta aconteciere después, vigencia de la presente ley o de la referida incorporación, si ésta aconteciere después, servir aquellas prestaciones que no brinde el Seguro Nacional de Salud, subsidios por enfermedad o complementos de subsidios que otorguen los institutos de seguridad social para cubrir esa contingencia.

A tales efectos, dispondrán de un plazo de un año desde la entrada en vigencia de la presente ley o desde la incorporación de su colectivo al Seguro Nacional de Salud, si esto aconteciere después, para presentar ante el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social la correspondiente modificación de su convenio o estatuto, acompañada del estudio técnico a que refiere el inciso segundo del artículo anterior.

Cumplidas tales exigencias y de considerar acreditada la viabilidad financiera del seguro, el Poder Ejecutivo, previo informe del Banco de Previsión Social, aprobará la modificación estatutaria. En caso contrario, dispondrá la cancelación de la personería jurídica del seguro convencional.

Artículo 19no. Si por falta de renovación o por denuncia de los convenios a los que refiere el artículo 17 de la presente ley, o por otras razones, cesaran de funcionar las cajas de auxilio o seguros convencionales, los recursos existentes a esa fecha en los respectivos fondos deberán ser vertidos al Fondo Nacional de Salud.

Artículo 20mo. Las cajas de auxilio o seguros convencionales constituídas conforme a lo dispuesto por la presente ley, mantendrán el régimen de exoneraciones tributarias que tenían las creadas al amparo de la 14.407.

Artículo 21ro. Los jubilados que cuenten con cobertura integral de salud financiada por cajas de auxilio o seguros convencionales existentes a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley, ingresarán al Seguro Nacional de Salud, aportando, sobre el total de haberes jubilatorios,

BORRADOR SUJETO A REVISIÓN

las tasas establecidas por el inciso séptimo del artículo 61 y por el artículo 66 de la ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

Esta incorporación no obstará a que continúen amparados por la caja de auxilio o seguro convencional que les brindaba cobertura, en las condiciones que resultan de los artículos 17mo. y 18vo. de la presente ley.

Artículo 22do. Los afiliados a los seguros convencionales de enfermedad realizarán los correspondientes aportes al Fondo Nacional de Salud, conforme a lo previsto por los artículos 61 y 66 de la ley N° 18.211.

El aporte patronal se volcará íntegramente al Seguro Nacional de Salud (SNS).

El aporte personal adicional por cónyuges o concubinos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud.

El aporte personal adicional por hijos a cargo se volcará íntegramente al Fondo Nacional de Salud.

El aporte personal básico de 3% y adicional de 1,5% para se realizará con la siguiente gradualidad:

A partir del primero de enero de 2012: 1,5% para Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

A partir del primero de enero de 2013: 2,5% para Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

A partir del primero de enero de 2014: 3,5% para Fondo Nacional de Salud y el resto para el seguro convencional.

A partir del primero de enero de 2015: toda la aportación para el Fondo Nacional de Salud.

Los aportes de los jubilados a que refiere el artículo 16vo. de la presente ley, se volcarán íntegramente al Fondo Nacional de Salud desde su incorporación al Seguro Nacional de Salud.

Artículo 23ro. La financiación de los gastos totales operativos y prestaciones que sirvan las cajas de auxilio o seguros convencionales de enfermedad, se hará con aportes adicionales personales y patronales, no pudiendo estos últimos ser menores al 50% del total aportado.

El Poder Ejecutivo promoverá la celebración de acuerdos que permitan financiar los gastos aludidos en el párrafo anterior, en el transcurso de un año a partir de la fecha de promulgación de la presente Ley

Artículo 24to. Los seguros convencionales de enfermedad aportarán mensualmente al Banco de Previsión Social una tasa del total de la recaudación que perciban, en virtud de la actividad de contralor que el mencionado organismo ejerce sobre aquéllos, que tendrá la siguiente gradualidad:

Desde la entrada en vigencia de la presente ley, 0,4%.

A partir del primero de enero de 2012: 0,3 %.

A partir del primero de enero de 2013: 0,2%.

A partir del primero de enero de 2014 y hasta el 31 de diciembre del mismo año: 0,1%

Artículo 25to. Contra las decisiones ilegales o antiestatutarias dictadas por el órgano de administración de un seguro convencional de enfermedad, procederá el recurso de revocación y conjuntamente el de apelación en subsidio para ante el Banco de Previsión Social, los que deberán interponerse dentro del plazo de diez días siguientes al de la notificación de la decisión al interesado.

El recurso de revocación deberá ser resuelto dentro del término de treinta días y el de apelación dentro del plazo de sesenta días, contados, en ambos casos, desde el siguiente al de la interposición de los mismos.

Vencidos los respectivos plazos antedichos sin resolución expresa, se entenderá rechazado el recurso en cuestión.

Artículo 26to. Cuando el Poder Ejecutivo, por sí o a instancias del Banco de Previsión Social, considere ilegal la gestión o los actos de los seguros convencionales de enfermedad, podrá hacerles las observaciones que crea pertinentes, así como disponer la suspensión de los actos observados.

Artículo 27mo. En caso de ser desatendidas las observaciones, o cuando así lo solicitare el Banco de Previsión Social, o el conjunto de los representantes de los empleadores o de los trabajadores en el órgano de administración del seguro, o el 20 % (veinte por ciento) de los afiliados al mismo, el Poder Ejecutivo podrá disponer la intervención de la caja de auxilio.

Dicha intervención podrá ser encomendada al Banco de Previsión Social y sólo se decretará cuando se configure riesgo cierto para el servicio, por grave irregularidad imputable a sus autoridades, no pudiendo extenderse por más de noventa días, prorrogables por otro tanto en caso de necesidad justificada por motivos graves.

Artículo 28vo. La intervención se dispondrá con las siguientes finalidades:

- a) investigar las causas de los hechos que la motivaron y deslindar las responsabilidades ocurrentes;
- b) renovar las autoridades naturales de la entidad, de acuerdo con el estatuto acordado en el convenio.

BORRADOR SUJETO A REVISIÓN

Mientras esto último no se produzca, continuarán al frente del seguro convencional las autoridades encargadas de la intervención.

Artículo 29no. Deróganse los artículos 41 a 48 del Decreto – Ley N° 14.407 de 22 de julio de 1975, y demás normas que se opongan a la presente ley.

Artículo 30mo. El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley dentro de los ciento veinte días de la entrada en vigencia de la misma.