SISTEMA NACIONAL INTEGRADO DE SALUD

A partir de enero de 2008 entra en vigencia el Sistema Integrado de Salud, Ley 18.211 de 5/12/2007, el que reglamenta el derecho a la protección de salud de todos los habitantes del país. Crea un Seguro Nacional de Salud, financiado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), siendo sus recursos los aportes obligatorios: personales y patronales de trabajadores y empleadores tanto del sector público como del privado, los aportes de los pasivos, el aporte de los Seguros Integrales[1] y otros que puedan corresponder. Al BPS le compete la gestión integral de los aportes (Contribuciones Especiales de Seguridad Social), comprendiendo por lo tanto la recaudación, fiscalización, determinación y gestión de cobro de los mismos, como la administración de los sistemas que gestionan la afiliación y el mantenimiento del derecho.

Beneficiarios:

Se constituyen como tales los trabajadores y sus hijos a cargo, menores de 18 años o mayores discapacitados de:

- Trabadores dependientes del sector público y privado.
- No dependientes titulares de empresas unipersonales (hasta cinco empleados y al día con sus aportes). Para los unipersonales rurales y monotributistas mantienen la afiliación optativa.
- Quienes a partir del 1° de enero de 2008 ya estuvieran incorporados como beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.
- Los jubilados dependientes con menores ingresos mantienen la cobertura mutual y se extiende a los no dependientes con tope de ingresos.
- Jubilados que en su actividad eran beneficiarios del Sistema Nacional de Salud.

Se excluye a los funcionarios del Ministerio de Defensa y Ministerio del Interior, con cobertura por sanidad militar o policial y Gobiernos Departamentales (el Poder Ejecutivo tiene la facultad de incorporar a estos últimos).

La incorporación de los distintos colectivos se realizó en forma gradual:

- A partir del 1° de agosto de 2007 se incorporaron los funcionarios de: Corte Electoral, Presidencia de la República, Tribunal de Cuentas, Tribunal de lo Contencioso Administrativo, URSEA, URSEC, Ministerios a excepción del Ministerio de Salud pública que ingresa a partir de marzo de 2008.

- A partir del 1° de enero de 2008 ingresaran: los trabajadores y sus hijos menores a cargo (menores de 18 años y mayores discapacitados, de los trabajadores beneficiarios Ex DISSE y los incorporados a partir del 1° de agosto de 2007 (Ley 18.131 de 18/05/2007 – FONASA).

- A partir del 1° de marzo de 2008, los funcionarios del Ministerio de Salud Pública, Poder Judicial, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Poder Legislativo y resto de los Organismos Públicos y PLUNA..

- A partir del 1° de julio de 2008 los Entes de Enseñanza y Bancos Privados.

- Al 1° de enero de 2009, los trabajadores:

    - dependientes de la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias amparados por el Convenio Colectivo de Trabajo celebrado el 19 de abril de 2001
    - Banco Bilbao Vizcaya Argentaria S.A.
    - Discount Bank – Latin American
    - Lloys Bank BLSA Ltda.
    - Nuevo Banco Comercial
    - Banred-Bamcomat,

[1] 6 % sobre ingresos del FONASA por costos de administración.

- FURECEP Cooperativa de Ahorro y Crédito amparados por la Caja de auxilio CAFUC.
- Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.

- A partir del 1° de diciembre de 2010 la cónyuge o concubina con tres hijos o más.

- A partir del 1 de Enero del 2011 los Funcionarios afiliados al Fondo de Salud de Ose Chassfose, los Trabajadores comprendidos en Cajas de Auxilio y Seguros Convencionales, los Afiliados a Caja Notarial de Seguridad Social, los trabajadores independientes de servicios personales no profesionales y los jubilados por la causal de Incapacidad Física con hasta 4 BPC de ingresos.

- A partir del 1° de diciembre de 2011 la cónyuge o concubina con dos hijos.

- A partir del 1° de diciembre de 2012 la cónyuge o concubina con un hijo.

- A partir del 1° de diciembre de 2013 la cónyuge o concubina con o sin hijos a cargo.

- La incorporación de los jubilados y pensionistas que no estaban ya incorporados y que no contaban con Afiliación Mutual a diciembre del 2010, se realizaron en forma gradual:

  - A partir de Julio de 2012 con más de 74 años de hasta 3 BPC de ingresos
  - Además a partir de Julio 2012 se incorporan aquellos jubilados y pensionistas que al primero de diciembre de 2010 cuenten con cobertura integral de salud brindada por un prestador privado del SNIS, esta incorporación es opcional.
  - A partir de Julio de 2013 con más de 70 años de hasta 4 BPC de ingresos
  - A partir de Julio de 2014 con más de 65 años de hasta 5 BPC de ingresos
  - A partir de Julio de 2015 con más de 60 años de hasta 10 BPC de ingresos
  - A partir de Julio de 2016 sin límite de ni de edad ni de ingresos

Afiliación obligatoria

Los trabajadores que ingresen al S.N.I.S. con posterioridad a la fecha de inicio del nuevo sistema y que no tengan cobertura asistencial vigente a través del B.P.S., deben ejercer la opción dentro del plazo de 30 días contados a partir de la fecha de comunicación del empleador al B.P.S. del ingreso del trabajador a la actividad, por su afiliación a una de las I.A.M.C. o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), si no realiza la opción en forma expresa en el plazo previsto, se considera que el beneficiario realiza la opción por su afiliación a ASSE.

Para aquellos que tienen cobertura asistencial vigente al día anterior a la fecha de inicio del nuevo sistema, el plazo será de 90 días. Aquellos que reingresen a la actividad dentro del plazo de 120 días de producido el egreso, serán reafiliados de oficio por el B.P.S. a la misma entidad por la cuál tenían cobertura.

El Banco de Previsión Social recepciona los aportes y paga la cuota salud a todas las instituciones con las que haya contratado, Dicha cuota será uniforme para todas las prestadoras de salud constando de dos componentes:

- Un componente cápita, él mismo se refiere al precio que se paga por cada beneficiario según sexo y edad del mismo.

- Y un componente meta, el que está relacionado al cumplimiento de metas asistenciales. Ante el incumplimiento de las mismas, previa verificación del Ministerio de Salud Pública determinará que a partir de dicho momento se suspendan total o parcialmente los pagos por este componente.