



Ministerio
de Economía y Finanzas

E/221

**MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

Montevideo, **26 DIC. 2025**

2025-5-1-0012707

VISTO: lo dispuesto por las Leyes N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, N° 18.731, de 7 de enero de 2011, artículo 1° de la Ley N° 18.707, de 13 de diciembre de 2010, en la redacción dada por el artículo 3° de la Ley N° 19.197, de 26 de marzo de 2014, artículo 1° de la Ley N° 19.302, de 29 de diciembre de 2014, artículo 742 de la Ley N° 19.355, de 19 de diciembre de 2015, facultad prorrogada hasta el 31 de diciembre de 2026 por el artículo único de la Ley N° 20.371, de 23 de setiembre de 2024, Decretos N° 221/011, de 27 de junio de 2011, N° 229/025, de 28 de octubre de 2025; N° 231/025, de 28 de octubre de 2025 y literal b) del numeral 7° de la Ordenanza N° 912/025 del Ministerio de Salud Pública;

RESULTANDO: I) que la normativa referida en el VISTO, establece las condiciones en que las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) pueden fijar el valor de la cuota básica de afiliados individuales no vitalicios, afiliados colectivos y tasas moderadoras, así como fija los valores de las cuotas salud del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el costo promedio equivalente para el Seguro Nacional de Salud (SNS);

II) que, asimismo, facultan al Poder Ejecutivo a otorgar créditos fiscales a las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y establecen la vigencia y base de cálculo de los respectivos créditos fiscales;

CONSIDERANDO: I) que corresponde tener en cuenta la incidencia de las variaciones producidas en los indicadores de costos de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva y de la Administración de los Servicios de Salud del Estado;

II) que, a estos efectos, se entiende oportuno y conveniente, proceder al ajuste de las cuotas básicas de afiliaciones individuales, colectivas, tasas moderadoras, copagos, teniendo en cuenta las variaciones registradas en los costos y los aspectos vinculados con la accesibilidad de los usuarios a las prestaciones del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS);

III) que, asimismo, corresponde ajustar los valores de la cuota salud del FONASA, teniendo en cuenta las variaciones registradas en los costos;

IV) que, del mismo modo, es necesario actualizar los valores de las cuotas de afiliación individual y colectiva que está autorizada a cobrar la ASSE;

V) que a efectos de promover una mayor transparencia en la información proporcionada a los beneficiarios del SNIS, se entiende conveniente determinar la información mínima que las Instituciones deben proporcionar a sus afiliados respecto al aumento del valor de la cuota;

VI) que también resulta conveniente perfeccionar la metodología de cálculo del costo promedio equivalente (CPE) a efectos de recoger con mayor precisión el costo intertemporal de cobertura de salud de los beneficiarios actualmente cubiertos por el SNS, de acuerdo a lo previsto en el artículo 55 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007;

VII) que es necesario regular las condiciones en las que la o las parejas de una gestante acceden a la prueba rápida de sífilis, en la situación descrita en el literal b) del numeral 7° de la Ordenanza N° 912/025, del Ministerio de Salud Pública;

VIII) que para tal fin se entiende pertinente la creación de una tasa moderadora específica;

IX) que; es deber del Poder Ejecutivo velar por el interés general, tutelando la accesibilidad, racionalidad y sustentabilidad del SNIS;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por el Decreto-Ley N° 14.791, de 8 de junio de 1978, y la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, modificativas y concordantes;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA:

ARTÍCULO 1°.- Fijase el crédito a que refiere el artículo 1° de la Ley N° 18.707, de 13 de diciembre de 2010, en la redacción dada por el artículo 3° de la Ley N° 19.197, de 26 de marzo de 2014, en 8,5 (ocho con cinco) puntos porcentuales de los ingresos correspondientes a las cuotas de afiliaciones individuales no vitalicias, por el período comprendido entre el 1° de enero de 2026 y el 30 de junio de 2026.



ARTÍCULO 2º.- Fijese el crédito a que refiere el artículo 1º de la Ley N° 19.302, de 29 de diciembre de 2014, en 22 (veintidós) puntos porcentuales de los ingresos correspondientes a las cuotas de afiliaciones individuales no vitalicias, por el período comprendido entre el 1º de enero de 2026 y el 30 de junio de 2026.

2025-5-1-0012707

ARTÍCULO 3º.- Fijase el crédito a que refiere el artículo 742 de la Ley N° 19.355, de 19 de diciembre de 2015, en 22 (veintidós) puntos porcentuales de los ingresos correspondientes a las cuotas de afiliaciones individuales no vitalicias, por el período comprendido entre el 1º de enero de 2026 y el 30 de junio de 2026.

ARTÍCULO 4º.- Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva podrán incrementar, a partir del 1º de enero de 2026, el valor de las cuotas básicas de afiliaciones individuales no vitalicias y las cuotas básicas de convenios colectivos, sin el aporte al Fondo Nacional de Recursos, de acuerdo a lo establecido en el presente Decreto.

Asimismo, dichas Instituciones también podrán incrementar, a partir de la vigencia del presente Decreto, el valor de las tasas moderadoras y copagos, de acuerdo a lo establecido en los artículos siguientes.

ARTÍCULO 5º.- El incremento autorizado para el valor de las cuotas básicas de afiliaciones individuales no vitalicias, sin el aporte al Fondo Nacional de Recursos, no podrá ser superior al que resulte de incrementar en 2,50% (dos con cincuenta por ciento) los valores vigentes respectivos, confirmados de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 231/025, de 28 de octubre de 2025.

ARTÍCULO 6º.- El incremento autorizado para el valor de las cuotas básicas de convenios colectivos, sin el aporte al Fondo Nacional de Recursos, no podrá ser superior al que resulte de incrementar en 2,50% (dos con cincuenta por ciento) los valores vigentes respectivos, confirmados de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 231/025, de 28 de octubre de 2025.

BZ/A-MB

ARTÍCULO 7º.- El incremento autorizado por el inciso segundo del artículo 4º del presente Decreto no podrá ser superior al que resulte de incrementar en 2,50% (dos con cincuenta uno por ciento) los valores vigentes respectivos, confirmados de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 231/025, de 28 de octubre de 2025.

ARTÍCULO 8º.- Sin perjuicio de lo expuesto en el artículo precedente se establece que:

- a) en ningún caso las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva podrán tener valores de tasas moderadoras que superen los \$ 880 (pesos uruguayos ochocientos ochenta);
- b) el incremento autorizado para los valores vigentes de tasas moderadoras que, a la fecha de entrada en vigencia del presente Decreto, se encuentren entre los \$ 660 (pesos uruguayos seiscientos sesenta) y los \$ 880 (pesos uruguayos ochocientos ochenta), no podrá ser superior al que resulte de incrementar en 1,88% (uno con ochenta y ocho por ciento) los valores vigentes respectivos, confirmados de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 231/025, de 28 de octubre de 2025. El valor resultante de aplicar el incremento autorizado no podrá superar la cifra señalada en el literal a) del presente artículo.

ARTÍCULO 9°.- El valor de la cuota salud del Fondo Nacional de Salud, previsto en el artículo 55 de la Ley N° 18.211, de 5 de diciembre de 2007, así como el valor de la cuota salud para los hijos de los asegurados entre 18 (dieciocho) y 21 (veintiún) años, referido en el artículo 64 de dicha Ley, se incrementarán a partir del 1° de enero de 2026, de acuerdo al siguiente detalle:

- a) valor de cápita base: 2,43% (dos con cuarenta y tres por ciento);
- b) componente metas: 2,50% (dos con cincuenta por ciento);
- c) sustitutivo de tickets: 2,50% (dos con cincuenta por ciento);

ARTÍCULO 10.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado podrá incrementar a partir del 1° de enero de 2026 los valores de las cuotas de afiliaciones individuales, de convenios colectivos y de núcleo familiar, sin el aporte al Fondo Nacional de Recursos. Estos aumentos no podrán ser superiores a los que surjan de incrementar en hasta 2,96% (dos con noventa y seis por ciento) los valores vigentes respectivos, confirmados de acuerdo a lo establecido en el Decreto N° 231/025, de 28 de octubre de 2025.

ARTÍCULO 11.- Las instituciones comprendidas en la presente norma deberán presentar a los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública una declaración jurada conteniendo la siguiente información:

- 1) los valores vigentes de:
 - a) todas las cuotas básicas de afiliaciones individuales no vitalicias discriminadas por categorías, sin el aporte del Fondo Nacional de Recursos, adjuntando la descripción que define a cada categoría y la población a la que está referida. Se consideran cuotas básicas aquellas por las cuales el usuario adquiere el derecho a las prestaciones incluidas en el Anexo II del Decreto



Nº 465/008, de 3 de octubre de 2008, y demás normas concordantes, modificativas y complementarias;

- b) todas las cuotas básicas de afiliaciones colectivas;
- c) todas las cuotas de afiliaciones parciales; y
- d) todas las tasas moderadoras.

2025-5-1-0012707

2) El número de:

- a) afiliados individuales por categoría;
- b) afiliados colectivos por categorías; y
- c) afiliados parciales.

A tales efectos, los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública remitirán a las instituciones, en forma electrónica, un formulario de declaración jurada, el que deberá ser completado por las mismas.

Dicha declaración jurada deberá ser presentada dentro de los 5 (cinco) días hábiles siguientes a partir de la publicación del presente Decreto, conteniendo la información de los valores detallados en el numeral 1 precedente vigentes a partir del mes de enero de 2026 y el número de afiliados previstos en el numeral 2 correspondientes a dicho mes.

Asimismo, las instituciones deberán presentar una nueva declaración jurada en caso que decidan rebajar los valores detallados en el numeral 1 precedente. También lo deberán hacer cuando se cree una nueva categoría dentro de las cuotas a las que refieren los literales a) a c) del mencionado numeral, para lo cual las instituciones deberán contar con autorización previa de los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública.

Los incrementos podrán ser aplicados transcurridos 10 (diez) días hábiles a partir de la presentación de la declaración jurada sin que se formulen observaciones por parte de los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, momento en que los valores declarados quedarán confirmados.

En caso de formularse observaciones, las mismas deberán ser subsanadas mediante la presentación de una nueva declaración jurada, y los incrementos podrán ser aplicados transcurrido el plazo señalado sin que se formulen nuevas observaciones.

BZ/A-MB

ARTÍCULO 12.- Asimismo, y conjuntamente con la comunicación prevista en el artículo precedente, las Instituciones deberán presentar los certificados exigidos por el artículo 17 del Decreto Nº 301/987, de 23 de junio de 1987.

ARTÍCULO 13.- El incremento máximo autorizado en los artículos 5º, 6º, 7º, 9º y 10 del presente Decreto sólo podrá ser aplicado hasta en el mes siguiente

al de su entrada en vigencia, no pudiendo ser llevado a cabo en fecha posterior.

ARTÍCULO 14.- El valor de la cuota básica, definida en el literal a) del numeral 1) del artículo 11 del presente Decreto, deberá figurar explícitamente en el recibo de cobro, separado del aporte al Fondo Nacional de Recursos y de los complementos de cuotas de afiliaciones individuales por las prestaciones no incluidas en el Anexo II del Decreto N° 465/008, de 3 de octubre de 2008, y demás normas concordantes, modificativas y complementarias, así como de los impuestos que correspondan.

ARTÍCULO 15.- Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva deberán incluir, en forma visible, en los recibos de cobro de las afiliaciones individuales no vitalicias correspondientes al mes en que se aplique el incremento máximo autorizado por el presente Decreto el siguiente texto: "El aumento máximo de la cuota básica autorizado por el Poder Ejecutivo, a aplicar en enero de 2026, es de 2,50% (dos con cincuenta por ciento)". En los recibos de cobro emitidos en los meses subsiguientes, deberán incluir el siguiente texto: "De acuerdo a lo resuelto por el Poder Ejecutivo, no está autorizado incrementar el valor de la cuota básica en el presente mes".

ARTÍCULO 16.- El incumplimiento a lo dispuesto en el presente Decreto podrá ser pasible de la aplicación de las sanciones previstas por las Leyes N° 10.940, de 19 de setiembre de 1947 y N° 17.250, de 11 de agosto de 2000, y sus modificativas.

ARTÍCULO 17. Sustituyese el artículo 13 del Decreto N° 221/011, de 27 de junio de 2011, por el siguiente:

"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 cápitass 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, la expectativa de vida y la curva de supervivencia de la población, tomando en consideración para el cálculo el período bajo cobertura del Seguro Nacional de Salud de cada una de las cohortes".

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



2025-5-1-0012707

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.

El valor del costo promedio equivalente 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 capitas y del componente metas, así como también la variación que hubiese registrado el valor de la cuota del Fondo Nacional de Recursos. Adicionalmente, en enero de cada año se ajustará el valor del costo promedio equivalente actualizando el cálculo de acuerdo a lo previsto en el literal a) precedente e incorporando los cambios en las expectativas de vida de la población."

ARTÍCULO 18.- El valor del Costo Promedio Equivalente para el Seguro Nacional de Salud, previsto en el inciso 3º 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 Ley Nº 18.731, de 7 de enero de 2011, y reglamentado por el Decreto Nº 221/011, de 27 de junio de 2011, se establece en \$ 6.693 (pesos uruguayos seis mil seiscientos noventa y tres), a partir del 1º enero de 2026.

ARTÍCULO 19.- Crease la tasa moderadora "Prueba Rápida de Sífilis", a aplicar exclusivamente en los casos en que dicha prueba se realice a la o las parejas de una mujer gestante, en la situación descrita por el literal b) del Artículo 7º de la Ordenanza 912/025 del Ministerio de Salud Pública.

El valor máximo inicial de la tasa creada se establece en \$120 y se ajustará en las mismas oportunidades y porcentajes que las restantes tasas moderadoras del sistema.

ARTÍCULO 20.- Comuníquese y archívese.

BZ/A-MB


GABRIEL ODDONE


Prof. Yamandú Orsi
PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA


CRISTINA LUSTEMBERG